



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

División de Estudios Profesionales

*“ESTRÉS EN MUJERES QUE PADECEN TRASTORNO DE ANSIEDAD
GENERALIZADA (TAG): DIFERENCIAS SEGÚN LA EDAD”*

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

LICENCIADA EN PSICOLOGÍA

LICENCIADO EN PSICOLOGÍA

P R E S E N T A N:

ELIZABETH QUIZ MEJÍA

RAÚL QUINTERO ORTEGA

DIRECTORA DE TESIS: DRA. EVA MARÍA ESPARZA MEZA

REVISOR: DR. SAMUEL JURADO CÁRDENAS

ASESOR METODOLÓGICO: DR. ALBERTO JAVIER CÓRDOVA ALCARAZ

Ciudad Universitaria. México, Ciudad de México



2018



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

ÍNDICE

RESUMEN	5
OVERVIEW	6
INTRODUCCIÓN	7
CAPÍTULO 1. TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA (TAG)	9
ANTECEDENTES	10
CRITERIOS DIAGNÓSTICOS ACTUALES.....	11
DSM-V.....	11
Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud (CIE-10)	12
CARACTERÍSTICAS GENERALES.....	13
Preocupación Excesiva	13
Estructuración Cognitiva	14
La Tétrada Cognitiva del TAG	14
Sobrestimación de la probabilidad de que ocurran eventos negativos.....	14
Pensamiento Catastrófico	15
Creencias acerca de la Preocupación.....	15
La dinámica del Pensamiento TAG	16
TEORÍA COGNITIVA	18
CAUSAS PSICOSOCIALES DEL TAG	18
FACTORES GENÉTICOS	18
FACTORES BIOLÓGICOS.....	20
FACTORES PSICOLÓGICOS.....	21
Personalidad.....	21
Estrés.....	23
Historia del concepto estrés	23
El Sistema Nervioso Autónomo (SNA) en la respuesta al estrés.....	24
HÁBITOS DE SALUD	26
Ejercicio	26

Descanso/Sueño.....	27
Alimentación/Nutrición.....	30
Prevención.....	31
Adicciones	32
CAPÍTULO 3. RED DE APOYO SOCIAL.....	34
Apoyo social y estrés.....	36
Apoyo social y salud	38
CAPÍTULO 4. CONDUCTA TIPO A.....	40
CAPÍTULO 5. FUERZA COGNITIVA.....	43
CAPÍTULO 6. ESTILOS DE AFRONTAMIENTO	46
Afrontamiento.....	47
Mitos del afrontamiento	48
Valoración positiva.....	49
Valoración negativa.....	50
Minimización de la amenaza.....	51
Concentración en el problema.....	51
Proceso para la solución de problemas	52
CAPÍTULO 6. BIENESTAR PSICOLÓGICO.....	54
MÉTODO.....	57
Ψ Planteamiento del problema	57
Ψ Pregunta de investigación.....	57
Ψ Justificación.....	58
Ψ Objetivo general.....	60
Ψ Objetivos específicos.....	60
Ψ Hipótesis.....	61
Ψ Hipótesis estadística.....	61
Ψ Variables.....	62
Ψ Participantes.....	64
Ψ Tipo de investigación.....	64
Ψ Diseño de investigación.....	64
Ψ Criterios de inclusión.....	65
Ψ Criterios de exclusión	65

Ψ Escenario	65
Ψ Instrumento.....	66
Ψ Procedimiento.....	66
Ψ Análisis de datos.....	67
Ψ Consideraciones Éticas	68
RESULTADOS	70
DISCUSIÓN.....	92
CONCLUSIONES	98
LIMITACIONES Y SUGERENCIAS.....	100
REFERENCIAS.....	104



Resumen

El objetivo del presente estudio consistió en determinar si la edad en mujeres que presentan trastorno de ansiedad generalizada influye en la percepción de estrés, hábitos de salud, red de apoyo social, conducta tipo A, fuerza cognitiva, estilos de afrontamiento y bienestar psicológico. Se evaluó a partir de la aplicación del Perfil de Estrés de Nowack a 60 mujeres distribuidas en dos grupos en función de la edad: Un grupo de 25-35 años y otro de 36-46 años. Todas ellas diagnosticadas con Trastorno de Ansiedad Generalizada (TAG) en el Instituto Nacional de Psiquiatría, Ramón de la Fuente Muñiz. Para comparar las variables, se utilizó un diseño Prospectivo simple con la ayuda de la prueba estadística “t” para grupos independientes, mientras que para conocer la relación entre variables se utilizó el coeficiente de correlación (r). Se encontró que existe una diferencia estadísticamente significativa en cuanto al consumo y nivel de riesgo respecto al uso de sustancias (conglomerado ARC) como alcohol, cigarros y drogas recreativas, siendo mayor en el grupo de mujeres más jóvenes (25-35 años). La principal aportación de este estudio es que no existen reportes de investigaciones en las que se hayan correlacionado las variables evaluadas, con la presencia de TAG, edad y género.

Los resultados de esta investigación arrojan conclusiones de gran importancia, ya que ello puede influir en la voluntad de las personas con el trastorno para solicitar asistencia médica o psicológica, el curso de la enfermedad, e incluso en la respuesta al tratamiento.

Palabras clave: *Ansiedad, estrés, hábitos de salud, red de apoyo social, conducta tipo A, fuerza cognitiva, estilos de afrontamiento, bienestar psicológico, perfil de estrés Nowack.*



Overview

The proposal of the present research is to determine whether the relationship between generalized anxiety disorder and age generate significant differences with regard to levels of stress, health habits, social support network, conduct type A, cognitive power, styles of coping and psychological well-being. Which shall be determined from of the application of the test of Nowack Stress Profile to 60 women divided into two groups, depending on the age: A group of 25-35 years and another of 36-46 years. All of them are diagnosed with the generalized anxiety disorder (GAD) at the National Institute of Psychiatry, Ramón de la Fuente Muñiz. To compare variables, the simple design prospective with the help of the "t" test was used for independent groups, while the correlation coefficient (r) was used to learn about the relationship between variables. We found that there is a difference statistically significant in terms of consumption and level of risk with respect to the consumption of substances (conglomerate ARC), being higher in the Group of younger women (25-35 years). The importance of this work is that so far there are no investigations which concern the consequences of suffering from such disorder and the influence of age on it.

The results of this research could shed knowledge and conclusions of great importance, since it can influence the will of the people with the disorder for medical or psychological assistance the course of the disease, even in the response to treatment

Key words: anxiety, stress, health habits, network of social support, conduct type A, cognitive power, coping styles, psychological well-being, test of Nowack Stress Profile.



Introducción

Los trastornos de ansiedad son muy frecuentes e incapacitantes, esta incapacidad puede repercutir en distintos rubros de nuestro día a día. El estilo de vida actual nos hace más vulnerables a desarrollar trastornos de ansiedad; así pues, padecer Trastorno de Ansiedad Generalizada (TAG) no sólo puede influenciar cambios significativos en el bienestar psicológico, sino también puede manifestarse y expresarse mediante diversos indicadores propios de la salud. Sin embargo, es una realidad que se conoce poco acerca de los factores de riesgo asociados a dicho padecimiento, y si la edad y género nos permiten diferenciar características específicas de su manifestación.

El TAG es el trastorno de ansiedad más visto por el médico general, con una prevalencia entre la población de alrededor del 3%, mientras que representa entre el 5 al 7% de los pacientes que acuden a la consulta de atención primaria. Además, es el padecimiento psiquiátrico que presenta la más alta prevalencia en personas de entre 40-50 años y en menor grado en la población mayor de 60 años. La prevalencia anual observada para México y Colombia oscila entre el 0.7 y el 1.3% (Medina Mora et al., 2003; Posada-Villa et al., 2003; Torres de Galvis & Montoya, 1997). Las mujeres son 2 veces más afectadas por este cuadro que los hombres, aunque el TAG declina su incidencia conforme avanza la edad en hombres, pero continúa presentándose más en mujeres (Integrantes del Comité de la Academia Nacional de Medicina, 2013). El anterior fenómeno fue una de las variables tomadas en consideración para que nuestro estudio se centrara en mujeres.

En razón de lo anterior, el presente trabajo indagó acerca de las diferencias que el TAG genera entre mujeres de distintas edades en lo que concierne a su estrés percibido, hábitos de salud, red de apoyo social, conducta tipo A, fuerza cognitiva, estilos de afrontamiento y bienestar psicológico.

Mediante el estudio obtuvimos un mayor conocimiento sobre el estrés percibido, hábitos de salud, red de apoyo social, conducta tipo A, fuerza cognitiva,



estilos de afrontamiento y bienestar psicológico en mujeres que padecen TAG, ya que este tipo de información es todavía desconocida, y podría poner en relieve la importancia de una intervención más eficaz y temprana en este trastorno en cierta fase de la vida, minimizando sus efectos tanto en el momento presente como en el desarrollo futuro de las pacientes.



Trastorno de Ansiedad Generalizada (TAG)

La ansiedad puede definirse como una respuesta adaptativa del organismo caracterizada por un conjunto de manifestaciones fisiológicas, vivenciales, comportamentales y cognitivas que se distinguen por un estado de activación y alerta ante una señal inmediata de peligro o ante una amenaza a la integridad física del individuo (Sáiz, Ibáñez & Montes, 2000).

En realidad, la ansiedad es una experiencia normal, adaptativa, una forma de preparar a nuestro organismo y nuestro aparato psíquico para responder en las mejores condiciones posibles ante una circunstancia amenazadora, un posible riesgo, un fracaso o una pérdida. La ansiedad se convierte en patológica, cuando el peligro al que pretende responder no es real, o cuando su nivel de activación y duración son desproporcionados con respecto a la situación objetiva (Sáiz, Ibáñez & Montes, 2000).

El Trastorno de Ansiedad Generalizada (TAG) tiene diversas concepciones generales, entre las cuales se puntualizan las siguientes:

El Trastorno de Ansiedad Generalizada es un trastorno que comprende una preocupación excesiva e incontrolable, durante seis meses como mínimo, se despliega en dos o más aspectos de la vida del individuo, provocándole interferencias en su habilidad para desempeñarse normalmente (Cía, 2001).

Por otro lado, Bobes, Bousoño, Portilla & Sáiz (2002) así como Ramos, González y Ballesteros (2002) refieren al TAG como una forma crónica de ansiedad, que se caracteriza por la presencia de una excesiva preocupación acerca de una amplia gama de acontecimientos y situaciones. Contrasta, por lo tanto, con otros trastornos de ansiedad en los que los síntomas ansiosos están fundamentalmente relacionados con situaciones específicas, objetos concretos o acontecimientos vitales estresantes.

Cascardo & Resnik (2005) lo definen como una enfermedad crónica caracterizada por preocupación excesiva y ansiedad, con una prevalencia a lo largo



de la vida cercana al 5% y un inicio generalmente tardío, a partir de la tercera década.

Antecedentes

El primer esbozo de separación nosológica del trastorno de ansiedad generalizada respecto de otros trastornos, fue realizado por Sigmund Freud en su trabajo de 1894 denominado “Sobre la justificación de separar la neurastenia un determinado síndrome en calidad de «neurosis de ansiedad»”, aunque bien, refiere que E. Hecker en 1883, describió inicialmente la patología de manera muy completa en una de sus conferencias.

No obstante, lo anterior, Freud reconoció la necesidad de separar el concepto de neurastenia, por uno nuevo con síntomas particulares, acuñando así el término de neurosis de ansiedad, actualmente, trastorno de pánico.

La concepción de Freud fue adoptada en la segunda edición del Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM II) con el nombre de neurosis de angustia. Dentro de ese diagnóstico, el DSM II incluía todos los trastornos en los que la angustia era una característica importante (Rendules 1991, citado por Bobes, García- Portilla y Bousoño, 2002).

El término TAG aparece por primera vez en 1980. Con la publicación en ese año del DSM III, las neurosis de ansiedad (que así se denominaban en el DSM II) pasaron a llamarse estados de ansiedad. Esta categoría tenía dos definiciones diagnósticas nuevas: el Trastorno de Pánico y el TAG (junto con el trastorno obsesivo compulsivo). Desde entonces, en las diferentes ediciones del DSM, se fue tendiendo a elevar algunas manifestaciones a la categoría de síntoma clave con el objetivo de ajustar el diagnóstico (Cascardo & Resnik 2005).

A partir del DSM-III-R (1987) y del DSM IV (1994), el TAG no es más una categoría diagnóstica residual, sino que constituye una entidad independiente, que puede coexistir con el trastorno de pánico o con preocupaciones fóbicas u obsesivas (Cía, 2001).



Criterios Diagnósticos Actuales

DSM-V.

A. Ansiedad y preocupación excesiva (anticipación aprensiva), que se produce durante más días de los que ha estado ausente durante un mínimo de seis meses, en relación con diversos sucesos o actividades (como en la actividad laboral o escolar).

B. Al individuo le es difícil controlar la preocupación.

C. La ansiedad y la preocupación se asocian a tres (o más) de los seis síntomas siguientes (y al menos algunos síntomas han estado presentes durante más días de los que han estado ausentes durante los últimos seis meses):

Nota: En los niños, solamente se requiere un ítem.

1. Inquietud o sensación de estar atrapado o con los nervios de punta.
2. Fácilmente fatigado.
3. Dificultad para concentrarse o quedarse con la mente en blanco.
4. Irritabilidad.
5. Tensión muscular.
6. Problemas de sueño (dificultad para dormirse o para continuar durmiendo, o sueño inquieto e insatisfactorio).

D. La ansiedad, la preocupación o los síntomas físicos causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

E. La alteración no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento) ni a otra afección médica (p. ej., hipertiroidismo).

F. La alteración no se explica mejor por otro trastorno mental (p. ej., ansiedad o preocupación de tener ataques de pánico en el trastorno de pánico, valoración negativa en el trastorno de ansiedad social [fobia social], contaminación



u otras obsesiones en el trastorno obsesivo-compulsivo, separación de las figuras de apego en el trastorno de ansiedad por separación, recuerdo de sucesos traumáticos en el trastorno de estrés postraumático, aumento de peso en la anorexia nerviosa, dolencias físicas en el trastorno de síntomas somáticos, percepción de imperfecciones en el trastorno dismórfico corporal, tener una enfermedad grave en el trastorno de ansiedad por enfermedad, o el contenido de creencias delirantes en la esquizofrenia o el trastorno delirante (5ª ed.; DSM-V, American Psychiatric Association [APA] p. 137-138 , 2014).

Clasificación Estadística Internacional de enfermedades y problemas relacionados con la Salud (CIE-10).

Su característica fundamental es una ansiedad generalizada y persistente, que no se restringe ni siquiera en términos de algún fuerte predominio, a ninguna circunstancia del entorno en particular (es decir, la angustia, “flota libremente”). Los síntomas principales son variables, pero incluyen quejas de permanente nerviosidad, temblor, tensiones musculares, sudoración, atolondramiento, palpitaciones, vértigo y malestar epigástrico. A menudo los pacientes manifiestan temores de una próxima enfermedad o de un accidente, que sufrirán en breve ellos mismos o alguno de sus parientes.

Estado	}	de ansiedad
Neurosis		
Reacción		

Excluye: neurastenia (F48.0)

(CIE-10; Organización Mundial de la Salud [OMS], p. 326, 1992).



Características Generales

Preocupación excesiva.

La preocupación excesiva es automática, adherente, percibida por el sujeto como difícil o imposible de controlar; por lo tanto, invasiva y agotadora.

En un análisis estadístico se encontró que los sujetos con TAG se preocupan, en promedio, más del 60% del día (Cascardo y Resnik, 2000; citado por Cascardo y Resnik, 2005).

El individuo con TAG considera el mundo como un lugar peligroso, en el que hay que mantenerse en alerta permanente, con la finalidad de estar en las mejores condiciones posibles para evitar algún suceso negativo. La preocupación excesiva viene así a tomar un rol de elemento defensivo, preparatorio, para afrontar el hipotético conflicto. El “estar preocupado” es equivocadamente asumido como un “estar preparado”.



Estructuración cognitiva.

La tétrada cognitiva del TAG.

Cascardo y Resnik (2005) han reunido, para un mejor reconocimiento del cuadro clínico, cuatro elementos fundamentales por la intensidad con que se manifiestan y porque determinan la dinámica del trastorno. Todos ellos están siempre presentes y son los que a continuación se mencionan:

1. Preocupación excesiva (PE)
2. Sobrestimación de la probabilidad de que ocurran eventos negativos (SEPOEN)
3. Pensamiento catastrófico
4. Creencias distorsionadas acerca de la preocupación

Sobrestimación de la probabilidad de que ocurran eventos negativos.

Denominación tan prolongada como cierta y pertinente. Nunca falta en el TAG y su sola detección obliga a considerar la posibilidad de que el trastorno esté presente. Consiste, como su nombre ya nos lo señala, en atribuirle a un evento negativo mayor probabilidad de ocurrir que la que realmente tiene, por ejemplo:

“Cuando viajo a lugares que quedan lejos me pongo ansiosa y siempre pienso que puede ocurrir una tragedia. Aunque el lugar esté buenísimo, mi primer pensamiento es quedarme en casa”.



Pensamiento catastrófico.

Los pensamientos catastróficos son aquellos que llevan a conclusiones extremas de eventos menores (ej.: “Si mi hijo da mal un examen, quiere decir que he fallado como padre”. “No es que piense que va a ocurrir un accidente y nada más, en ese momento me aterroriza que sea grave, que alguien se muera... No lo podría soportar”).

Se define como la tendencia a creer que los eventos serán negativos y de índole muy grave (cuando en realidad no tienen muchas probabilidades actuales de ocurrir y, en todo caso, no existen razones para suponer que fueran necesariamente tan serios) y que resultarán intolerables, inmanejables y más allá de las posibilidades de enfrentarlos con éxito.

Creencias acerca de la preocupación.

El conjunto de creencias constituye otro elemento constante y muy importante en el cortejo sintomático. Las creencias acerca de las supuestas ventajas de estar preocupado son frecuentes y brindan inmejorable servicio al mantenimiento de la actividad de preocupación excesiva.

- Veamos algunas de ellas:
- Preocuparse protege contra posibles amenazas.
- Preocuparse es ocuparse (si estoy preocupado, me estoy ocupando).
- Preocuparse es ser una persona responsable.
- Preocuparse es controlar.
- Preocuparse es una actividad positiva.

O, de modo inverso:

- Si dejo de preocuparme, soy negligente e irresponsable.
- Si no estoy preocupado, quedo expuesto a eventuales amenazas.
- Si no estoy preocupado, pierdo el control de lo que va a suceder.



La Dinámica del Pensamiento TAG

Se pone en marcha entonces una particular dinámica de pensamiento: la preocupación permanente se presenta con peso propio en el escenario de la conciencia, ya sea como telón de fondo u ocupando el centro de la escena o, por lo general, alterando ambas posiciones. Los contenidos giran como una cinta sin fin, repetitiva: la Rumiación de temores y preocupaciones.

A la acción de la sobrestimación de la probabilidad de que ocurran eventos negativos y del pensamiento catastrófico se suma otro elemento importante: la vivencia de indefensión frente a las amenazas, la sensación de no poder controlar, elemento sin el cual no se sostendría el funcionamiento típico del TAG. Esta vivencia promueve y da enorme peso a los contenidos catastróficos.

Veamos cómo funciona: surgen en la conciencia pensamientos, evocaciones o imágenes ansiógenas, en relación con algún hecho externo (problema laboral, llegada tarde de un hijo o del marido o, por qué no, de la esposa, responsabilidades, etc.) o interno (sensaciones físicas). Estos elementos no son correctamente evaluados. La inquietud que generan no encuentra filtros que la moderen. El circuito de evaluación y respuesta a la percepción de amenazas, que lleva al análisis de las mismas y luego una conducta adecuada (acción o planificación de la acción en el caso que corresponda o cese de las cogniciones ansiosas si la amenaza no resulta tal o no las merece) no funciona correctamente.

Los temores o preocupaciones fluyen libremente, reforzándose de manera positiva en una espiral ascendente que lleva a un estado de ansiedad cada vez más intenso, con surgimiento de desesperación, miedo y angustia. En muchos casos se agrega sintomatología física o se incrementa la misma si ya estaba presente.

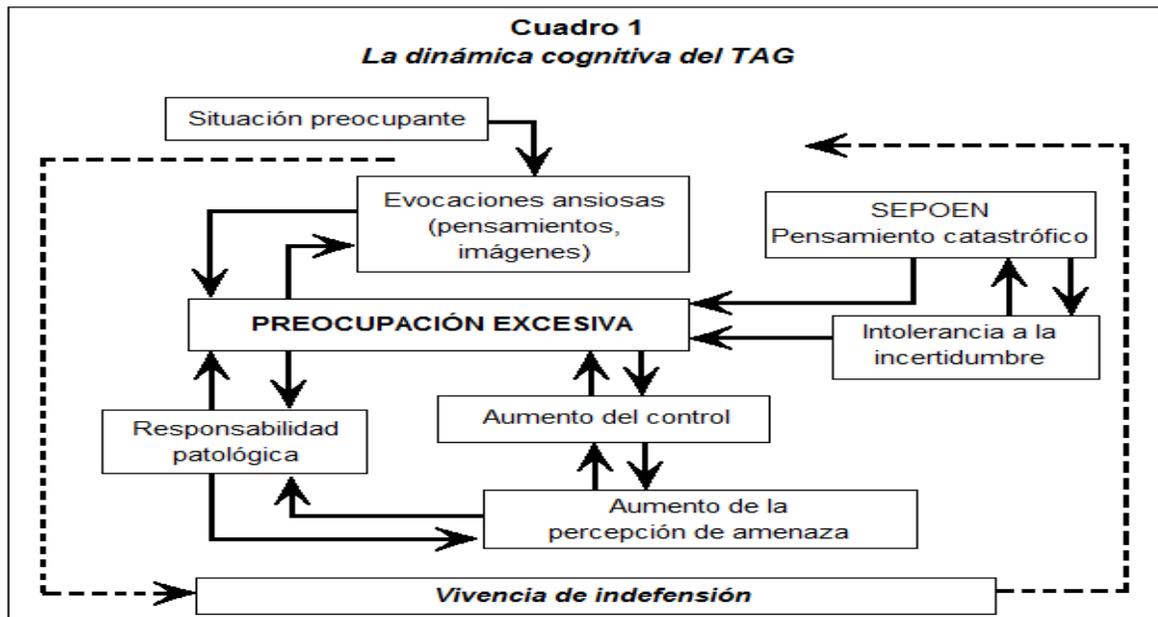
Cuando la preocupación no llega a niveles tan elevados, se mantiene un estado de tensión permanente, físico, anímico y psicológico. El sujeto logra seguir funcionando y circulando por sus quehaceres aun sin abandonar sus



preocupaciones. ¿De qué modo? Trabajando en dos líneas de pensamiento simultáneas que ocupan alternativamente el centro y la periferia de la conciencia, según la situación lo requiera y en relación con el grado de control que pueda ejercer sobre los pensamientos automáticos. En muchos casos, las dos líneas no logran separarse bien y el individuo se encuentra, como refieren nuestros pacientes, “pensando dos cosas a la vez”. Es lo que se ha denominado pensamiento simultáneo. Estos sucesos provocan la sensación de no estar pensando con claridad.

El circuito se retroalimenta mediante la selección de elementos negativos que justifican y refuerzan la preocupación excesiva. Los elementos de juicio comparativo, los datos de la realidad que no conduzcan al mismo punto, no son tomados. Es una corriente que arrastra consigo únicamente elementos de su mismo signo.

Resulta importante destacar aquí la doble función de la preocupación excesiva. Por un lado retroalimenta el circuito aprensivo y, por otro, incrementa en el individuo la sensación de control ante las supuestas amenazas (Cuadro 1).



(Tomado de Cascardo y Resnik, 2005)



Teoría Cognitiva

Según Barlow, (1988) citado por Cía, (2001) hay un número de prejuicios cognitivos que pueden precipitar el proceso de preocupación como ocurren en la tendencia a sobrestimar la probabilidad de que ocurran sucesos negativos y tengan consecuencias catastróficas, así como subestimar su propia habilidad para afrontarlos. Para Butler y Mathews (1987) citado por Cía (2001), hay también prejuicios o dificultades en la manera en que los pacientes con TAG procesan la información proveniente del entorno, haciendo interpretaciones amenazantes de materiales ambiguos, mayores a las de los controles normales y sobrestimando la posibilidad de que los eventos peligrosos pudieran ocurrir. Borkovek (1985) citado por Cía (2011), afirma que tienen también una mayor tendencia a interpretar equívocamente sucesos negativos comunes que son parte de la condición humana.

Causas Psicosociales del TAG

Dentro del aspecto psicosocial, tenemos cómo el individuo interactúa con las demás personas; las experiencias, sucesos o acontecimientos que derivan de dicha interacción y cómo es que éstas construyen su identidad.

Aspectos relacionados con el TAG por mencionar algunos, son los sucesos vitales, los cuales pueden ser estresantes, peligrosos o amenazantes, mismos que de forma cognitiva pueden percibirse con una atención selectiva exageradamente negativa. Existen otros relacionados con la interacción social, tal como la influencia parental, en la cual se puede mencionar la sobreprotección, ausencia prolongada, y pobreza afectiva.

Factores Genéticos

Para Hettema (2010), existe la posibilidad de una predisposición genética para padecer TAG, esta suposición la fundamenta en los estudios de Skre y cols. (1994) y a Reich (1995). A continuación, se muestran dichos estudios:



En la investigación de Skre y cols. (1994), se compararon parientes de probandos con trastornos de ansiedad con parientes de probandos con trastornos del estado de ánimo y probandos con trastornos de abuso de sustancias, sin probandos control. La jerarquía al asignar grupos de probandos permitió que los probandos con trastornos de ansiedad tengan cualquier afección, probandos con trastornos del estado de ánimo podían tener trastornos de abuso de sustancias, pero no trastornos de ansiedad, y probando con trastornos de abuso de sustancias no podían tener ni trastornos del estado de ánimo ni trastornos de ansiedad. El TAG fue mucho más prevalente en parientes de probandos con trastornos de ansiedad (22%) que en parientes de probandos con trastornos del estado de ánimo (9%) pero no que en parientes de probandos con abuso de sustancias (15%). El TDM no tuvo preponderancia significativa en parientes de probandos con trastornos de ansiedad comparada con otros grupos de probandos, pero la mayoría de los probandos con trastornos de ansiedad fueron casos de ansiedad y depresión comórbidas.

Utilizando el método de historia familiar, Reich (1995) examinó la distribución de TDM y TAG en parientes de cuatro grupos probando no superpuestos (sólo varones): TDM durante toda la vida sin TAG ($N_p = 54$), TAG sin TDM ($N_p = 16$), TDM/TAG comórbidos ($N_p = 20$) y sujetos control sanos ($N_p = 29$). Las tasas de TAG fueron del doble en parientes de pacientes con TAG (12, 7%) que en parientes de pacientes con TDM (6, 8%), y ambas mayores que la tasa de parientes controles (1, 9%). Es interesante destacar que las tasas de TDM en parientes de probandos con TDM + TAG no fueron elevadas (1, 4%) y las de TAG fueron sólo levemente elevadas (4,2 %). Si se interpreta con precaución, debido a los posibles sesgos en el método de historia familiar, este estudio indica también una superposición parcial del riesgo familiar entre TDM y TAG.

De igual forma Hetteema (2010) expone algunos estudios en gemelos para corroborar las mismas interrogantes en cuanto a la predisposición genética citando estudios de Kendler y cols. (1996, 1992, 2007) y de Roy y cols. (1995):



Kendler y cols. utilizaron estudios en gemelos para producir mayor número de datos examinando la relación entre TDM y TAG. El análisis bivalente entre TDM y TAG durante 12 meses (Kendler, 1996) y durante toda la vida (Kendler y cols., 1992) en mujeres gemelas del Registro de Gemelos de Virginia (VTR por sus siglas en inglés), al igual que TDM y TAG durante toda la vida entre gemelos del mismo sexo, hombres o mujeres, o entre gemelos de distinto sexo del Registro de “Gemelos en Suecia (STR por sus siglas en inglés) (Roy y cols., 1995) produjo resultados idénticos: TDM y TAG compartieron la mayoría del riesgo genético pero sólo una modesta proporción de factores de riesgo ambientales en común. Esto se replicó recientemente en una gran muestra de más de 37, 000 gemelos del Registro sueco, y se estimó la correlación genética específica de género entre TDM y TAG de 1,0 para las mujeres y de 0,74 para los varones (Kendler y cols., 2007). Estos hallazgos instaron a algunos autores a considerar la comorbilidad entre TDM y TAG como un ejemplo de “pleiotropía genética” (Gorwood, 2004; citado por Hettema, 2010).

Los estudios familiares y en gemelos indican que el TAG y el TDM comparten algunos, o la mayoría, de los factores de riesgo genético (Hettema, 2010).

Sin embargo, puesto a que no se han encontrado diferencias significativas en los estudios con gemelos, se cree que la mayor morbilidad entre los familiares de pacientes con ansiedad generalizada podría deberse a factores psicológicos y ambientales.

Factores Biológicos

Independientemente de los conflictos psicológicos, parece que las personas ansiosas poseen una sensibilidad biológica especial.

En la parte neuroquímica los sistemas implicados son el serotoninérgico, el noradrenérgico y el GABAérgico. Este último, por su relación con las benzodiazepinas, es el que cuenta con mayor importancia en la génesis de la ansiedad generalizada.



En la parte neuroendocrinológica el eje hipófiso-suprarrenal parece estar implicado en la ansiedad anticipatoria y generalizada, aunque no en las crisis de angustia.

- Alteración del eje hipófiso-suprarrenal

En cuanto a la neurofisiología, tal y como ocurría en los pacientes depresivos, el sueño REM está disminuido en latencia y densidad. Además, en la ansiedad se observa una disminución en el tiempo total de las fases REM, en el sueño δ y en estadio 1.

- Disminución en latencia, densidad y en el tiempo total de las fases REM

Por otro lado, mediante resonancia magnética se han observado alteraciones en el hemisferio derecho de pacientes afectados por ansiedad y un aumento en el tamaño de los ventrículos laterales, que se han correlacionado con el tiempo que los pacientes llevan en tratamiento con benzodiazepinas. La eficacia ansiolítica de éstas es responsable de la hipótesis de la existencia de alteraciones en el lóbulo occipital, zona de mayor concentración de receptores benzodiazepínicos cerebrales.

Los estudios funcionales de imagen cerebral (SPECT-PET) han observado una disminución del metabolismo en los ganglios basales, sustancia gris, sistema límbico y corteza cerebral, en los pacientes con ansiedad (Sánchez García, Fernández Domínguez, Iglesias García y González Seijo, 2001).

Factores Psicológicos

Personalidad.

Como ya se describió anteriormente, el TAG a diferencia del estrés sano, funciona de manera alterada, es decir, en lugar de ser un mecanismo adaptativo para la sobrevivencia, produce problemas de salud, y lejos de ayudar al individuo, lo incapacita.



Es por ello que dentro del TAG existen determinadas características de la personalidad que pueden considerarse anormales, algunas de ellas son por ejemplo un uso excesivo de ciertos estilos afrontamiento como la rumiación, valoración positiva, y negativa; su baja habilidad de comunicación siendo poco asertivos, tendencia a la preocupación excesiva o alteraciones en el sueño ante mínimos contratiempos, que se asocian de forma directa con una tendencia a abusar de mecanismos psicológicos en comento que generan ansiedad. Estos sujetos, en situaciones en las que la realidad supera su capacidad de control, pueden presentar síntomas ansiosos, que a su vez disminuyen su capacidad de funcionamiento autónomo.

En ellos no sólo está aumentada la incidencia de la ansiedad, sino que cuando ésta aparece responde peor al tratamiento y presenta mayor tendencia a la cronificación (Sánchez García et al., 2001).



Estrés

Estrés Percibido.

Entendemos como estrés percibido al grado en que las personas se han sentido molestas o preocupadas o, por el contrario, se han sentido seguras de su capacidad para controlar sus problemas personales (Pedrero, Ruiz, Lozoyag et al., 2015). Es la experiencia de incomodidades, molestias y frustraciones mayores y menores de la vida cotidiana (Nowack, 2002).

Historia del concepto estrés

En 1936, Hans Selye definió al estrés como el conjunto coordinado de reacciones fisiológicas ante cualquier forma de estímulo nocivo (incluidas las amenazas psicológicas), el estrés no era una demanda ambiental, sino un grupo universal de reacciones orgánicas y de procesos originados como respuesta a tal demanda.

Como aspecto concluyente, a partir de los años sesenta, se aceptó que el fenómeno del estrés es un aspecto inevitable de la condición humana, y por tanto, su afrontamiento establece grandes diferencias en cuanto a la adaptación como resultado final.

En 1953, Miller definió estrés como cualquier estimulación vigorosa, extrema o inusual que, representando una amenaza, cause algún cambio significativo en la conducta. Un estímulo es estresante cuando produce una conducta o respuesta fisiológica estresada y una respuesta se considera estresada cuando está producida por una demanda, un daño, una amenaza o una carga.

Conceptos más actuales como el de Miller, 1997 citado por Sierra, Ortega y Zubeidat, 2003, sugieren que es estrés es cualquier estimulación vigorosa, extrema o inusual que, ante la presencia de una amenaza, causa algún cambio significativo en la conducta.

Más recientemente el concepto de estrés es asociado a un estado patológico, sin embargo, tiene una función ligada a la supervivencia del ser humano como



especie, ya que es una reacción ante situaciones amenazantes o de alta demanda que propician en el sujeto un estado de alerta.

Se dice que cuando dichas respuestas son eficaces y son reguladas por la persona, permiten una adecuada adaptación, denominada eustres. Ahora bien, los estilos de vida actuales, que tienen como consecuencia la reducción de horas de sueño, dificultades económicas, incremento en las exigencias laborales, los acontecimientos significativamente negativos como catástrofes, fallecimiento de un ser querido, ruptura de relaciones, desempleo, el anuncio de una enfermedad crónica, etcétera; pueden generar en el sujeto respuestas inadecuadas que le impidan una correcta adaptación. Cuando estas reacciones se prolongan en el tiempo se produce una sobrecarga en el organismo que puede desencadenar problemas en la salud, y esto se conoce como distrés.

Actualmente el organismo humano debe responder a múltiples amenazas de tipo social (por ejemplo, laborales). Sin embargo, en términos sociales el organismo humano se ha quedado sin recursos para la acción; esta incapacidad para responder de forma exteriorizada deja al cuerpo fisiológicamente preparado para la acción que nunca llega, un estado de preparación que, al mantenerse en el tiempo, puede dañar seriamente al organismo (Sandín, 2003).

Se ha demostrado que parte de los efectos negativos que tiene el estrés sobre la salud proviene del hecho de que las personas sometidas a estrés, especialmente de tipo laboral, tienen hábitos de salud más desfavorables que las personas que no sufren estrés (Wiebe y McCallum, 1986, citado por Fernández, 1994).

El Sistema Nervioso Autónomo (SNA) en la Respuesta al Estrés

El sistema nervioso autónomo utiliza una doble inervación simpática y parasimpática para modular procesos como la reacción al estrés. La respuesta ultrarrápida y rápida al estrés, está mediada a través del sistema nervioso autónomo por una activación simpática importante y simultáneamente una inhibición parasimpática.



La médula suprarrenal recibe directamente fibras del SNA (Simpático) que estimula sus células endócrinas a producir adrenalina (A) y Noradrenalina (na), ejerciendo una acción rápida y extensiva a todo el organismo. Este proceso genera una respuesta que provoca un mayor estado de alerta involucrando a varios sistemas simultáneamente: aumenta la frecuencia cardíaca, el gasto cardíaco (volumen de sangre expulsado en cada contracción), incrementa el flujo sanguíneo a todos los órganos, aumenta el pulso y la presión sanguínea, provoca la dilatación de los bronquios y la de las pupilas, produce tensión muscular, disminuye las funciones digestivas (Vales, 2011).



Hábitos de Salud

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 1948) la salud es un estado completo de bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades, por lo que debemos comprender el término como un concepto integrador dado que implícitamente dicho estado ya sea para bien o para mal, depende de una serie de factores o hábitos tales como la actividad física, las relaciones interpersonales, la higiene de sueño, la nutrición, higiene personal etcétera; motivo por el cual deben estudiarse de forma separada.

Ejercicio

El ejercicio como término tiene su origen etimológico en el latín, y se deriva de la palabra *exercitium*, que los antiguos romanos utilizaban como forma de referirse a los movimientos corporales repetitivos, que tiene como base la actividad física (López y Fernández, 2008).

El ejercicio es pues, un derivado de la actividad física, el cual es una actividad física planeada, estructurada y repetitiva realizada por el organismo de forma voluntaria, que supone cierto gasto de energía y que se realiza con el objeto de producir una mejora en el funcionamiento del propio organismo (Ortega, 1992).

Es bien sabido que los avances tecnológicos actuales, disminuyen o desfavorecen la realización de cualquier actividad física, factores como máquinas automáticas en el ámbito laboral, o equipos electrónicos dentro del hogar, hacen que las tareas o actividades del día a día requieran menos esfuerzo o ejercicio físico, fomentando así el sedentarismo. El sedentarismo tiene como consecuencia en las personas la incapacidad de afrontar las demandas de la vida diaria debido a una disminución en sus condiciones físicas.

La forma física tiene una serie de atributos físicos que se relacionan con la capacidad para realizar actividad física, atributos de nacimiento que son susceptibles de mejora con el entrenamiento adecuado. Dichos componentes son



la resistencia cardiorrespiratoria, resistencia muscular, fuerza, velocidad y flexibilidad.

Estévez, Grasso y Pinto (2014) encontraron que los individuos que asisten a un programa de activación física dos veces por semana, refieren mejor calidad de vida, no sólo por la disminución de los dolores y problemas físicos, sino también por la integración a nivel psíquico de otras dificultades. Además del incremento de la funcionalidad física, la actividad física en adultos genera un aumento en la autoeficacia y la autoestima (Diognigi, 2007, citado por Estevez, Grasso y Pinto, 2014); disminuye la prevalencia de depresión, ansiedad y otras enfermedades mentales (Guszkowska, 2004; Hill et al., 2007; McAuley, 2002; Pollock, 2001, citados por Estevez, Grasso y Pinto, 2014); favorece la cohesión e integración social de la persona mayor (Dionigi, 2007; Estabrooks & Carron, 1999, citado por Estevez, Grasso y Pinto, 2014); y aumenta los repertorios comportamentales de los adultos mayores (Fernández Ballesteros, 2002, citado por Estevez, Grasso y Pinto, 2014).

En resumen, el ejercicio es un entrenamiento al que puede someterse el organismo para su buen funcionamiento, teniendo como resultado una correcta forma física, que de igual forma está en función del trabajo que se realice y de la intensidad con que se haga (Ortega, 1992).

Descanso/Sueño

“Es un estado funcional, reversible y cíclico, que presenta unas manifestaciones conductuales características, tales como una relativa ausencia de motilidad y un incremento del umbral de respuesta a la estimulación externa, a nivel orgánico se producen modificaciones funcionales y cambios de actividad en el sistema nervioso, acompañado todo ello de modificación de la actividad intelectual que supone el soñar” (Buela-Casal y Sierra, 1994, citado por Buela-Casal y Miró, 2001, p. 48).

Está compuesto por fases, se cree que cada una de ellas cumple funciones específicas, sin embargo, aún no se sabe con precisión cuál es la función determinada de cada una de ellas, sin embargo, gracias a diversos estudios se ha



llegado a definir cuál sería su ejecución en cada una de las funciones fisiológicas, mentales y comportamentales si se llegase a privar de alguna de ellas (Corsi, 1983).

En los últimos años se han acumulado pruebas respecto a que el dormir menos tiempo -y también, paradójicamente, más tiempo del asociado al patrón de sueño intermedio- parece tener consecuencias adversas para la salud física a diversos niveles. El sueño es esencial en nuestras vidas y múltiples líneas de investigación demuestran que existe una estrecha interrelación entre los procesos de sueño y el estado de salud físico y psicológico de una persona (Miró, Martínez y Arriaza, 2006).

Los individuos que duermen de forma regular un promedio de 7-8 horas diarias (patrón de sueño intermedio) suelen tener mejor salud física y menores riesgos de mortalidad o desarrollo de diabetes, cardiopatías o alteraciones cognitivas o psicológicas, en comparación con los que duermen menos (patrón de sueño corto) o más (patrón de sueño largo) (Loria, Rocha y Márquez, 2010).

El insomnio es el trastorno del sueño más comúnmente informado en los países industrializados. La prevalencia de los trastornos del sueño en diferentes poblaciones ha sido estimada entre un 10 y un 30%. El insomnio se ha observado en el 30% de los pacientes referidos a centros de estudio de trastornos del sueño, mientras que la hipersomnia diurna tiene una prevalencia del 4% (Welstein, Dement, Redington, Guilleminault y Mitler, 1983).

Si definimos el insomnio como la queja de una persona sobre la dificultad en conciliar o mantener el sueño prolongado a lo largo de un mes, en general se observa una mayor prevalencia entre los ancianos, mujeres, individuos con bajo nivel de educación, desempleados, divorciados y quienes presentan patologías clínicas o depresión, ansiedad o drogodependencia (Velázquez, Muñoz, Sánchez, Zenner y Velázquez, 2012).

Pilcher y cols. (1997), encontraron en un grupo de estudiantes una relación negativa significativa entre calidad subjetiva de sueño y tensión, depresión, ira,



fatiga, confusión en la escala POMS y la somnolencia en la escala SSS (Stanford Sleepiness Scale). Igualmente, una mala calidad de sueño se relacionaba con baja satisfacción en la vida, según la escala SWLS (Satisfaction with Life Scale).

En un estudio realizado por Miró, Martínez y Arriaza (2006), se concluyó que la ansiedad se relaciona con la calidad subjetiva del sueño, pero no con la duración del mismo. Los sujetos que están muy satisfechos con su sueño, al margen de las horas que habitualmente duermen, presentan menos ansiedad que aquéllos que estiman que su sueño es de menor calidad. Hasta el 75% de las personas con alteraciones de ciclo sueño-vigilia presenta síntomas de ansiedad, en donde la ansiedad se relacionaba con la calidad de sueño.

En otra investigación elaborada por Loria, Rocha y Márquez (2010), sobre el patrón y la calidad subjetiva de sueño en médicos residentes y su relación con la ansiedad y la depresión, mencionan que se ha encontrado que la privación del sueño hace que los médicos en general y los residentes en particular sean más proclives a cometer errores en tareas repetitivas y rutinarias y en aquéllas que requieren una atención sostenida. De hecho, se ha visto que la privación de sueño produce efectos sobre la realización de tareas similares a los de una intoxicación alcohólica, de forma que realizar una tarea tras 24 horas continuadas de vigilia equivale a realizarla con una alcoholemia de 0,10%, y disminuye la capacidad de atención visual, la velocidad de reacción, la memoria visual y el pensamiento creativo.

En dicho estudio concluyeron que el patrón de sueño de los médicos cambia significativamente al ingresar en la residencia, tendiendo hacia el patrón corto y que la calidad del sueño empeora; que entre los factores asociados con el mal patrón del sueño se encuentran la especialidad de urgencias, la ansiedad y el consumo de café, en tanto que con la mala calidad del mismo se asocian cursar el primer año de la de residencia, la especialidad de urgencias, otros trabajos ajenos a la residencia, obligaciones familiares y sociales, consumo de tabaco y alcohol, ansiedad y depresión; y que los niveles de la ansiedad y depresión son superiores a lo



reportado previamente y se relacionan con patrones de sueño corto y mala calidad del mismo.

Es importante considerar las consecuencias asociadas a los modelos desviados de la duración y de la calidad óptima de sueño, y se necesita desarrollar iniciativas preventivas y educativas destinadas a optimizar los hábitos de sueño (Miró, Martínez y Arriaza, 2006).

En un estudio realizado por Chóliz (1994) se afirma que no existe mucha evidencia experimental que avale el hecho de que el insomnio sea debido exclusivamente a un exceso de activación fisiológica, sino que se ha demostrado que tanto la activación cognitiva como la emocional también ejercen un papel de extraordinaria relevancia en la génesis y mantenimiento de las dificultades del sueño. Así, una actividad mental excesiva al tiempo de dormir, preocupaciones, pensamientos intrusivos, ansiedad o depresión pueden precipitar y mantener los trastornos del sueño.

Alimentación/Nutrición

La base de la alimentación en la mayoría de los animales es la sensación de hambre y la imitación, sin embargo, lo que diferencia a los seres humanos de otras especies es que sus conductas instintivas son sustituidas por intelectivas, es decir, es guiada por la motivación y es capaz de decidir cuándo y que alimentos comer basados en la apetencia y el gusto.

Siendo así, la alimentación es la forma y manera de proporcionar al cuerpo los alimentos que le son indispensables, y consiste en obtener del entorno una serie de productos naturales o transformados, que conocemos con el nombre de alimentos, que contienen una serie de sustancias químicas denominadas nutrientes, además de otros elementos que les son propios y que le confieren unas características determinadas como por ejemplo aroma y color. Es de carácter voluntario y está influida por factores socioeconómicos, psicológicos y geográficos.



Por tanto, el alimento es el combustible necesario para mantener los procesos que requieren energía y que, a su vez, mantienen la vida. La energía es necesaria para mantener el medio fisicoquímico intacto, el denominado medio interno, y para la persistencia de las actividades electromagnéticas que definen al organismo vivo (Napoli y Horton, 1997).

El estrés tiene efecto sobre la alimentación y ésta repercute de igual forma sobre el estrés, en donde la mayor acumulación de estrés puede alterar los patrones de conducta de quienes lo sufren. El aparato digestivo es un órgano de patologías asociadas al estrés propio de ambientes y ritmos de vida (laborales o del hogar) insanos y vitandos. El estrés puede alterar el apetito y el hambre y, como consecuencia, la correcta conducta alimentaria y la nutrición que, inexorable e involuntariamente, sigue a ésta. En determinadas circunstancias, hay disociación entre el apetito (sensación primariamente psíquica) y el hambre (sensación básicamente orgánica). Y es que el apetito, como estado mental, puede verse modificado por diferentes situaciones emocionales (muy frecuentemente, por el estrés), o a través de variaciones químicas y vasculares y de impulsos transmitidos al mesencéfalo desde diversos órganos, donde el estrés podría desempeñar también un papel relevante (Díaz, 2007).

Prevención

La prevención para la salud es un conjunto de acciones que ha venido desarrollando el ser humano desde su surgimiento; primero como un acto instintivo, vestigio de sus antecedentes de animal; más tarde, como resultado de su evolución, mediante expresiones del pensamiento mágico; posteriormente, al regular este último, como expresión del pensamiento religioso y muy recientemente, al sistematizar estas acciones como resultado de la observación, el registro y análisis de los hechos, como una disciplina científica (Espinosa y de León, 1983).

Tanto que para Jauregui y Suárez (1998) la prevención de la enfermedad es la reducción y control de los riesgos que atentan contra la salud de las personas y la salud de la población con el fin de evitar aparición de la enfermedad.



El cuidado de la salud tiene como principal objetivo el cambio en las prácticas de salud, las cuales pasan primero por un cambio en la actitud y una mejoría en los conocimientos, todo lo cual se impregna como parte de un proceso educativo que se debe iniciar desde la preadolescencia y continuarse en la adolescencia y posteriormente en la vida adulta (Tuesca y col., 2007).

Adicciones

Según Carlson (2006) el término adicción deriva del vocablo latino *addicere*, “condenar”. Alguien que es adicto a una droga está, de alguna manera condenado a unas condiciones de servilismo involuntario, está obligado a cumplir las demandas de su dependencia a las drogas.

Algunas drogas tienen efectos reforzantes muy potentes, lo que conduce a muchas personas a abusar de ellas o incluso volverse adictos. Muchas personas (psicólogos, profesionales de la salud y profanos en la materia) creen que la “verdadera” adicción está causada por los efectos fisiológicos desagradables que suceden cuando un adicto intenta detener el consumo de la droga. Por ejemplo, según Carlson (2006), Eddí y cols. (1965) definieron la dependencia física como “un estado adaptativo que se manifiesta por intensas alteraciones físicas cuando se suspende la administración de una droga”. Por el contrario, definieron la dependencia psíquica como un estado en el que una droga produce “una sensación satisfactoria y una motivación psíquica que requiere la administración periódica o continuada de la droga para producir placer o evitar sensaciones desagradables” (p. 637).

El consumo de sustancias es un problema creciente en la población juvenil, lo que se relaciona con su estilo de vida, creencias y relaciones sociales.. Como consecuencia, surgen alteraciones biológicas, comportamentales, cognitivas y emocionales en los jóvenes consumidores, afectando su modo de vivir y de quienes los rodean (Salazar y Arrivillaga, 2004).

De forma general se admite que el factor causal fundamental de las toxicomanías reside en la personalidad del toxicómano y que solamente teniendo



*Estrés en mujeres que padecen Trastorno de Ansiedad Generalizada (TAG):
diferencias según la edad*

en cuenta condiciones generales e individuales, internas y externas, esenciales accidentales, puede comprenderse el proceso total de la toxicomanía” (Valenciano, 1936; citado por Pedrero y Rojo, 2007).



Red de Apoyo Social

La Red de Apoyo Social acorde al Perfil de Estrés de Nowack (2002) se refiere al grado en el que el individuo siente que hay gente con la que puede contar en todo momento para obtener apoyo emocional, consejo, información, amor incondicional y ayuda, además de qué tan satisfecho se siente con dicho apoyo.

“Apoyo social” es un concepto multidimensional. Con el fin de incluir todas sus dimensiones, el término ha sido definido como la totalidad de recursos provistos por otras personas (Cohen y Syme, 1985, citados por Castro, Campero y Hernández, 1997). Tardy (1985, citado por Castro, Campero y Hernández, 1997) ha sugerido que deben distinguirse dimensiones como dirección (recibido o provisto), disposición (disponible o ejecutado), forma de medición (descrito o evaluado), contenido (emocional, instrumental, informativo, evaluativo), y red social donde se encuentra (familia, amigos, vecinos, compañeros de trabajo, comunidad, y otros).

Por otra parte, Barrera (1986, citado por Castro, Campero y Hernández, 1997) ha sugerido que la definición operacional del concepto de apoyo social debe contemplar tres grandes dimensiones:

a) Grado de integración social: los análisis de redes sociales constituyen el abordaje predominante para explorar esta categoría (Muller, 1980, citado por Castro, Campero y Hernández, 1997).

b) Apoyo social percibido: es decir, la medición de la confianza de los individuos de que el apoyo social está disponible si se necesita. Si bien existe el riesgo de incurrir en confusión operacional entre el apoyo social y sus efectos, algunos autores han argumentado que es posible distinguir esta dimensión operativamente (Turner, 1990, citado por Castro, Campero y Hernández, 1997).

c) Apoyo social provisto: esto es, acciones que otros realizan para proveer asistencia a un individuo determinado (Castro, Campero y Hernández, 1997).

House y col. (1988, citados por Castro, Campero y Hernández, 1997) han señalado que el concepto de apoyo social incluye dos diferentes estructuras de



relaciones sociales, y tres tipos de procesos sociales. Los elementos estructurales son: a) el grado de integración/aislamiento, esto es la existencia y cantidad de relaciones sociales; y b) la estructura de la red social, esto es, las propiedades estructurales (densidad, reciprocidad, multiplicidad y otras), que caracteriza a un conjunto de relaciones sociales dado. Los tres procesos identificados son: a) el control social, esto es, la cualidad reguladora y/o controladora de las relaciones sociales; b) las demandas y conflictos relacionales, que se refiere a los aspectos negativos y conflictivos del apoyo social; c) el apoyo social en sí mismo, que se refiere a la asistencia emocional o instrumental de las relaciones sociales.

Dentro del campo de la psicología de la salud, que se fundamenta en una perspectiva integral, biopsicosocial, de la salud y la enfermedad (Barra, 2004), uno de los temas que ha recibido más atención de los investigadores es el apoyo social, al cual se puede concebir como el sentimiento de ser apreciado y valorado por otras personas y de pertenecer a una red social. Durante los últimos años ha sido creciente el interés académico y profesional por el tema del apoyo social y su influencia en distintos aspectos del individuo, incluidos su bienestar psicológico y su salud física (Uchino, Cacioppo y Kiecolt-Glaser, 1996, citado por Barra 2004).

El apoyo social ha mostrado tener influencia en diversos aspectos relacionados con los procesos de salud y enfermedad; entre ellos, la forma de afrontar el estrés, la progresión de la enfermedad, el ajuste y la recuperación de la enfermedad, la recuperación posquirúrgica y el inicio y mantenimiento de los cambios conductuales necesarios para prevenir enfermedades o complicaciones. Por ello, se ha llegado a afirmar que el insuficiente apoyo social puede considerarse como un factor de riesgo en cuanto a la morbilidad y la mortalidad al menos comparable a factores tan bien establecidos como el fumar, la hipertensión, la hipercolesterolemia, la obesidad y la escasa actividad física (Kiecolt-Glaser, Mcguire, Robles y Glaser, 2002, citados por Barra, 2004).

El apoyo social cumple muchas funciones diferentes, las cuales podrían agruparse en tres tipos principales: una función emocional, relacionada con



aspectos como el confort, el cuidado y la intimidad; una función informativa, que involucra recibir consejo y orientación, y una función instrumental, que implica la disponibilidad de ayuda directa en forma de servicios o recursos (Martín, Sánchez y Sierra, 2003, citados por Barra, 2004). Aunque cada uno de estos tipos de función puede ser relevante para el bienestar del individuo, se tiende a considerar que el apoyo de tipo emocional es el más importante, en especial en el contexto de las enfermedades graves y, en particular, en el cáncer (Trunzo y Pinto, 2003, citados por Barra, 2004).

El apoyo social se puede concebir y evaluar desde distintas perspectivas. Una perspectiva cuantitativa- estructural (o de integración social) se centra en la cantidad de vínculos en la red social del individuo (por ejemplo, el estatus marital, la cantidad de amigos, la participación comunitaria), mientras que una perspectiva cualitativa-funcional privilegia la existencia de relaciones cercanas y significativas, así como la evaluación que hace el individuo del apoyo disponible (dígase la calidad marital, la intimidad de las relaciones, la satisfacción de necesidades personales). De acuerdo con la evidencia disponible, tanto la cantidad como la calidad de apoyo social parecen tener efectos significativos en el bienestar y la salud (Dolbier y Steinhardt, 2000, citados por Barra, 2004).

La distinción anterior se relaciona en gran medida con otra diferenciación común entre el apoyo recibido y el apoyo percibido. El primero tiene que ver con las características de la red social en términos de sus dimensiones estructurales y funcionales, mientras que el segundo se refiere a la apreciación subjetiva del individuo respecto de la adecuación del apoyo proporcionado por la red social (Barra, 2004).

Apoyo Social y Estrés

Se han ofrecido algunas perspectivas generales o modelos sobre la forma en que funciona el apoyo, especialmente en relación con el estrés. La primera, conocida como el modelo de amortiguación, sugiere que el apoyo social sirve como una fuente de protección (amortiguador) contra los efectos nocivos del estrés. De



acuerdo a ella, el apoyo social permite a las personas valorar al estresor como menos amenazante y afrontarlo mejor. Como resultado, los individuos bajo estrés que perciben poco apoyo social experimentarán efectos negativos en su salud, mientras que tales efectos se verán reducidos o estarán ausentes en individuos con altos niveles de apoyo social. La segunda perspectiva, conocida como modelo de efectos principales, enfatiza el valor del apoyo social con independencia del estrés y afirma que dicho apoyo es un recurso útil y positivo que proporciona beneficios significativos, aunque la persona no esté expuesta a estrés.

Así, la existencia de una red social promueve el bienestar, independientemente del estrés, mientras que la adecuación percibida del apoyo disponible sería necesaria para amortiguar los efectos negativos de aquél. Esta importante relación entre apoyo social y estrés se puede explicar de diversas formas. Una primera sería el efecto directo del apoyo social en la actividad fisiológica; así, el tener más apoyo se ha asociado con menores niveles de frecuencia cardíaca, presión arterial y catecolaminas, y con una mejor función inmune (Uchino y cols., 1996, citado por Barra, 2004). Otra explicación sería que el disponer de apoyo le ayuda al individuo a tener más flexibilidad cognitiva y un mejor desempeño en los roles necesarios para afrontar el estrés. Una última explicación, relacionada con las anteriores, tiene que ver con la relación entre la ansiedad y los factores de afiliación y comparación social. El estar con otros, especialmente con quienes se hallan en condiciones similares, puede tener un efecto reductor de la ansiedad. El apoyo social crearía un sentimiento de bienestar y de seguridad que puede ser especialmente importante en momentos de estrés, y sus efectos benéficos pueden operar durante las fases de valoración y de afrontamiento del proceso de estrés. Por ejemplo, los amigos pueden ayudar a evaluar si un determinado evento tiene un carácter realmente amenazante para el individuo, y pueden contribuir además a proporcionarle estrategias para afrontar el desafío o la amenaza que representa tal evento (Barra, 2004).

Las experiencias cooperativas aumentan las conductas sociales positivas (conductas de consideración, autocontrol, prosociales, asertivas...), la



comunicación positiva intragrupo, la capacidad para analizar emociones, mejoran el autoconcepto y el concepto de los demás, disminuyendo diversas conductas sociales negativas (agresivas, antisociales, de retraimiento, timidez...), las estrategias cognitivas agresivas como técnica de resolución de conflictos o los prejuicios (Saracho, 1998, citado por Garaigordobil, 2004).

Por otro lado, las investigaciones que han analizado los efectos de cooperar frente a competir constatan que la interacción cooperativa fomenta la cohesión grupal, ayuda a reducir conflictos intergrupos, estimula conductas prosociales, disminuye conductas sociales negativas, incrementa la aceptación de los miembros del grupo, aumenta las habilidades sociales, la capacidad para resolver problemas y el desarrollo moral (Desbiens, Royer, Bertrand y Fortin, 2000; Gillies, 2000; Miller, 1998; Sherif, Harvey, White, Hood y Sherif, 1961, citado por Garaigordobil, 2004).

Apoyo Social y Salud

Convencionalmente se proponen dos modelos para explicar la asociación entre apoyo social y salud. Por una parte, el modelo del efecto directo, que postula que el apoyo social favorece los niveles de salud, independientemente de los niveles de estrés del individuo; por otra parte, el modelo del efecto amortiguador, que postula que el apoyo social protege a los individuos de los efectos patogénicos de los eventos estresantes (Cohen y Syme, 1985; Gore, 1985, citados por Castro, Campero y Hernández, 1997). Estos modelos resultan de conceptualizar al apoyo social como variable antecedente o simultánea (modelo del efecto directo), o como una variable interviniente en la relación estrés-enfermedad (modelo amortiguador).

Bajo el modelo del efecto directo, el apoyo social es positivo para un individuo independientemente de la presencia de estrés. Se postula que tal apoyo tiene el efecto de incrementar el bienestar emocional y físico de los individuos, o de disminuir la probabilidad de efectos negativos en tales dominios. Los mecanismos propuestos son, o bien que el apoyo social tiene efectos en algunos procesos fisiopsicológicos, lo que mejora la salud o impide la enfermedad, o bien que el apoyo



social favorece el cambio de conductas de los individuos, lo cual a su vez tiene consecuencias positivas para la salud.

El segundo modelo de apoyo social es conocido como el modelo del efecto amortiguador (Cohen y McKay, 1984; Gore, 1978; Wheaton, 1985, citados por Castro, Campero y Hernández, 1997). Bajo este modelo se postula que el apoyo social interviene como variable “mediadora” en la relación entre estrés y enfermedad. Esto puede ocurrir de dos maneras. En la primera, el apoyo social permite a los individuos redefinir la situación estresante y enfrentarla mediante estrategias no estresantes, o bien inhibe los procesos psico-patológicos que podrían desencadenarse en la ausencia de apoyo social (Castro, Campero y Hernández, 1997).



Conducta Tipo A

La conducta tipo A puede entenderse como un patrón de respuestas a nivel conductual, fisiológico o cognitivo que se manifiestan cuando un individuo enfrenta situaciones de intensa exigencia. Así pues, los individuos con este rasgo de personalidad, dan preferencia a las posiciones de prestigio sobre las relaciones interpersonales, en las cuales se trazan metas en las que poco les importa el medio para llegar a ellas.

El concepto de conducta tipo A es multidimensional dado que involucra componentes de distinta naturaleza, tales como la forma de expresión que se manifiesta con un tono de voz alta, habla rápida, gestos exagerados; actitudes y emociones como son la hostilidad e impaciencia; aspectos motivacionales como la competitividad, orientación al éxito y ambición; conductas manifiestas como la urgencia en el tiempo, velocidad e hiperactividad; y aspectos cognitivos manifiestos en la necesidad de control y criterios de evaluación ambiguos (Friedman y Rosenman, 1974 citados por García y Berrios, 1999).

En relación a las consecuencias de este patrón de conducta para los sujetos que lo manifiestan, se sabe que algunos de sus componentes, por ejemplo los motivacionales, pueden tener repercusiones positivas para la vida laboral del individuo. Sin embargo, otros, como la hostilidad e impaciencia, pueden repercutir negativamente en su bienestar biopsicosocial. (García y Berrios, 1999).

En sus estudios Friedman y Rosenman, (1950) citados por Izquierdo y Gil-Lacruz, (2000), detectaron que determinados comportamientos eran comunes en los diferentes enfermos y de ahí se definió el patrón de conducta tipo A: "Individuo que lucha de forma crónica por conseguir el mayor número de cosas en el menor tiempo posible, destacando una competitividad muy exagerada en el trabajo, asociada a una sobrecarga" (p.54). Es decir, son individuos con una agenda tremendamente activa y a la vez con una hostilidad y una agresividad no conveniente, excesiva y que quizás por esta urgencia temporal presentan una cierta ansiedad e hiperactividad que se manifiesta en su comportamiento externo, incluso



en su expresión verbal, muy impositivo, irritable cuando se les frustra, lenguaje gestual en forma de oposición y enfado y con una elevada tensión muscular en sus aspectos psicomotores.

En resumen, desde esta visión multidimensional, en el patrón de conducta tipo A deberíamos destacar tres características (Friedman y Rosenman, 1974 citados por Izquierdo y Gil-Lacruz, 2000):

Orientación de logro competitivo las personas con este patrón de conducta tienden a ser muy autocríticos y a esforzarse mucho por conseguir sus metas, sin acompañar sus esfuerzos con sentimientos de alegría. Perciben el entorno como opuesto a sus objetivos, con un nivel de reto elevado, interpretan el contexto de forma amenazante para su autoestima y necesitan autoafirmarse y recuperar la sensación de control a través de sus logros personales.

Urgencia temporal estas personas parecen estar luchando permanentemente contra el reloj, son muy intolerantes con los retrasos, con las pausas improductivas e intentan hacer más de una cosa a la vez.

Y sentimientos de ira y hostilidad, en donde las personas con este patrón de conducta responden más rápidamente y con más fuerza a los estresores, interpretándolos frecuentemente como amenazas a su control personal. Además el propio patrón comportamental puede incrementar la probabilidad de transacciones estresantes.

El patrón de conducta tipo A también tiene una dimensión situacional e interactiva en un determinado medio, se gesta en un entorno específico, provocado por una situación determinada. Resulta un patrón complejo no reducible a un rasgo estable de personalidad, sino que la interacción con el entorno y el conocimiento del mismo es fundamental para comprender este tipo de constructo. Su modificación y prevención es posible mediante el aprendizaje y entrenamiento adecuado, junto con la correspondiente y necesaria denuncia y sensibilización de las condiciones psicosociales que lo propician (Izquierdo y Gil-Lacruz, 2000).



En el mismo contexto, se le considera como un estilo de afrontamiento relativamente estable, que conlleva una mayor vulnerabilidad al estrés y una exposición continuada a las situaciones que lo desencadenan (Pallarés y Rosel, 2001).

El patrón de conducta tipo A definiría a todas aquellas personas que tienen una forma de vida que se puede considerar como competitiva, con mucha implicación en el trabajo o con una gran sensación de urgencia en las actividades que realizan y que presentan una mayor probabilidad de desarrollo de enfermedades coronarias en general e infarto de miocardio en particular (McDougall, Dembroski y Krantz, 1981 citados por Izquierdo y Gil-Lacruz, 2000).



Fuerza Cognitiva

La Fuerza cognitiva acorde al Perfil de Estrés de Nowack explora las atribuciones, actitudes y creencias que un individuo tiene acerca de la vida y el trabajo. Por consiguiente, se puede inferir que dichas atribuciones, son actitudes ambientales y comportamientos sostenibles que se atribuyen a través de la percepción y las representaciones sociales que funcionan como las creencias de la vida y del trabajo.

La percepción es biocultural porque, por un lado, depende de los estímulos físicos y sensaciones involucrados y, por otro lado, de la selección y organización de dichos estímulos y sensaciones. Las experiencias sensoriales se interpretan y adquieren significado moldeadas por pautas culturales e ideológicas específicas aprendidas desde la infancia.

Este proceso de formación de estructuras perceptuales se realiza a través del aprendizaje mediante la socialización del individuo en el grupo del que forma parte, de manera implícita y simbólica en donde median las pautas ideológicas y culturales de la sociedad (Vargas, 1994).

Al respecto, Vargas (1994) cita a Merleau-Ponty (1975) señalando que la percepción no es un añadido de eventos a experiencias pasadas sino una constante construcción de significados en el espacio y en el tiempo: percibir no es experimentar una multitud de impresiones que conllevarían unos recuerdos capaces de complementarlas; es ver cómo surge, de la constelación de datos, un sentido inmanente sin el cual no es posible hacer invocación ninguna de los recuerdos. Recordar no es poner de nuevo bajo la mirada de la conciencia un cuadro del pasado subsistente en sí, es penetrar el horizonte del pasado y desarrollar progresivamente sus perspectivas encapsuladas hasta que las experiencias que aquél resume sean vividas nuevamente en su situación temporal. Percibir no es recordar.



La teoría de las representaciones sociales pretende estudiar el pensamiento social enfatizando la naturaleza social del pensamiento y la importancia del pensamiento en la vida social.

Una representación social tradicionalmente es comprendida como un sistema de valores, ideas y prácticas con una doble función: primero, establecer un orden que permita a los individuos orientarse ellos mismos y manejar su mundo material y social; y segundo, permitir que tenga lugar la comunicación entre los miembros de una comunidad, proveyéndoles un código para nombrar y clasificar los diversos aspectos de su mundo y de su historia individual y grupal (Moscovici, 1984 citado textualmente por Duveen, 2001 por Rodríguez, 2003).

Las representaciones cumplen dos roles principales:

a) “Hacer convencionales los objetos, personas y eventos que encontramos. Les otorgan una forma definitiva, las localizan en una categoría y gradualmente las establecen como modelo de cierto tipo, distinto y compartido por un grupo de personas” (Moscovici, 1984, p. 22; citado por Rodríguez, 2003).

b) Prescribir, en el sentido de que “se nos imponen con una fuerza irresistible. Esta fuerza es una combinación de una estructura que se nos presenta antes de que empecemos a pensar y sobre una tradición que nos marca qué debemos pensar” (Moscovici, 1984a, p. 23; citado por Rodríguez, 2003).

La relación entre actitudes ambientales y comportamientos sostenibles desde la Psicología Ambiental, se define como “los sentimientos favorables o desfavorables que se tienen hacia alguna característica del medio o hacia un problema relacionado con él”; (Holahan, 1991, p. 15; citado por Álvarez y Vega, 2009). Por su parte, se entiende la actitud ambiental como un determinante directo de la predisposición hacia acciones a favor del medio (Taylord y Todd, 1995 citado por Álvarez y Vega, 2009).

Dado lo anteriormente citado, el concepto de fuerza cognitiva hacia dichas atribuciones y actitudes que son actitudes ambientales y comportamientos



sostenibles que se atribuyen a través de la percepción y las representaciones sociales que funcionan como las creencias de la vida y del trabajo, se infiere que la fuerza cognitiva está ligada al entorno en el que el individuo se desarrolla, lo cual implica un moldeamiento de la misma a través de las experiencias y las interpretaciones que se viven en el día a día, dependiendo de la interacción con el ambiente, el contexto concreto en el cual se sitúa la persona y los grupos con los que se relacione, siendo una mezcla de cultura, religión, valores, ideologías y costumbres, los cuales están sujetos a desencadenar conductas internas y externas ligadas a sintomatologías ansiosas.



Estilos de Afrontamiento

Dentro del Perfil de Estrés de Nowack las escalas de estilo de afrontamiento se desarrollaron para valorar cuatro estrategias que tienen una base conceptual diferente: Valoración positiva, Valoración negativa, Minimización de la amenaza y Concentración en el problema.

Cada una de estas estrategias puede ser eficaz para reducir el estrés y los riesgos de enfermedad relacionados con éste, y suelen emplearse de manera combinada para dar cuenta de diferentes aspectos de un episodio estresante. Sin embargo, la confianza excesiva en cualquiera de ellas, sin considerar qué tan bien se ajusta a las demandas de una situación determinada, puede interferir con la reducción del estrés e incluso magnificar las consecuencias negativas de las situaciones estresantes sobre la salud. Por ejemplo, aunque la minimización de la amenaza podría ser una estrategia de afrontamiento más eficaz que la concentración en el problema en circunstancias que están fuera del control del individuo, esta última sería una mejor estrategia en presencia de padecimientos crónicos pero tratables, como la diabetes o la hipertensión arterial, donde son indispensables la vigilancia y la atención continua para el cuidado correcto. De hecho, el empleo de la minimización de la amenaza en tales casos podría conducir a una exacerbación del proceso de enfermedad y a la muerte.

Lazarus (1966) formuló su teoría procesual sobre el afrontamiento iniciando un fructífero campo de investigación que en la actualidad contempla varias áreas de interés entre las que destacan las estrategias de afrontamiento que utilizan diferentes grupos de población, así como su utilidad y eficacia para adaptarse a situaciones de estrés (p.e., Samper, Tur, Mestre y Cortés, 2008, citado por Castaño y León del Barco, 2010). Lazarus y Folkman (1986) definieron el afrontamiento como aquellos esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas, externas y/o internas, que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo. Más



tarde, este planteamiento teórico evolucionó hacia una teoría de las emociones y se ha orientado hacia posiciones constructivistas y cualitativas (Lazarus, 2000).

En el concepto actual de estrés, el proceso de valoración psicológica se produce de dos formas (Lazarus & Folkman, 1986):

Valoración primaria: es un patrón de respuesta inicial, en el cual la persona evalúa la situación en base a cuatro modalidades: a) valoración de la amenaza, que se presenta cuando la persona anticipa un posible peligro; b) valoración de desafío, que se presenta ante una valoración de amenaza en la que además existe una posibilidad de ganancia; c) evaluación de pérdida, cuando ha habido algún perjuicio o daño como una enfermedad incapacitante, un deterioro a la estima propia o haber perdido a algún ser querido; y d) valoración de beneficio, que no genera reacciones de estrés.

Valoración secundaria: se busca determinar las acciones a realizar para enfrentar el estresor y la percepción de las habilidades de afrontamiento.

La interacción entre la valoración primaria y secundaria determina el grado de estrés, la intensidad y la calidad de la respuesta emocional.

Afrontamiento

Las consecuencias negativas del estrés son reguladas por un proceso que es denominado afrontamiento. El afrontamiento es entendido como un esfuerzo cognitivo y conductual orientado a manejar, reducir, minimizar, dominar o tolerar las demandas externas e internas que aparecen y generan estrés (Halstead, Bennett, Cunningham, 1993, citados por Solís y Vidal, 2006). El afrontamiento ayuda a identificar los elementos que intervienen en la relación dada entre situaciones de la vida estresantes y síntomas de enfermedad. El afrontamiento actúa como regulador de la perturbación emocional. Si es efectivo, no se presentará dicho malestar; en caso contrario, podría verse afectada la salud de forma negativa, aumentando el riesgo de mortalidad y morbilidad (Casaretto et al., 2003, citado por Solís y Vidal, 2006).



Ante un mismo suceso potencialmente estresante la gente presenta reacciones muy diversas. La muerte de un esposo suele suponer un profundo golpe emocional, pero para algunos pocos resulta una bendición. Las investigaciones iniciales sobre el estrés partían del supuesto implícito de la existencia de estresores prácticamente universales, es decir, ciertas condiciones ambientales con capacidad para llegar a agotar la resistencia de cualquier organismo. Pronto se observó que había enormes diferencias en cómo diferentes personas afrontan el mismo suceso (Vázquez, Crespo y Ring, 2000).

Mitos del Afrontamiento

La investigación sobre las estrategias de afrontamiento ha estado conceptualmente influenciada tanto por una serie de estereotipos culturales respecto a cómo creemos que la gente normalmente se comporta o “debe comportarse” ante un suceso aversivo determinado como por teorías apoyadas en escasos datos o en medidas poco fiables y válidas. Ante una enfermedad crónica o la muerte de un hijo, por ejemplo, se espera que haya una reacción de profunda desesperación y, en consecuencia, el enfoque de estudio se ha centrado en estas reacciones negativas de duelo, desesperanza y depresión. Sin embargo, investigaciones recientes sobre el afrontamiento de sucesos negativos irreparables demuestran que estas características pueden responder más a un estereotipo que a lo que realmente ocurre.

Hasta hace poco casi nadie se ha atrevido a analizar, por ejemplo, si existen reacciones positivas, mejoras en la calidad de vida, etc., cuando acontecen factores estresantes subjetivamente percibidos como importantes y, además, tampoco se han empleado medidas rigurosas del estado emocional. Por ejemplo, Wortman y Silver (1989) han señalado algunos de los mitos que existen acerca de cómo la gente afronta serios retos vitales de naturaleza irrevocable (muerte súbita de un hijo, accidentes que ocasionan paraplejías o muerte de un cónyuge). Frente a lo que habitualmente se cree, las reacciones patológicamente intensas (p. ej., un episodio depresivo diagnosticable con criterios estrictos) no son muy habituales. Además, es frecuente la existencia de reacciones positivas muy poco después del suceso, e



incluso a los pocos días o semanas, el estado anímico general ya es más positivo que negativo. De ahí la importancia de analizar con medidas adecuadas y no sesgadas cómo reacciona realmente la gente ante sucesos estresantes determinados, de modo que pueda diferenciarse mejor lo normal de lo patológico (Vázquez, Crespo y Ring, 2000).

Valoración Positiva

Es un estilo de afrontamiento que indica una visión optimista y positiva de la situación presente y una tendencia a ver el lado bueno de las cosas y considerarse afortunado. Ejemplo: “Fijarme en el aspecto positivo de las cosas y pensar en las cosas buenas” (Solís y Vidal, 2006).

Consiste en una expectativa generalizada de que los resultados serán positivos. Las personas con una actitud optimista parecen manejar mejor los síntomas de enfermedades físicas como, por ejemplo, cáncer o cirugía cardíaca (Scheier y Carver, 1992, citados por Vázquez, Crespo y Ring, 2000) y esto parece deberse a que las estrategias de estas personas suelen estar centradas en el problema, la búsqueda de apoyo social y buscar los lados positivos de la experiencia estresante (Vázquez, Crespo y Ring, 2000).

Se realiza el uso de comentarios de apoyo y motivación autodirigidos para minimizar la percepción de estrés. La gente emplea esta estrategia de afrontamiento cuando se concentra en los aspectos positivos de una situación, reduce el impacto de los problemas o frustraciones recientes recordando experiencias felices o visualizando una solución positiva para una situación problemática (Nowack, 2002).

Las expectativas de autoeficacia podrían ser claves en la explicación de la aparición de respuestas de estrés. Además, estas creencias podrían influir en el afrontamiento del estrés al determinar si la conducta de afrontamiento será iniciada, durante cuánto tiempo se perseverará en la misma y el grado de esfuerzo dedicado. Los individuos que se creen eficaces interpretarán las demandas y los problemas del contexto más como retos que como amenazas o sucesos subjetivamente



incontrolables (Bandura, 1999, 2001, citado por Cabanach, Valle, Piñeiro y González, 2010).

Es posible que los individuos con altos niveles de autoeficacia tiendan a usar conductas de afrontamiento activo y centradas en el problema, mientras que los individuos con una baja autoeficacia usarían más estrategias centradas en la emoción y, por lo tanto, en ellos mismos (Cabanach, Valle, Piñeiro y González, 2010).

Valoración Negativa

Refiere lo contrario a la valoración positiva, lo cual sería indicar una visión pesimista y negativa de la situación presente y una tendencia a ver el lado oscuro de las cosas y considerarse desafortunado. Ejemplo: “Fijarme en el aspecto negativo de las cosas y pensar en las cosas malas”.

Las personas pesimistas se caracterizan más por el empleo de la negación y el distanciamiento del estresor, centrándose más en los sentimientos negativos producidos por el estresor (Avía y Vázquez, 1998, citados por Vázquez, Crespo y Ring, 2000).

Se describe por la autoculpabilidad, crítica o pensamiento catastrófico. La gente utiliza esta estrategia de afrontamiento cuando se concentra en los peores aspectos o consecuencias de una situación, reflexiona sobre las cosas que debieron o no haberse hecho en determinada situación o sobre su resolución insatisfactoria (Nowack, 2002).



Minimización de la Amenaza

Este estilo de afrontamiento refleja un esfuerzo consciente por negar el problema o desatenderse de él. Ejemplo: “Saco el problema de mi mente” (Solís y Vidal, 2006).

Hay personas que tienen una tendencia evitadora (o minimizadora), mientras que otras tienden a utilizar un estilo más confrontativo (o vigilante) bien sea buscando información o tomando una acción directa ante cualquier problema. Aunque ningún estilo es por sí mismo más efectivo que otro, el estilo evitador es más útil para sucesos amenazantes a corto plazo, mientras que el estilo vigilante es más efectivo cuando existe un suceso amenazante que se repite o que persiste a lo largo del tiempo. El estilo confrontativo es útil pues permite anticipar planes de acción ante riesgos futuros, aunque puede que tenga un coste mayor en ansiedad. Como señala Taylor (1990), el estilo evitativo puede que sea útil para visitar al dentista, pero bastante ineficaz para solventar situaciones de tensión continua laboral. No obstante, los estudios longitudinales señalan que, a la larga, el estilo evitativo suele ser ineficaz para manejar circunstancias vitales complicadas (Holahan y Moos, 1987, citados por Vázquez, Crespo y Ring, 2000).

También conocida como “evitación” es una forma de afrontar los estresores mediante la mitigación de su significación o no extenderse en ellos. La gente emplea esta estrategia de afrontamiento cuando bromea o se burla de alguna situación problemática: desvía intencionalmente su atención de un problema borrándolo de su mente o descalificándolo como “quien oye llover” (Nowack, 2002).

Concentración en el Problema

Es una estrategia dirigida a resolver el problema estudiándolo sistemáticamente y analizando los diferentes puntos de vista u opciones. Ejemplo: “Dedicarme a resolver el problema poniendo en juego todas mis capacidades” (Solís y Vidal, 2006).

Entiéndase como concentración en el problema al estilo de afrontamiento en el cual las personas realizan intentos activos para modificar su conducta o los



factores ambientales externos a efecto de mitigar las circunstancias estresantes y tomar rumbos de acción adecuados para la resolución de dichas amenazas (Nowack, 2002).

Según D'Zurilla, Nezu y Maydeu-Olivares (1996) citados en Bados y Garcia Grau (2014), se llega a la resolución de problemas por medio de dos procesos generales relativamente independientes: a) orientación hacia los problemas y b) resolución de problemas propiamente dicha.

La orientación o actitud hacia los problemas es principalmente un proceso motivacional que implica la operación de un conjunto de esquemas cognitivo-emocionales relativamente estables (tanto funcionales como disfuncionales) que reflejan los pensamientos y sentimientos generalizados de una persona sobre los problemas de la vida y sobre su propia habilidad para resolver problemas (es decir, valoraciones, creencias, expectativas y respuestas emocionales generalizadas). Estos esquemas, junto con las tendencias conductuales de aproximación-evitación que les acompañan tienen un efecto facilitador o inhibidor sobre la resolución de problemas en situaciones específicas. La orientación hacia los problemas no incluye sin embargo las habilidades específicas de resolución de problemas.

Por otra parte, la resolución de problemas propiamente dicha implica la búsqueda racional de una solución o soluciones a través de una serie de estrategias que ayudan a solucionar o afrontar una situación problemática. Se consideran cuatro habilidades básicas: 1) definición y formulación del problema, 2) generación de soluciones alternativas, 3) toma de decisión, y 4) aplicación de la solución y comprobación de su utilidad.

Proceso para la solución de problemas.

Ahora bien, autores como (Pozo y Postigo, 1993) mencionan una clasificación diferente de procedimientos o estrategias que son utilizados para dar solución a un problema. Se pueden diferenciar diversos tipos de procedimientos tales como:



Adquisición de la información.

Se diferencian, en primer lugar, los procedimientos dedicados a la adquisición de información, es decir, a incorporar información nueva o añadir conocimientos a los ya existentes. Se trataría de todos aquellos procedimientos relacionados con la búsqueda, recogida y selección de información necesaria en primer lugar para definir y plantear el problema y, más adelante, para resolverlo.

Interpretación de la información.

Una vez recogida y seleccionada la información, para solucionar un problema es necesario interpretar dicha información, es decir, codificarla o traducirla a un nuevo código o lenguaje con el que la persona esté familiarizada y con el que pueda conectar esa nueva información recibida. Estos procedimientos tendrían como finalidad facilitar la conexión de la nueva información con contenidos de la memoria, jugando un papel importante en la activación de conocimientos previos en la solución de problemas que, como hemos visto, es indispensable para la comprensión del problema.

Análisis de la información y realización de inferencias.

Una vez que la problemática o situación se interpreta y decodifica, es analizada con el objeto de aprender de ella y realizar inferencias, es decir, se obtiene nuevo conocimiento que servirá como marco de referencia ante acontecimientos similares.



Bienestar Psicológico

Básicamente la investigación acerca del bienestar psicológico surge a partir de la disfunción que existe en una sociedad más o menos homogénea en donde se presentan individuos que se sienten mejor que otros, o bien, más satisfechos con su vida. El bienestar psicológico se define como la manera en el que una persona evalúa su vida, incluyendo componentes como la satisfacción personal y vincular, la ausencia de depresión y las experiencias emocionales positivas (Diener, Suh y Oishi 1997, citado por Casullo, 2002).

Para Veenhoven (1991) citado por Casullo (2002) el bienestar psicológico es el grado en que un individuo juzga globalmente su vida en términos favorables. Considera dos factores fundamentales, el componente cognitivo y el afectivo.

El componente cognitivo se refiere a la discrepancia que existe entre aspiraciones y logros, es estable y se mantiene en el tiempo, y puede tener como resultado un sentimiento de realización o de fracaso.

El componente afectivo comprende estados de ánimo que regularmente son cambiantes y momentáneos, dicho componente suele dividirse en afecto positivo y afecto negativo. El afecto positivo incorpora todos aquellos sentimientos placenteros, manifestados a través de la motivación, de la sensación de estar lleno energía, del buen humor, del deseo de afiliación, logro o éxito. Por otro lado, el afecto negativo se manifiesta con aburrimiento, vergüenza, tristeza, envidia y desconfianza.

Con el fin de profundizar más en el tema, Warr (1987) citado por Lloret Segura y González Roma (1994) presentó un modelo de salud mental, en el cual dentro de sus componentes se encuentra el bienestar psicológico, representado por un modelo de dos dimensiones “placer y activación”.



Enfoque bidimensional del bienestar psicológico Warr (1987) citado por Lloret Segura y González Roma (1994)

De conformidad con dicho modelo, se sugiere que los sujetos bien adaptados y en estado de bienestar psicológico, tenderán a presentar en mayor medida emociones localizadas en la mitad derecha de la figura.

Además de ello, Warr (1987) citado por Lloret Segura y González Roma (1994) identifica tres dimensiones de medida, el eje descontento-contento, que se encuentra en función de una de las dos dimensiones originales (placer), y otras dos que son una combinación entre placer y activación, las cuales son el eje ansioso-relajado y el eje deprimido entusiasta.

La variable tiempo es la que permite discriminar entre una persona sana de otra que no lo es, es decir, una persona sana experimentará emociones negativas esporádicamente, mientras que una persona no sana las experimentará de forma prolongada e inadecuada.

El bienestar parece tener un papel en la prevención y en la recuperación de condiciones y enfermedades físicas, permitiendo posiblemente un incremento en la esperanza de vida. El bienestar no sólo está asociado a una mayor satisfacción psicológica, sino que tiene importantes implicaciones para la salud física. El bienestar parece tener una relación directa con determinados parámetros físicos



protectores como los relacionados con la capacidad inmunitaria del individuo, pero también parece afectar por otras vías como son el aumento de las conductas saludables o de buen afrontamiento de los problemas de salud, así como por su capacidad amortiguadora del estrés (Vázquez, Hervás, Rahona y Gómez, 2009).



Método

Planteamiento del Problema

Como se ha mencionado anteriormente, el Trastorno de Ansiedad Generalizada (TAG) es un cuadro que se caracteriza por ansiedad excesiva y persistente, es decir, que no se asocia a circunstancias ambientales. Generalmente las personas con este padecimiento refieren que la ansiedad es una característica de su personalidad, y regularmente buscan tratamiento para sus síntomas físicos, mismos que están asociados al propio padecimiento.

Es un trastorno de carácter crónico y fluctuante que tiene incrementos que coinciden con periodos estresantes. Más de la mitad de los casos refieren que el trastorno tuvo aparición en la infancia o adolescencia, sin embargo, no es raro que se desarrolle a partir de los 20 años (Sáiz, Durán, Paredes, y Bousoño, 2001).

De acuerdo a datos epidemiológicos, así como en la de investigación, es evidente que el TAG ocupa uno de los primeros lugares entre los trastornos de ansiedad; según diversos autores puede cuantificarse entre el 20 y el 50% de los casos. Para la población en general, un estudio de la National Comorbidity Survey (NCS) de la universidad de Harvard, reporta una prevalencia a lo largo de toda la vida del 5.1% (Martínez, Sánchez, Delgado, Fernández, y Rodríguez, 2001).

Ahora bien, al tratarse de un trastorno más frecuente en mujeres que, en hombres, con una relación de 1.5 a 1 (Cascardo & Resnik 2005), el presente estudio tomó como punto de partida dicha peculiaridad con el objeto de ahondar más acerca del estrés, hábitos de salud, red de apoyo social, conducta tipo A, fuerza cognitiva, estilos de afrontamiento y bienestar psicológico.

Pregunta de Investigación

¿Cuáles son las diferencias en estrés percibido, hábitos de salud, red de apoyo social, conducta tipo A, fuerza cognitiva, estilos de afrontamiento y bienestar psicológico en mujeres que padecen Trastorno de Ansiedad Generalizada, en función de la edad?



Justificación

El trastorno de ansiedad generalizada (TAG) es considerado uno de los “padecimientos de la vida moderna”, consiste en una preocupación excesiva e incontrolable sobre múltiples problemas cotidianos. Entre los síntomas se incluyen la tensión muscular, la fatiga, el insomnio, la inquietud, la falta de concentración y la irritabilidad. La tasa prevalencia-vida es del 4% en los hombres, frente al 7% en las mujeres (Altemus y Epstein, 2008; Kessler et al., 1994, citados por Arenas y Puigcerver, 2009).

Por lo que observamos que una de las necesidades más indispensables tanto en las instituciones mentales, como en las consultas particulares psicológicas es contar con un conocimiento más profundo de las personas que padecen dicho trastorno, con el fin de proporcionar una mejoría en los programas de tratamiento y una mayor comprensión de las implicaciones que puede llevar a padecer dicha enfermedad.

Arenas y Puigcerver (2009) informaron que las mujeres en edad reproductiva son más vulnerables a desarrollar trastornos de ansiedad, aproximadamente entre 2 a 3 veces más que los hombres. Lo anterior, es consistente también dentro de la población mexicana, dado que a lo largo de la vida, las mujeres presentan un 14.3% en cuanto a trastornos de ansiedad, mientras que en los hombres se presenta en un 9.5% (Medina-Mora y cols., 2003, citados por Heinze Martin y Camacho Segura, 2010).

Son numerosos los estudios que han verificado un empeoramiento premenstrual de los síntomas del TAG (Peer et al., 2008, citado por Arenas y Puigcerver, 2009), aunque se desconocen los mecanismos por los que algunas mujeres presentan este agravamiento del trastorno. Sin embargo, a diferencia del trastorno de angustia, el curso clínico del TAG suele ser el mismo en hombres y en mujeres, así como el riesgo de remisión y de recaídas (Yonkers y Kidner, 2002, citado por Arenas y Puigcerver, 2009).



En la distribución de las principales variables sociales de la encuesta nacional de epidemiología psiquiátrica en México realizado por Medina, et al. (2003) los datos demográficos básicos de la muestra expresan que alrededor del 54% de la muestra fueron del sexo femenino y alrededor del 40% se ubicó en el grupo de edad más joven (18-29 años), sugiriendo que el 60 % es mayor de 29 años de edad, lo cual podría indicar que existe alguna diferencia significativa por edad al padecer algún tipo de trastorno.

En una investigación realizada por Montorio, Nuevo, Losada y Márquez (1999) resultó ser significativo que una importante cantidad de personas mayores manifiestan ansiedad o depresión a nivel subclínico, algo que les produce un deterioro y malestar importante que afecta a sus vidas, aunque no cumplan todos los criterios diagnósticos para identificar un trastorno completo. Lo que puso de manifiesto que la tendencia a la preocupación que se evaluó, demuestra tener un papel relevante en los problemas emocionales, ya que parece permitir distinguir a las personas sin trastorno clínico de las personas con problemas subclínicos, y a su vez a éstas de las que padecen un trastorno emocional, así como dentro de estas últimas a las personas que cumplen todos los criterios del trastorno de ansiedad generalizada del resto de grupos diagnósticos.

Es a partir de estos antecedentes que la presente investigación indaga la relación que podría haber entre padecer TAG, el género y la edad. Sin embargo, poco se conoce sobre los factores en hábitos de salud y bienestar psicológico que se generan en las mujeres al desarrollar dichos trastornos, en este caso el Trastorno de Ansiedad Generalizada (TAG). Es por ello que este estudio de igual forma, procura generar indicadores dadas las características del grupo, en donde se muestren las áreas de fortaleza y oportunidad que brinden un pronóstico del comportamiento de dichos factores, mismos que podrían permitir adecuar las intervenciones con la finalidad de dar resultados más satisfactorios.

Además de consolidar futuros estudios sobre esta problemática, que podría extenderse a todas aquellas instituciones avocadas al trastorno de ansiedad



generalizada, con el fin de generar una mejor calidad de servicio y comprensión de acuerdo a los resultados que se obtengan y generar estrategias realistas que ayuden a la solución de dicho problema.

El interés investigativo, el esfuerzo ético y profesional de indagar, es una alternativa viable debido a que la población mexicana no se encuentra exenta del alza que ha venido teniendo en estos últimos años el TAG, en este caso localizado en el Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz por sus colaboradores y unos servidores.

Objetivo General

Identificar, describir y explicar las diferencias en el estrés percibido, hábitos de salud, red de apoyo social, conducta tipo A, fuerza cognitiva, estilos de afrontamiento y en el bienestar psicológico de dos grupos de mujeres que padecen Trastorno de Ansiedad Generalizada, uno de ellos en edades comprendidas de los 25 a 35 años, mientras que el otro en edades que van de los 36 a 46 años.

Objetivos Específicos

- Obtener a través del Perfil de Estrés de Nowack las puntuaciones t del estrés percibido, hábitos de salud, red de apoyo social, conducta tipo A, fuerza cognitiva, estilos de afrontamiento y bienestar psicológico de mujeres con Trastorno de Ansiedad Generalizada en el grupo etario de 25 a 35 años.
- Obtener a través del Perfil de Estrés de Nowack las puntuaciones t del estrés percibido, hábitos de salud, red de apoyo social, conducta tipo A, fuerza cognitiva, estilos de afrontamiento y bienestar psicológico de mujeres con Trastorno de Ansiedad Generalizada en el grupo etario de 36 a 46 años.
- Obtener a través del Perfil de Estrés de Nowack las puntuaciones t del estrés percibido, hábitos de salud, red de apoyo social, conducta tipo A, fuerza cognitiva, estilos de afrontamiento y bienestar psicológico de



mujeres con Trastorno de Ansiedad Generalizada en función de su grupo de edad.

- Determinar en función de la edad, que grupo de mujeres tiene puntuaciones t favorables y desfavorables en cuanto a estrés percibido, hábitos de salud, red de apoyo social, conducta tipo A, fuerza cognitiva, estilos de afrontamiento y bienestar psicológico.
- Explicar la interrelación que existe entre Trastorno de Ansiedad Generalizada, estrés percibido, hábitos de salud, red de apoyo social, conducta tipo A, fuerza cognitiva, estilos de afrontamiento y bienestar psicológico y edad.

Hipótesis

El grupo de mujeres con TAG en edades comprendidas de los 36 a 46 años de edad mostrará puntuaciones t desfavorables respecto al estrés percibido, hábitos de salud, red de apoyo social, conducta tipo A, fuerza cognitiva, estilos de afrontamiento y bienestar psicológico que el grupo de mujeres con TAG en edades comprendidas de los 25 a 35 años de edad.

Hipótesis estadística

T de student grupos independientes: Existen diferencias estadísticamente significativas en el estrés percibido, hábitos de salud, red de apoyo social, conducta tipo A, fuerza cognitiva, estilos de afrontamiento y bienestar psicológico entre el grupo de mujeres con TAG en edades comprendidas de los 25 a 35 años de edad y el grupo de mujeres con TAG en edades comprendidas de los 36 a 46 años de edad.

Coefficiente de correlacion (r): Se muestra relación entre el estrés percibido, los hábitos de salud, la red de apoyo social, la conducta tipo A, la fuerza cognitiva, los estilos de afrontamiento y el bienestar psicológico en las mujeres con TAG sin importar la edad.



Variables

Conceptuales:

- V1.- El Trastorno de Ansiedad Generalizada: Es un trastorno que se caracteriza por la presencia de preocupación excesiva e incontrolable, durante seis meses como mínimo, sobre dos o más aspectos de la vida del individuo, provocándole interferencias en su habilidad para desempeñarse normalmente (Cía, 2001).
- V2.- Estrés Percibido: Experiencia de incomodidades, molestias y frustraciones mayores y menores de la vida cotidiana. (Nowack, 2002).
- V3.- Hábitos de salud: Son conductas específicas que cuando se practican de manera regular conducen tanto al bienestar físico como psicológico (Nowack, 2002).
- V4.- Red de apoyo social: Se define como la totalidad de recursos provistos por otras personas (Cohen y Syme, 1985, citados por Castro, Campero y Hernández, 1997).
- V5.- Conducta tipo A: La definición para todas aquellas personas que tienen una forma de vida que se puede considerar como competitiva, con mucha implicación en el trabajo o con una gran sensación de urgencia en las actividades que realizan y que presentan una mayor probabilidad de desarrollo de enfermedades coronarias en general e infarto de miocardio en particular (McDougall, Dembroski y Krantz, 1981 citados por Izquierdo y Gil-Lacruz, 2000).
- V6.- Fuerza cognitiva: Son atribuciones, actitudes y creencias que un individuo tiene acerca de la vida y el trabajo. Por consiguiente, dichas atribuciones son entonces actitudes ambientales y comportamientos sostenibles que se dan a través de la percepción y las representaciones sociales que funcionan como las creencias (Nowack, 2002).
- V7.- Estilos de afrontamiento: Estrategias que pueden ser eficaces para reducir el estrés y los riesgos de enfermedad relacionados con éste y suelen emplearse de manera combinada para dar cuenta de diferentes aspectos de un episodio estresante (Nowack, 2002).



- V8. - Bienestar psicológico: Es el grado en que un individuo juzga globalmente su vida en términos favorables (Nowack, 2002).
- V9.- Edad: La Real Academia Española (2001) la define como el tiempo que ha vivido una persona o ciertos animales o vegetales.

Operacionales

- V1.- Trastorno de Ansiedad Generalizada: Mujeres en edades comprendidas de los 25 a 35 años y 36 a 46 años diagnosticadas previamente con TAG.
- V2.- Estrés percibido: Respuestas emitidas en el Perfil de Estrés Nowack, ítems o reactivos 1 al 6.
- V3.- Hábitos de salud: Respuestas emitidas en el Perfil de Estrés Nowack, ítems o reactivos 7 al 26.
- V4.- Red de apoyo social: Respuestas emitidas en el Perfil de Estrés Nowack, ítems o reactivos 32 al 46.
- V5.- Conducta tipo A: Respuestas emitidas en el Perfil de Estrés Nowack, ítems o reactivos 47 al 56.
- V6.- Fuerza cognitiva: Respuestas emitidas en el Perfil de Estrés Nowack, ítems o reactivos 57 al 86.
- V7.- Estilos de afrontamiento: Respuestas emitidas en el Perfil de Estrés Nowack, ítems o reactivos 87 al 106.
- V8. - Bienestar psicológico: Respuestas emitidas en el Perfil de Estrés Nowack, ítems o reactivos 107 al 118.
- V9.- Edad: Años expresados en número respecto al interrogatorio directo a la persona en el momento de su ingreso al estudio, mismo dato que puede ser corroborado con un documento de identidad.



Participantes

Se trata de una muestra conformada por 60 mujeres (N=60) pacientes del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, diagnosticadas con Trastorno de Ansiedad Generalizada (TAG), en edades que van de los 25 a los 46 años, mismas que se dividieron en dos grupos para su estudio:

G1: 30 (treinta) mujeres de 25 a 35 años.

G2: 30 (treinta) mujeres de 36 a 46 años.

Las participantes se seleccionaron debido a que todas cuentan con el diagnóstico del trastorno de estudio, es decir, todas padecen TAG, independientemente de si éste se acompaña de alguna comorbilidad. Por lo anterior podemos afirmar que se trata de una muestra dirigida, en donde la selección de los participantes se encuentra en función de las necesidades del estudio, tomando en cuenta las características de los sujetos participantes.

Tipo de Investigación

Se empleará un enfoque de tipo cuantitativo, toda vez que la información recabada permitirá determinar la existencia de diferencias en los grupos, con base en los resultados proporcionados por el test Nowack para su posterior análisis estadístico (Hernández, Fernández y Baptista, 2010).

Es una investigación no experimental debido a que no existe una manipulación sobre la variable independiente, y no hay asignación aleatoria de los participantes, sino que éstos se seleccionaron en función de las características inherentes al grupo estudiado (Kerlinger, 1981).

Diseño de Investigación

Diseño Ex Post Facto dadas las características del estudio, ya que bien, no es posible la manipulación de la VI, ni se pueden asignar aleatoriamente a los sujetos. Estrictamente se eligieron a los participantes después de que ha ocurrido la VI, o en función de sus características implícitas, en este caso, a pacientes



diagnosticadas previamente con TAG y que se encuentran en edades de los 25 a 35 años y 36 a 46 años.

Diseño Prospectivo Simple

Al poseer una sola VI, en este caso representada por la edad, se seleccionarán a los participantes por la característica que poseen (mujeres con TAG). Se formaron dos grupos, uno para cada valor, siendo esto, un grupo de 25 a 35 años y otro de 36 a 46 años. Posteriormente se midió la VD: estrés, hábitos de salud, red de apoyo social, conducta tipo A, fuerza cognitiva, estilos de afrontamiento y bienestar psicológico (León y Montero, 2003).

Criterios de Inclusión

-Mujeres diagnosticadas con trastorno de ansiedad generalizada dentro del protocolo establecido por el Instituto Nacional de Psiquiatría “Ramón de la Fuente Muñiz”.

-Pacientes de sexo femenino en edades comprendidas de los 25 a 35 años y 36 a 46 años.

Criterios de Exclusión

-Mujeres que sobrepasen el criterio de edad.

-Mujeres que en el perfil puntúen en el índice de inconsistencia en las respuestas con ≥ 4 y un índice de sesgo en las respuestas ≥ 3 .

Escenario

Consultorio psicológico de aproximadamente 3 x 3 m, con ventilación e iluminación adecuada, así como libre de cualquier distractor sonoro. Ubicado en el servicio de psiquiatría del Instituto Nacional de Psiquiatría “Ramón de la Fuente Muñiz” Calzada México Xochimilco #101, Tlalpan, Huipulco, 14370 Ciudad de México.



Instrumento

Perfil de estrés Kenneth M. Nowack, PhD.

El perfil de estrés Nowack es un test que está diseñado para identificar aquellas áreas que ayudan a una persona a tolerar las consecuencias dañinas del estrés cotidiano, así como las que hacen que alguien sea vulnerable a las enfermedades del mismo.

Proporciona puntuaciones en 15 áreas relacionadas con el estrés y el riesgo de enfermedad, así como una medición de sesgos de la respuesta y una de respuestas inconsistentes. Cabe mencionar que para este estudio se utilizaron dos en particular, hábitos de salud (ejercicio, descanso/sueño, alimentación/nutrición y prevención) y bienestar psicológico.

Es un instrumento que se normativizó para la población general, tomando como muestra 1111 varones y mujeres de entre 20 y 68 años de edad, de diferentes razas y ambientes laborales. Consta de 123 reactivos, con forma de respuesta tipo Likert, que se responde en un tiempo aproximado de 20 a 25 minutos.

El instrumento presenta una validez, de tipo concurrente (Nowack, 2002) y utiliza diversas pruebas a lo largo de diferentes estudios, reportando correlaciones altas. Para confiabilidad el test utilizó alfa de cronbach y reportó lo siguiente: Estrés .72, Hábitos de salud .78, Ejercicio .77, Descanso/Sueño .71, Alimentación/Nutrición .80, Prevención .51, Conglomerado de reactivos ARC** .35, Red de apoyo social .85, Conducta tipo A .76, Fuerza cognitiva .84, Valoración positiva .71, Valoración negativa .73, Minimización de la amenaza .62, Concentración en el problema .66 y Bienestar psicológico .91.

Procedimiento

1.- Revisión de hojas de interconsulta y expediente clínico de las posibles candidatas

1.1- Verificación mediante el expediente del diagnóstico de las candidatas con la patología en la cual se centra el estudio.



2.- Se contactó telefónicamente con las posibles candidatas, citándolas de manera presencial para brindarles información clara y precisa acerca del estudio

2.2.- Una vez que se presentaron en la hora y lugar indicado, se les invitó a participar en el estudio, documentando su aceptación por medio del formato de consentimiento informado; recalcándoles de igual forma que si así lo deseaban, podían obtener sus indicadores respecto a las variables de estudio con base en el perfil de estrés Nowack.

2.3.- Una vez confirmada su participación, de conformidad con su disponibilidad se les agendó cita para la aplicación del perfil de estrés.

3.- Se aplicó el test de forma individual en una sola sesión, conforme a cita.

3.1.- Se evitó el sesgo en las respuestas haciendo énfasis en la confidencialidad de resultados y verificando que ninguna respuesta en los perfiles quedara sin contestar.

4.- Los resultados utilizados en el presente estudio son los referentes a las áreas de estrés, hábitos de salud, red de apoyo social, conducta tipo A, fuerza cognitiva, estilos de afrontamiento y bienestar psicológico, correspondientes al perfil de estrés Nowack.

Análisis de Datos

En el presente trabajo se pretende verificar si existe alguna diferencia entre los grupos estudiados, es decir, si existe diferencia entre mujeres con Ansiedad Generalizada de 25 a 35 años de edad y mujeres con Ansiedad Generalizada de 36 a 46 años de edad, respecto a los resultados obtenidos en las áreas estrés, hábitos de salud, red de apoyo social, conducta tipo A, fuerza cognitiva, estilos de afrontamiento y bienestar psicológico.

Al tratarse estos resultados de medidas arrojadas por un test, podemos afirmar que el nivel de medición es por intervalos. Es por ello que para analizar dichos datos se utiliza la prueba “t” para grupos independientes, ya que su



característica principal es la de evaluar si dos grupos difieren entre sí de manera significativa respecto a sus medias.

La comparación en esta prueba se realiza sobre una variable, por lo que en este caso se aplicarán diversas pruebas “t”, para cada una de las variables estudiadas.

Asimismo, se pretende saber además, si existe alguna relación entre las variables estudiadas (estrés, hábitos de salud, red de apoyo social, conducta tipo A, fuerza cognitiva, estilos de afrontamiento y bienestar psicológico); es decir, qué puntuaciones altas o bajas según sea el caso, se asocian con otras con la misma puntuación estadísticamente hablando.

Para tal efecto, se calculará el coeficiente de correlación (r) de las variables, el cual puede ser positivo o negativo; siendo este último cuando puntuaciones altas de una variable están asociadas con puntuaciones bajas en el otro extremo, mientras que el coeficiente positivo ocurre cuando las puntuaciones altas de una variable se asocian con puntajes altos de la otra (Sackett DL, 1979 citado por Gómez Manuel, Danglot-Banck Cecilia y Vega Leopoldo, 2013).

Consideraciones Éticas

Dentro del presente estudio, se aplicaron con concordancia las normas establecidas en el código ético del psicólogo de la Sociedad Mexicana de Psicología (2010), mismas que garantizan la calidad de la valoración y/o evaluación por medio de la calificación e interpretación de datos sólidos y valiosos que tienen sustento en el perfil de estrés Nowack, instrumento que cumple a la perfección con los criterios de validez y confiabilidad que se requieren. Asimismo, se asegura dicha calidad por medio de las referencias y datos científicos y actualizados.

Se garantizó el consentimiento de las participantes por medio del formato “consentimiento informado”, mismo que supuso e hizo constar que los participantes en pleno uso de razón y sin coerción alguna, participaron de forma voluntaria en el estudio. Además, se obedeció al principio de confidencialidad, el cual establece que



los datos de las participantes deben estar debidamente resguardados y los resultados derivados del test se harán de su conocimiento sí éstas así lo expresan.

Por otro lado, previo a que dieran inicio las aplicaciones, además de las facilidades necesarias, se contó con la aprobación de la autoridad competente del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz.

Y, por último, en cuestión de la comunicación de los resultados, la divulgación de los datos encontrados se realizará de forma objetiva e imparcial, con un lenguaje claro y comprensible, ya sea para el presente estudio o para las personas valoradas.



Resultados

Datos Sociodemográficos y Características Generales

Antes de exponer los resultados derivados de la aplicación del instrumento, se presenta la información relativa a los datos sociodemográficos y características generales de las participantes, por lo que mediante la Tabla 1, se muestra un resumen con dichos datos:

Tabla 1. Resumen de datos sociodemográficos y características generales

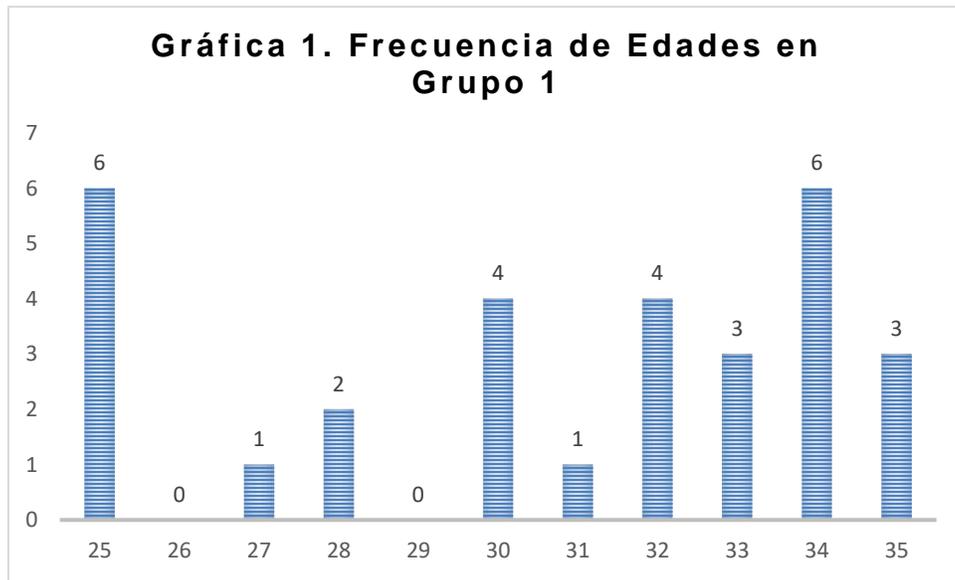
	GRUPO 1	GRUPO 2	GENERAL
FRECUENCIA DE EDAD	6 casos 25 y 34 años	7 casos 38 años	
ESTADO CIVIL			
Casadas	35%	58%	47%
Unión libre	22%	32%	27%
Solteras	43%	10%	27%
ESCOLARIDAD			
Bachillerato	10%	34%	22%
Bachillerato Trunco	23%	20%	22%
Licenciatura	44%	20%	32%
Posgrado	20%	20%	20%
Sin estudios	3%	6%	4%
COMORBILIDAD			
Trastorno de Angustia	13%	14%	13%
TAG	23%	20%	22%
TDM	13%	23%	18%
\bar{X} DE EDAD	30.6	40.8	35.7



Edad:

A continuación, la **gráfica 1** muestra la distribución de edades de las participantes del grupo 1

- Rango de Edad: 25-35 años
- Edad promedio: 30.6
- N=30

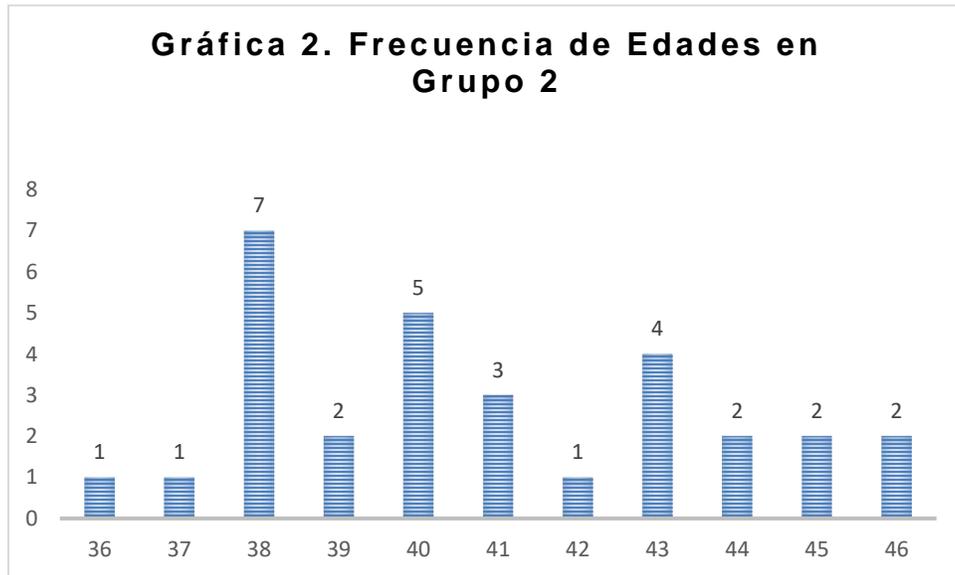


Como se observa en la **gráfica 1**, las edades de 25 y 34 años fueron predominantes en la muestra con 6 personas respectivamente.



Respecto a la frecuencia de edades en la muestra de de las participantes del grupo 2, se muestra la siguiente gráfica:

- Rango de Edad: 36-46 años
- Edad promedio: 40.8
- N=30

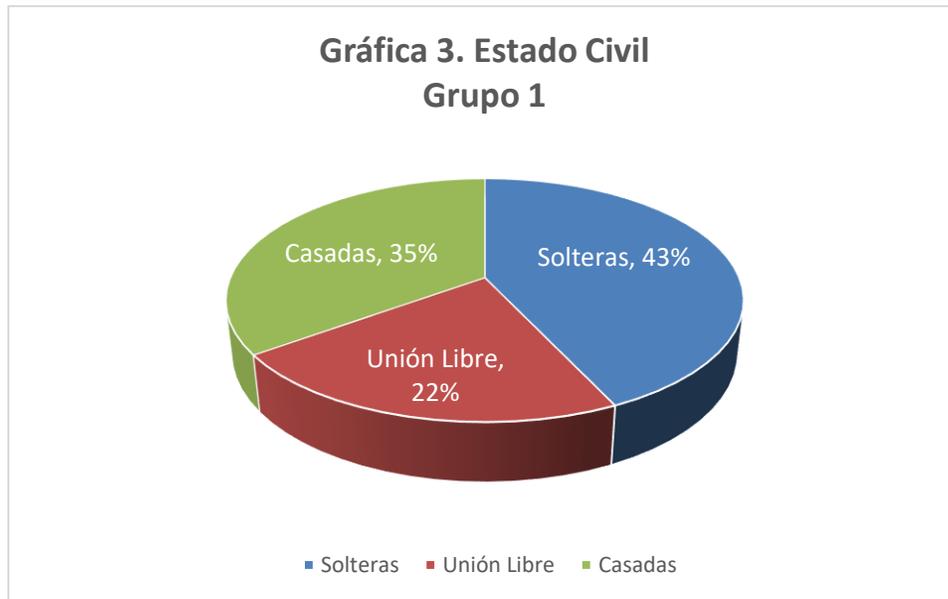


Como se observa en la **Gráfica 2**, la edad de 38 años fue predominante en la muestra del grupo 2 con 7 participantes.



Estado Civil:

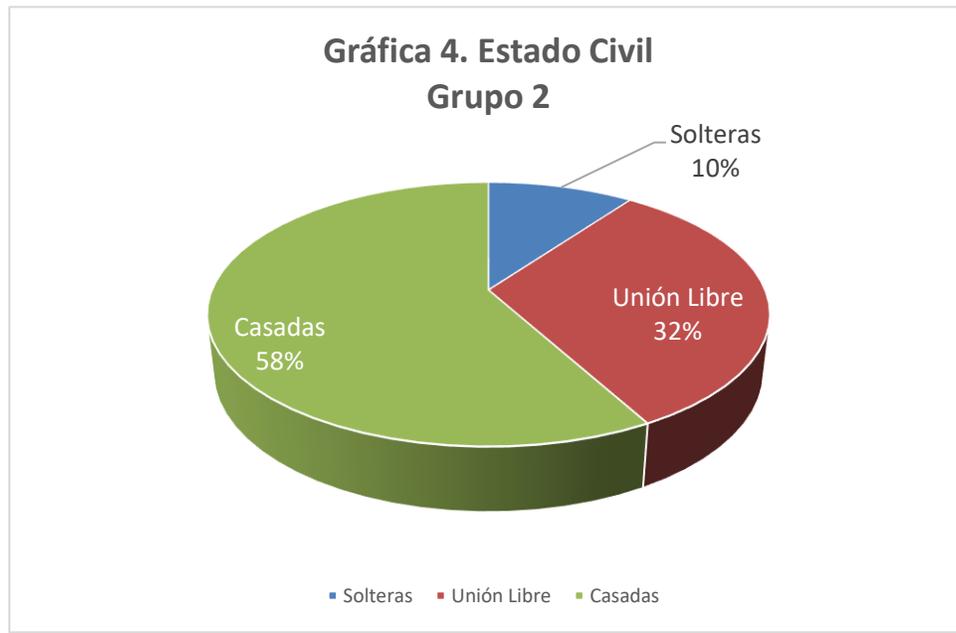
En relación con el estado civil, en la **gráfica 3** se muestra el porcentaje de la distribución respecto al grupo 1:



Cabe mencionar que el mayor porcentaje de participantes lo representan las mujeres solteras con 43%, seguidas de las mujeres casadas con 35%. Aunado a ello, en su conjunto con 57% son más las mujeres que tienen pareja, independientemente de si se encuentran casadas o en unión libre (**Gráfica 3**).



Por otro lado, **la gráfica 4** muestra el porcentaje de participantes del grupo 2 en relación a su estado civil:

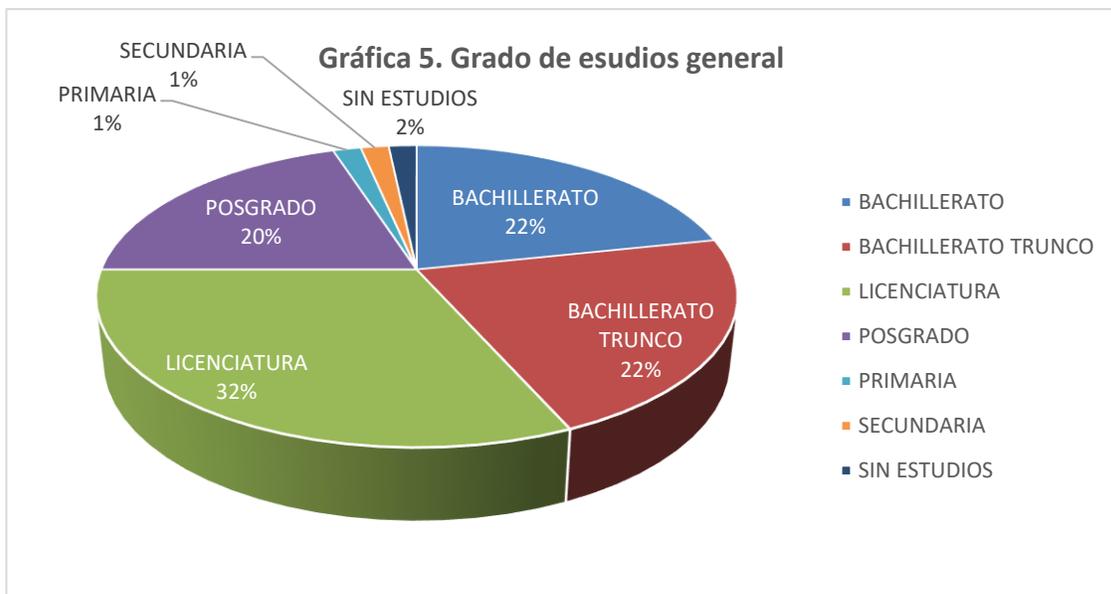


Por el contrario del grupo 1, en el grupo 2 podemos observar que el mayor porcentaje de las participantes son casadas (58%). Así mismo, se repite el caso en el cual las mujeres con pareja representan la mayoría de las participantes con hasta el 90% del total del grupo.



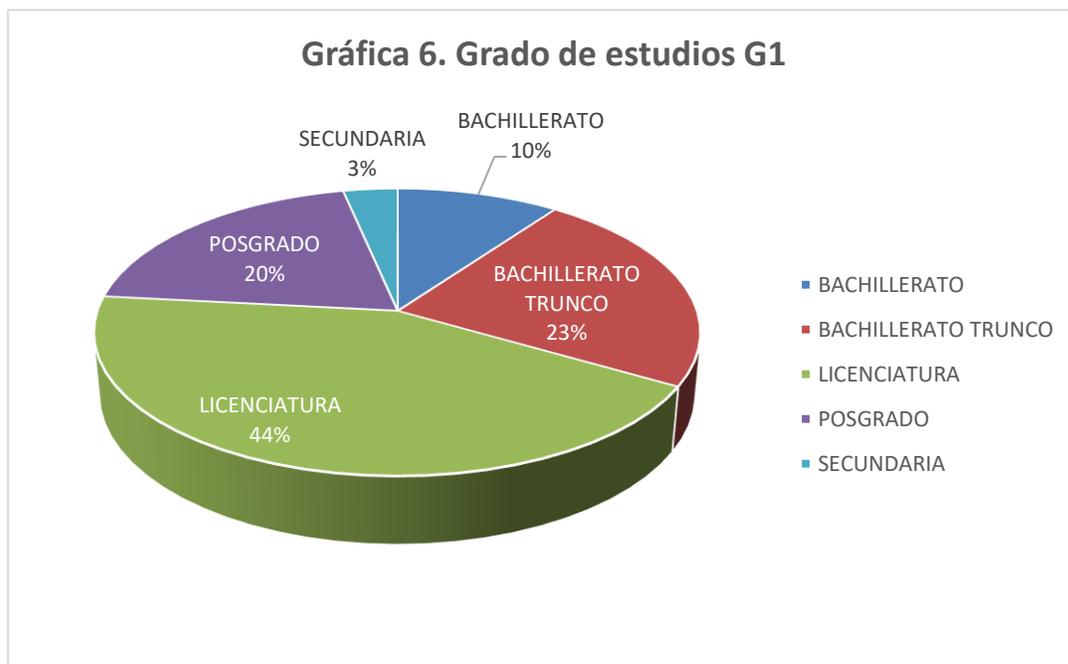
Escolaridad:

Como se puede observar en la **gráfica 5**, en la muestra general existe la evidencia de que la mayoría de las participantes están preparadas académicamente, ya que cuentan con estudios de licenciatura (32%), mientras que en segundo lugar tenemos que el grado es de bachillerato y bachillerato trunco (22%). En tercer lugar, no muy alejado del segundo tenemos a las que tienen un nivel superior, es decir, posgrado (20%).



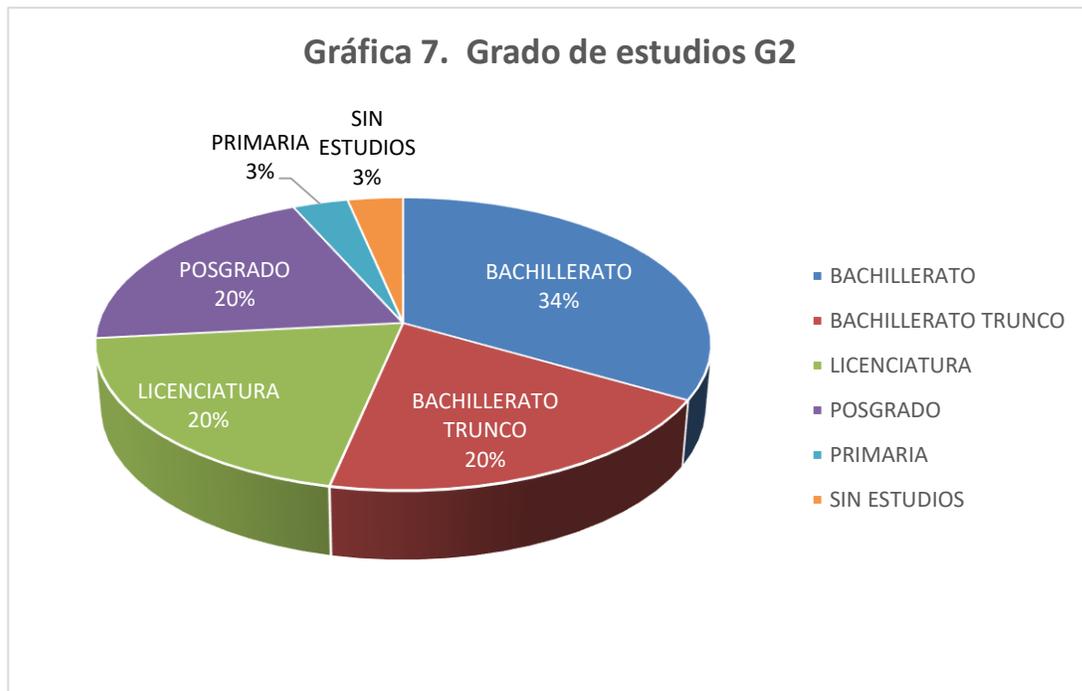


En ese contexto se observa una consistencia del grupo 1 (**gráfica 12**) respecto a la muestra general, dado que, en primer lugar por un amplio margen, las participantes con nivel licenciatura son las que predominan mientras que en segundo y tercer lugar respectivamente encontramos a las que tienen bachillerato-bachillerato trunco y posgrado.





Mientras tanto la **gráfica 7**, muestra que las mujeres que se encuentran entre los 36 y 46 años edad, tienen en su mayoría el grado de académico de bachillerato con 34%, lo que las sitúa por debajo del grupo de mujeres de 25 a 35 años de edad que tienen en su mayoría nivel licenciatura. Cabe señalar que dentro del mismo grupo, el índice de escolaridad es parejo, ya que se tiene a un mismo porcentaje de mujeres con posgrado, licenciatura y bachillerato trunco.

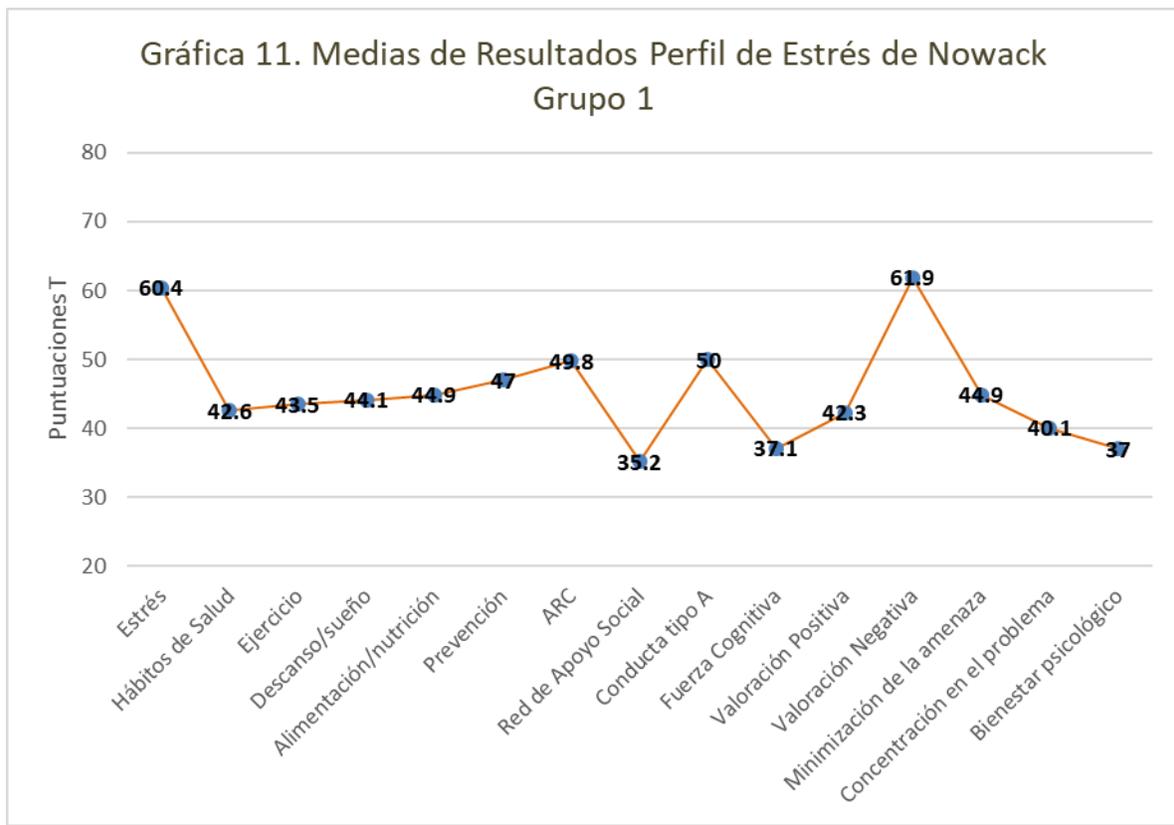




Para el contrastar la diferencia de medias se realizó una tabla con la comparativa del grupo 1 (mujeres con TAG de 25-35 años de edad) y el grupo 2 (mujeres con TAG de 36-46 años de edad), con base en los resultados obtenidos por medio del análisis estadístico de T de Student para grupos independientes.

Resultados de la Aplicación de Perfil de Estrés de Nowack

Medias perfil de estrés Nowack grupo 1:



Derivado de la **gráfica 11** podemos observar lo siguiente:

1. **Estrés percibido alto**, 60.4 Puntos T. Factor de riesgo para el desarrollo de nuevas enfermedades.
2. **Hábitos de salud** relativamente bajo, 42.6 Puntos T. Indicador de que no se practican regularmente conductas orientadas al mantenimiento de la salud.
 - **Ejercicio** relativamente bajo, 43.5 Puntos T. Lo que sugiere que no se realiza una actividad física repetitiva que sea suficiente para mantener un estado de salud óptimo



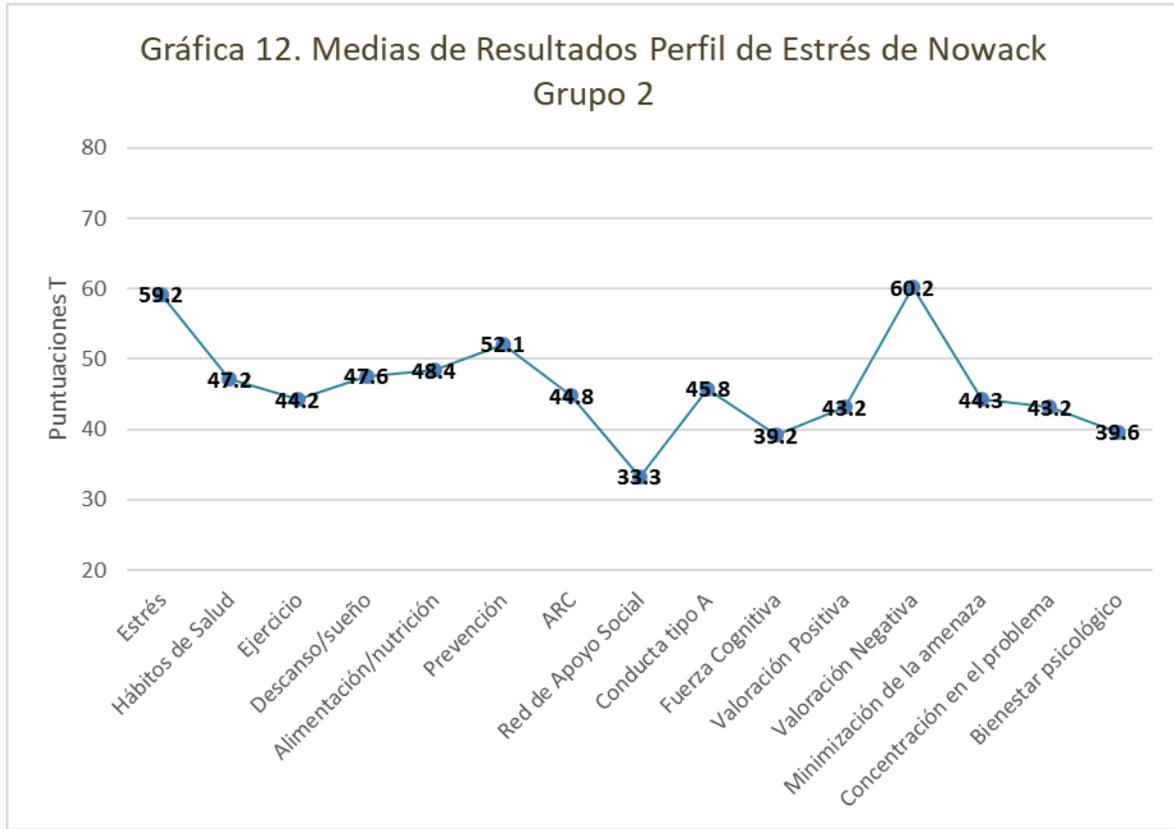
- *Descanso/sueño* promedio, 44.1 Puntos T. Lo suficiente para el relajamiento y descanso.
 - *Alimentación/nutrición* promedio, 44.9 Puntos T: No tienden a mantener hábitos dietéticos balanceados y disciplinados en el control del consumo de grasas saturadas, colesterol, azúcar, sal y calorías.
 - *Prevención* promedio, 47 Puntos T. Existe cierta despreocupación por implementar estrategias para el mantenimiento de la salud y la higiene.
 - El conglomerado de reactivos *ARC* promedio, 49.8 Puntos T. Lo que sugiere un consumo que no implica de riesgo para la salud por abuso de sustancias (alcohol y drogas y tabaco).
3. La *Red de apoyo social* es **baja**, 35.2 Puntos T. Las participantes perciben marcadamente que en lo personal no pueden contar con alguien en todo momento para obtener apoyo emocional, consejo, información y ayuda incondicional.
4. En *conducta tipo A* es promedio, 50 Puntos T. Se aprecia un uso de la misma de forma adecuada, por lo que se puede considerar que muestran expresiones de enojo, competitividad y demás características respecto a la misma de manera funcional en su vida diaria.
5. La *fuerza cognitiva* es promedio, 37.1 Puntos T. Es probable que las mujeres de este grupo vean los cambios y los riesgos en su existencia como oportunidades, y que sientan que tienen el control sobre los acontecimientos relevantes en su vida.
6. *En los estilos de afrontamiento*:
- *Valoración positiva* relativamente baja, 42.3 Puntos T. Hay poco uso de comentarios de apoyo y motivación autodirigidos para regular su estrés.
 - *Valoración negativa* **alta**, 61.9 Puntos T. Lo que indica una concentración en los peores aspectos o consecuencias de una situación.



- *Minimización de la amenaza* promedio, 44.9 Puntos T. Indicador de que hacen poco uso de la ironía o ver otros aspectos positivos de alguna situación problemática.
 - *Concentración en el problema* relativamente bajo, 40.1 Puntos T. No intentan modificar su conducta para aminorar los estresores ambientales, por lo que no encuentran acciones eficaces para resolver los eventos que las estresan.
7. El *bienestar psicológico* es **bajo**, 37 Puntos T. Lo que indica de manera global que las participantes experimentan una falta de bienestar en su vida, se sienten insatisfechas y son incapaces de disfrutar plenamente su vida.



Medias perfil de estrés de Nowack grupo 2:



Derivado de la **gráfica 12** podemos observar lo siguiente:

1. *El estrés percibido* es relativamente elevado 59.2 Puntos T. Existe en las participantes una respuesta de alerta por tiempo prolongado, en entornos de trabajo y la vida durante un periodo cercano.
2. *Hábitos de salud* con un patrón apenas por debajo del promedio, 47.2 Puntos T. Se realiza lo suficiente para el mantenimiento de la salud, no obstante, tampoco puede considerarse un factor de riesgo dado que la conducta existe, pero no en una condición lo suficientemente constante para conducir al bienestar físico y psicológico.



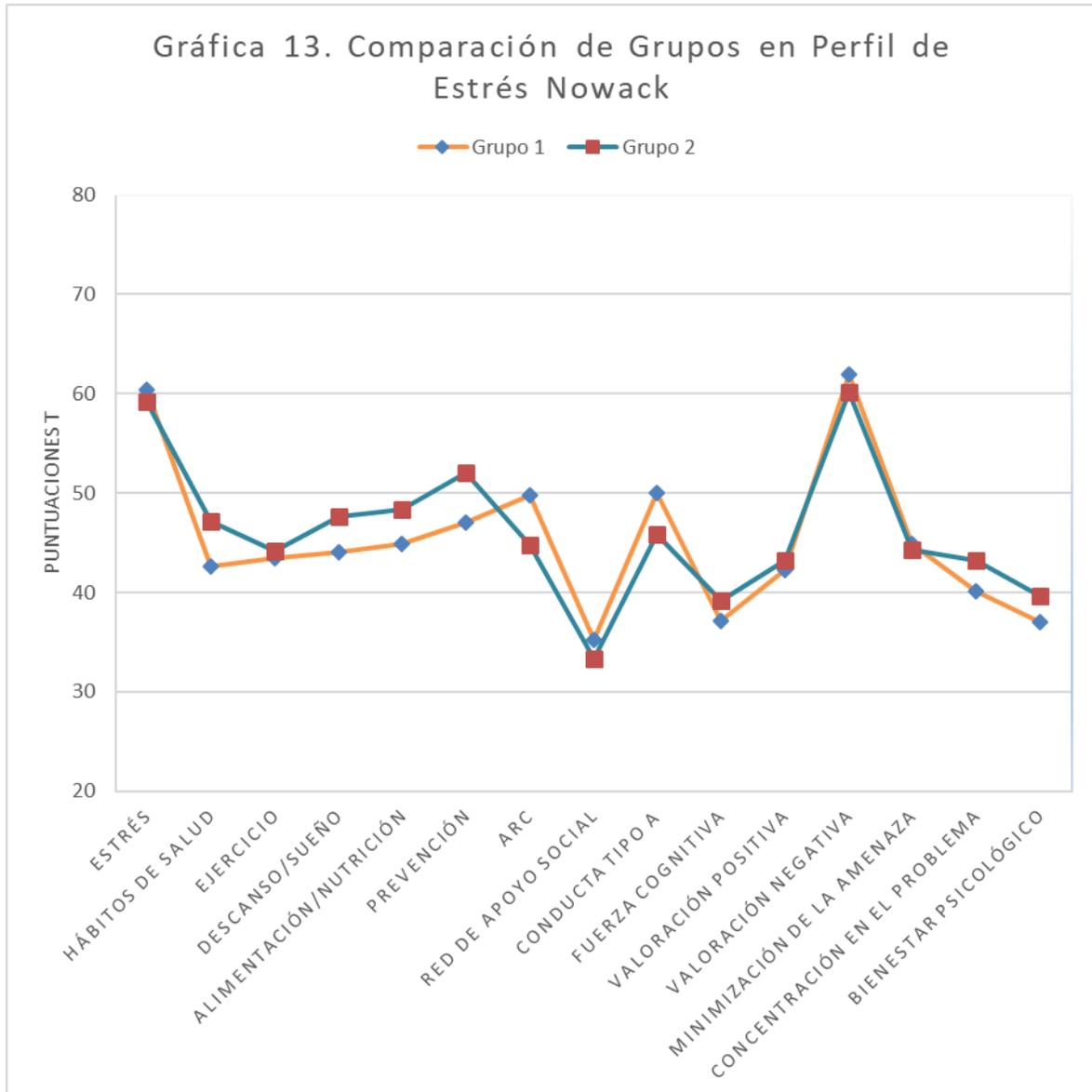
- *Ejercicio* promedio, 44.2 Puntos T. Indicativo de que la frecuencia e intensidad de la actividad física realizada es apenas suficiente para el mantenimiento de salud.
 - *Descanso/sueño* apenas por debajo del promedio, 47.6 Puntos T. Indicativo de que las participantes alcanzan a tener un descanso reparador que las alivie de la fatiga.
 - *Alimentación/nutrición* promedio, 48.4 Puntos T. Se mantienen hábitos dietéticos nutritivos y balanceados. A pesar de esta condición, no existe un factor de riesgo alarmante que por sí sólo suponga un peligro para padecer enfermedades cardiovasculares.
 - *Prevención* promedio, 52.1 Puntos T. Hacen uso de estrategias preventivas para el mantenimiento de la salud.
 - *Conglomerado de reactivos ARC* promedio, 44.8 Puntos T. Lo que no implica una alerta de riesgo para la salud por abuso de sustancias (alcohol y drogas) y el consumo de tabaco.
3. *Red de apoyo social* **baja**, 33.3 Puntos T. Indicativo de que las participantes no perciben apoyo emocional por parte de sus seres cercanos.
 4. *Conducta tipo A* promedio, 45.8 Puntos T. En donde dentro de su vida diaria aplica de manera funcional expresiones de enojo, competitividad y demás características.
 5. La *fuerza cognitiva* es **baja**, 39.2 Puntos T. Es probable que las mujeres de este grupo vean los cambios y los riesgos en su existencia como amenazas y que sean propensas a sentir que no tienen el control sobre los acontecimientos más relevantes, ni sobre los aspectos más importantes en su vida.
 6. *Estilos de afrontamiento*:
 - *Valoración positiva* promedio, 43.2 Puntos T. Hay poco uso de comentarios de apoyo y motivación autodirigidos para regular su estrés.



- *Valoración negativa* **alta**, 60.2 Puntos T. Lo que indica una concentración en los peores aspectos o consecuencias de una situación.
 - *Minimización de la amenaza* promedio, 44.3 Puntos T. Lo cual implica poco uso la ironía o ver el lado divertido de alguna situación problemática.
 - *Concentración en el problema* promedio, 43.2 Puntos T. Lo cual habla de pocos intentos por modificar su conducta para aminorar los estresores.
7. *Bienestar psicológico* **bajo**, 39.6 Puntos T. Lo que indica de manera global que las participantes experimentan una falta de bienestar en su vida, se sienten insatisfechas y son incapaces de disfrutar plenamente su vida.



Comparación de medias perfil de estrés de Nowack entre grupo 1 y grupo 2:



Podemos apreciar en la **Gráfica 13**:

- **En ambos grupos se observa un estrés percibido elevado.**
- Hábitos de salud promedio, aunque el grupo 2 tiende a tener mejores hábitos de salud que el grupo 1.



- Consumo de sustancias moderado, sin embargo, el grupo 1 consume más sustancias que el grupo 2.
- **Ambos grupos perciben una pobre red de apoyo social.**
- Ambos presentan rasgos de conducta tipo A.
- **Tanto el grupo 1 como el grupo 2 muestran una baja fuerza cognitiva.**
- Las dos muestras tienen una valoración positiva relativamente baja y **una valoración negativa elevada.**
- La minimización de la amenaza es promedio en los dos grupos.
- El grupo 2 suele emplear más en el estilo de afrontamiento de concentración en el problema que el grupo 1, sin embargo, ambos están dentro de un rango promedio.
- **Ambos grupos presentan un bajo bienestar psicológico.**



Tabla 2. Resultados T de Student para Grupos Independientes en Mujeres con TAG

Escalas	Grupo 1		Grupo2		T
	\bar{X}	S	\bar{X}	S	
Estrés percibido	60.40	8.966	59.20	12.118	.664
Hábitos de Salud	42.60	9.118	47.20	9.466	.060
Ejercicio	43.57	11.340	44.23	14.519	.844
Descanso/sueño	44.17	11.250	47.63	12.198	.257
Alimentación/nutrición	44.97	9.331	48.43	10.494	.182
Prevención	47.03	11.059	52.10	10.915	.079
Red de Apoyo Social	35.27	12.709	33.30	12.707	.551
Conducta Tipo A	50.07	13.864	45.83	12.806	.224
Fuerza Cognitiva	37.13	9.616	39.27	10.818	.423
Valoración Positiva	42.37	13.087	43.23	14.207	.807
Valoración Negativa	61.90	12.200	60.20	15.624	.640
Min. de la Amenaza	44.93	13.866	44.33	11.315	.855
Concentración en el problema	40.10	13.124	43.27	13.212	.356
Bienestar psicológico	37.03	11.094	39.63	11.294	.372
ARC	49.83	9.896	44.80	8.934	.043*

*. La correlación es significante al nivel 0,05 (bilateral).

Derivado de los resultados, se puede observar mediante la **tabla 2**, que en el conglomerado ARC existen diferencias estadísticamente significativas.



Realizado el análisis T de Student, se prosiguió con la elaboración del coeficiente de correlación (r), en donde se puede apreciar la relación que existe entre las escalas y subescalas del Perfil del Estrés de Nowack, de acuerdo a cómo se contestaron los reactivos del mismo (tabla 3).

Tabla 3. Correlación (r) Entre Escalas y Subescalas del Perfil de Estrés de Nowack

Correlaciones	Estrés Perc.	Hábitos de Salud	Ejercicio	Desc./sueño	Alim./nutri.	Prev.	ARC	Red de Apoyo Social	Cond. Tipo A	Fuerza Cog.	Val. Positiva	Val. Negativa	Min. de la amen.	Concen. en el prob.	Bien. Psic.
Estrés Perc.	1														
Hábitos de Salud	-.518**	1													
Ejercicio	-.108	.526**	1												
Descanso/sueño	-.365**	.417**	-.047	1											
Alimentación/nutrición	-.318*	.666**	.226	-.002	1										
Prevención	-.449**	.786**	.159	.167	.440**	1									
ARC	.233	-.485**	-.028	-.161	-.249	-.617**	1								
Red de Apoyo Social	.016	-.119	.052	-.329*	.133	-.128	.171	1							
Conducta Tipo A	.422**	-.530**	-.239	-.368**	-.330*	-.384**	.418**	.290*	1						
Fuerza Cognitiva	-.560**	.386**	.266*	.033	.363**	.317*	-.105	.196	-.181	1					
Valoración Positiva	-.299*	.254	.323*	-.216	.261*	.231	-.242	.284*	-.087	.631**	1				
Valoración Negativa	.617**	-.428**	-.183	-.214	-.296*	-.365**	.139	-.089	.460**	-.699**	-.412**	1			
Minimización de la amenaza	-.139	.179	.180	-.311*	.317*	.223	-.191	.260*	-.141	.475**	.702**	-.365**	1		
Concentración en el problema	-.099	.141	.203	-.266*	.344**	.103	.019	.318*	.076	.441**	.544**	-.153	.525**	1	
Bienestar Psicológico	-.568**	.350**	.247	-.058	.363**	.309*	-.162	.352**	-.095	.782**	.716**	-.603**	.508**	.502**	1

** . La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).
* . La correlación es significante al nivel 0,05 (bilateral).

Se observa que existen correlaciones significativas ($*0,05$) entre (**Tabla 3**):

- Estrés percibido con: Alimentación/nutrición y valoración positiva.
- Ejercicio con: Fuerza cognitiva y valoración positiva.
- Descanso/sueño con: Red de apoyo social, minimización de la amenaza y concentración en el problema.



- Alimentación/nutrición con: Conducta tipo A, valoración positiva, valoración negativa y minimización de la amenaza.
- Prevención con: Fuerza cognitiva y bienestar psicológico.
- Red de apoyo social con: Conducta tipo A, valoración positiva, minimización de la amenaza y concentración en el problema.

Y se observan que existen correlaciones altamente significativas (**0,01) entre **(Tabla 2)**:

- Estrés percibido con: Hábitos de salud, descanso/sueño, prevención, conducta tipo A, fuerza cognitiva, valoración negativa y bienestar psicológico.
- Hábitos de Salud con: Ejercicio, descanso/sueño, alimentación/nutrición, prevención, ARC, conducta tipo A, fuerza cognitiva, valoración negativa y bienestar psicológico.
- Descanso/sueño con: Conducta tipo A.
- Alimentación/nutrición con: Prevención, fuerza cognitiva, concentración en el problema y bienestar psicológico.
- Prevención con: ARC, conducta tipo A y valoración negativa.
- ARC con: Conducta tipo A.
- Red de apoyo social con: Bienestar psicológico.
- Conducta tipo A con: Valoración negativa.
- Fuerza cognitiva con: Valoración positiva, valoración negativa, minimización de la amenaza, concentración en el problema y bienestar psicológico.
- Valoración positiva con: Valoración negativa, minimización de la amenaza, concentración en el problema y bienestar psicológico.
- Valoración negativa con: Minimización de la amenaza y bienestar psicológico.
- Minimización de la amenaza con: Concentración en el problema y bienestar psicológico.
- Concentración en el problema con: Bienestar psicológico.



Discusión

El propósito de la presente investigación fue determinar si existían diferencias significativas en estrés percibido, hábitos de salud, red de apoyo social, conducta tipo A, fuerza cognitiva, estilos de afrontamiento y bienestar psicológico en mujeres que padecen Trastorno de Ansiedad Generalizada en función de la edad; así como identificar, describir, explicar dichas diferencias y establecer si existe alguna relación entre estas variables.

Al evaluar si existían o no diferencias significativas en los grupos, se encontró que hay **una diferencia significativa entre los grupos 1 y 2**, en la variable **consumo de sustancias** (conglomerado de reactivos ARC), siendo que el grupo 1 (mujeres de entre 25-35 años) mostró mayor consumo de alcohol, drogas recreativas y tabaco, lo cual no necesariamente implica una alerta de riesgo para la salud. Cabe señalar que el grupo 2 también manifiesta cierta tendencia al consumo de sustancias. En cuanto a las demás escalas y subescalas, no se encontraron diferencias significativas entre ambos grupos (ver tabla 1). Este dato coincide con los resultados de la investigación de Salazar y Arrivillaga (2004), donde se manifiesta que el consumo de sustancias es un problema creciente en la población juvenil.

Correlaciones Significativas (*0,05) Entre Escalas y Subescalas de Ambos Grupos (Tabla 2)

Al respecto podemos observar en la **tabla 3** que, a **mayor estrés percibido**, **menor** calidad en la **alimentación** y viceversa, a **menor** calidad en la **alimentación** se **incrementa el estrés percibido**. El estrés hace efecto en la alimentación y ésta repercute de igual forma sobre el estrés (Díaz, 2007).

Se muestra también que a **mayor estrés percibido**, habrá una **pobre valoración positiva**; lo que coincide con los estudios de Fernández González, González Hernández y. Trianes Torres (2015), quienes encontraron que el estrés se relaciona con un estilo de afrontamiento pesimista para combatir los estresores.



En cuanto a la relación entre **ejercicio, valoración positiva y valoración negativa**, se puede observar en la **tabla 3** que a **menor** práctica de **ejercicio, menor valoración positiva y mayor valoración negativa**, el ejercicio también **repercute** en la **fuerza cognitiva**. Lo cual sugiere que la activación física repercute en la integración a nivel psíquico, tal es el caso de la autoeficacia y la autoestima (Estevez, Grasso y Pinto, 2014).

Por otro lado, los resultados (tabla 3) indican que la calidad de **sueño** se encuentra dentro del **promedio**, y que ésta **repercute** en la **red de apoyo social, minimización de la amenaza y concentración en el problema**, siendo retroalimentativo entre los tres. La cantidad y calidad de sueño tiene una influencia importante en los procesos cognitivos (Miró, Martínez y Arriaza, 2006).

En lo que se refiere al vínculo entre **alimentación/nutrición, conducta tipo A, valoración positiva, valoración negativa y minimización de la amenaza**; se observa una **alimentación promedio**, misma que se relaciona con una **conducta tipo A balanceada, valoración positiva relativamente baja, valoración negativa alta** y una **minimización de la amenaza dentro del promedio**. Lo que coincide con los resultados mostrados por Fuillerat (2004) en los que encontró una estrecha relación entre la psicología y la nutrición, y por ende; si existe una mala nutrición, ya sea por defecto o por exceso, también habrá alteraciones y enfermedades psicológicas.

Los resultados nos indican que las conductas de **prevención promedio** se relacionan con una **fuerza cognitiva baja**. Así mismo, **la prevención** también se vincula con un **bienestar psicológico deficiente**. El bienestar psicológico parece afectar por otras vías como son el aumento de las conductas saludables o de buen afrontamiento de los problemas de salud, así como por su capacidad amortiguadora del estrés (Vázquez, Hervás, Rahona y Gómez, 2009).

Por otra parte, nuestros resultados sugieren que una percepción de **red de apoyo social baja**, se ve vinculada con una **valoración positiva relativamente baja**, una **minimización de la amenaza y concentración en el problema**



promedio. Lo que concuerda con diversos estudios en lo que se muestra que las experiencias cooperativas aumentan las conductas sociales positivas (conductas de consideración, autocontrol, prosociales, asertivas...) (Saracho 1998, citado por Garaigordobil, 2004).

Correlaciones Altamente Significativas (0, 01) Entre las Escalas y Subescalas de Ambos Grupos (Tabla2)**

Podemos apreciar en la **tabla 3** que, el **estrés percibido alto**, se relaciona con **hábitos de salud promedio**. Las personas sometidas a estrés, tienen hábitos de salud más desfavorables que las personas que no sufren estrés (Wiebe y McCallum, 1986, citado por Fernández, 1994). En ese sentido se observa que, a pesar de existir un estrés percibido elevado, se presentan conductas orientadas a la **prevención**. Un **alto grado de estrés percibido**, se asocia también con un uso **elevado** de la **valoración negativa**. Esto último concuerda con el estudio de Jiménez-Torres, Martínez y Sánchez (2012) en el que el estrés percibido muestra una alta correlación con el estado de ánimo negativo, con la autocrítica, los pensamientos de esperanza, con el estilo de afrontamiento pasivo, el estilo pasivo centrado en el problema y en la emoción, con la expresión de emociones y con el estilo activo centrado en la emoción.

En ese orden de ideas se parecía también que todas las subescalas de **hábitos de salud** se encuentran **altamente correlacionadas**, es decir, **el ejercicio se vincula con el descanso/sueño, alimentación/nutrición y prevención**, todas ellas en un nivel **promedio**. Al respecto, Fernández Castro, Doval y Edo (1994) hallaron resultados similares en su trabajo sobre “efectos del estrés docente sobre los hábitos de salud”, en donde encontraron una relación en las subescalas prudencia, ejercicio físico, prácticas saludables y hábitos alimenticios. Los **hábitos de salud se asocian altamente** también con una **conducta tipo A promedio**, con una **fuerza cognitiva y bienestar psicológico con calificaciones bajas y; con una valoración negativa alta**. El cuidado de la salud pasa primero por un cambio



en la actitud y una mejoría en los conocimientos que generan conductas preventivas, todo lo cual se impregna como parte de un proceso educativo (Tuesca y col., 2007).

Por otro lado, se encontró también que un **Descanso/sueño promedio** correlaciona de forma significativamente elevada con **conductas tipo A promedio**. Así pues, una actividad mental excesiva al tiempo de dormir, preocupaciones, pensamientos intrusivos, ansiedad o depresión pueden precipitar y mantener los trastornos del sueño (Chóliz, 1994).

Se encontró una alta *correlación* entre **Alimentación/nutrición promedio y prevención promedio**. Asimismo, se halló que al haber una **mala Alimentación/nutrición**, habrá también una muy **baja fuerza cognitiva**. Se observa también una relación fuerte en **Alimentación/nutrición y concentración en el problema**.

Existe un efecto negativo en cuanto al **bienestar psicológico** de las participantes.

Se observa también una fuerte correlación entre **prevención promedio** hacia el mantenimiento de la salud, **consumo de sustancias (ARC)**, **conducta tipo A** y una **valoración negativa elevada**.

En lo que respecta al **consumo de sustancias (ARC)**, **este correlaciona fuertemente** con la **conducta tipo A**. De forma general se admite que el factor causal fundamental de las toxicomanías reside en la personalidad del toxicómano (Valenciano, 1936; citado por Pedrero y Rojo, 2007).

Se observa en ambos grupos de mujeres con TAG una pobre percepción en su **red de apoyo social**, misma que tiene incidencia directa en su **bienestar psicológico**. Lo que concuerda con los resultados encontrados por Vivaldi y Barra (2012) en el que apoyo social percibido presenta relaciones muy significativas en ambos sexos con tres dimensiones del bienestar psicológico: relaciones positivas, autoaceptación y propósito en la vida.



Observamos un nivel adecuado de **conducta tipo A**, que correlaciona significativamente con una **valoración negativa elevada**. En un trabajo realizado por Aluja (1997), en donde estudió la relación del burnout expresada a través de la conducta tipo A con indicadores de la salud, se encontró que específicamente en mujeres con conductas tales como la impaciencia y la despersonalización había mayor tendencia a cansancio emocional y presencia de síntomas depresivos.

El que exista una **fuerza cognitiva pobre** se relaciona con una **valoración positiva y concentración en el problema relativamente bajas**, una **minimización de la amenaza alta**, una **baja** y un **bienestar psicológico bajo**. Lo anterior es consistente con el estudio realizado por Preciado y Vázquez (2009), en el que aplicaron en estudiantes de odontología de una universidad pública en México el perfil de estrés Nowack para así probar el grado de asociación que sus escalas guardan con las del Inventario "Burnout" de Maslach; encontrando que la **fuerza cognitiva** fuerza cognitiva del perfil de estrés presentó correlación significativa con la dimensión de realización personal, mima que también guarda relación en su constructo con el **bienestar psicológico**.

Por otro lado, una **valoración positiva relativamente baja**, conlleva a **aumentar** la **valoración negativa**, a mantener dentro del **promedio la minimización de la amenaza, concentración en el problema** y, se relaciona también con un sentimiento de insatisfacción e incapacidad de disfrutar de forma plena la vida (**bienestar psicológico**).

Una **valoración negativa elevada** se vincula con una **adecuada minimización de la amenaza** y de forma directamente proporcional con un **bienestar psicológico por debajo del promedio**. De igual forma se nota una relación inversa con la **valoración positiva**, pues ambos estilos de afrontamiento dependen el uno del otro. Salotti (2006) en su estudio sobre estrategias de afrontamiento y bienestar psicológico encontraron que las participantes que autoinformaron un bajo nivel de bienestar emplearon estrategias más pasivas, es decir, seleccionaron aspectos más negativos de sus experiencias, tendieron a



sentirse responsables de lo que les sucede, al aislamiento, revelaron incapacidad para resolver los problemas, tendencia al desarrollo de síntomas psicossomáticos, y rechazo consciente a las situaciones problemáticas.

La **minimización de la amenaza dentro del promedio**, tiene relación con una **concentración en el problema relativamente baja** y un **bienestar psicológico bajo**.

En relación a la última escala de los estilos de afrontamiento, **concentración en el problema** se encontró una fuerte correlación con un **bienestar psicológico pobre**.



Conclusiones

- Ψ Relativo a la diferencia entre grupos, las mujeres con TAG jóvenes son más propensas al consumo de sustancias tales como alcohol, cigarrillos y otras drogas recreativas nocivas para la salud; no obstante, esta diferencia no supone un riesgo para la salud de las participantes dado que las puntuaciones T se encontraron dentro del promedio.
- Ψ En general, las mujeres que padecen TAG presentan tendencia al consumo de sustancias como lo son el alcohol, el tabaco y otras drogas recreativas.
- Ψ Un alto estrés percibido se relacionó con déficits en las escalas de red de apoyo social, fuerza cognitiva, valoración negativa y bienestar psicológico independientemente de la edad.
- Ψ Puntajes altos en los niveles de estrés percibido, correlacionan con el empleo del estilo de afrontamiento de valoración negativa.
- Ψ El estrés percibido elevado disminuye la valoración positiva.
- Ψ Puntajes altos en los niveles de estrés percibido, correlacionan con un bienestar psicológico bajo.
- Ψ Los hábitos de salud como un todo se encuentran altamente relacionados, es decir, si existe una práctica ejercicio regular que sea suficiente para el mantenimiento de la salud, seguramente también existirá un adecuado descanso, una alimentación regular y conductas de prevención.
- Ψ La práctica de ejercicio puede asociarse con una valoración positiva suficiente.
- Ψ Los hábitos de salud están altamente asociados con la fuerza cognitiva, el bienestar psicológico y la valoración negativa.
- Ψ El descanso/sueño se asocia de forma elevada con el uso adecuado de las conductas tipo A.
- Ψ Las conductas preventivas para el mantenimiento de la salud se encuentran fuertemente relacionados con el consumo de sustancias, las conductas tipo A y la valoración negativa.



- Ψ El consumo de sustancias está fuertemente asociado con las conductas tipo A.
- Ψ Una percepción deficiente en la red de apoyo social pareciera afectar directamente el grado de bienestar psicológico que experimentan las pacientes con TAG.
- Ψ El uso frecuente de conductas tipo A se relaciona altamente con una valoración negativa elevada.
- Ψ Una deficiente fuerza cognitiva se asocia altamente con una valoración positiva y concentración en el problema relativamente bajas, una minimización de amenaza alta y un pobre bienestar psicológico.
- Ψ Una valoración positiva relativamente baja conlleva a aumentar la valoración negativa y a bajar el bienestar psicológico.
- Ψ La minimización de la amenaza promedio se relaciona elevadamente con una concentración en el problema relativamente baja y un bienestar psicológico bajo.
- Ψ La concentración en el problema (la forma en que se solucionan los eventos), se relaciona altamente con el bienestar psicológico.



Limitaciones y Sugerencias

Limitaciones

Cabe mencionar que desde que se ideó este trabajo, siempre se tuvo en mente averiguar cuáles son los hábitos de salud y las características psicológicas de las personas que padecen TAG, esto medido a través del perfil de estrés Nowack.

En relación con lo anterior, se presentaron algunos impedimentos para un mejor desarrollo del estudio. Entre dichos impedimentos se encontró la disponibilidad para la selección de los participantes, variable que a su vez afectó en la delimitación de la aplicación. Esto es, derivado de la falta de personas diagnosticadas con TAG sin comorbilidad con otros padecimientos psiquiátricos, se tuvieron que incluir a aquellas que presentaban comorbilidad con otro tipo de trastorno, además de que las personas que son trasladadas al módulo F del Instituto Nacional de Psiquiatría, presentan múltiples trastornos de ansiedad, por lo que conseguir participantes ya sea con TAG o TAG comórbido supuso una ampliación de tiempo considerable.

En el mismo contexto, la falta de participantes afectó también en el hecho de que la muestra no pudiera ser más grande, y de que también complicara la tarea de incluir a mujeres en los rangos de edad en los que se centró estudio (25 a 46 años).

Otra problemática que se presentó en el desarrollo del trabajo fue el factor espacio, dado que el consultorio facilitado dentro del Instituto no era constante, sumándole a ello que, si por alguna razón alguna las participantes llegaba a cancelar la sesión, se tenía que reprogramar la cita en función de la disponibilidad del espacio y la participante.

Además de lo antes expuesto, es de resaltar que es casi imposible realizar una comparación de la variable sexo, dado que como ya se vio en el marco teórico de este trabajo, ya sea por motivos sociales o de prevalencia, son muy pocos los hombres con el perfil de estudio que se encuentran en tratamiento dentro del Instituto.



En resumen, dada la problemática de la disponibilidad de perfiles para el desarrollo del estudio, del espacio para las aplicaciones y en consecuencia de la prolongación del tiempo; no fue posible el obtener muestras más grandes y centradas solamente en un padecimiento a efecto de realizar una comparación más factible y representativa.



Sugerencias

Realizar un estudio comparativo con un mayor número de participantes que se encuentren dentro del protocolo establecido en la investigación para obtener resultados más generalizables.

Buscar un consultorio o espacio de aplicación de pruebas viable en condiciones ambientales y disponibilidad de tiempo para un mejor manejo y uso del mismo.

Sería importante en futuras muestras, tener un mayor número de sujetos de estudio considerablemente significativos e incluir grupos de varones o muestras mixtas y con edades más variadas para poder comprobar si los resultados obtenidos en esta investigación se siguen presentando de la misma forma.

Ahondar en otros estudios acerca de como es la relación que se da entre ciertas variables, ya que en algunos casos se encontró que escalas positivas guardaban relación con otras con resultados desfavorables. Por ejemplo, en los hábitos de salud, uno podría pensar que el mantenimiento de estos ayudaría con el uso adecuado de estilos de afrontamiento, no obstante esto no ocurrió, por el contrario, tuvo una correlación con la valoración negativa; o bien, se observó que una adecuada alimentación se relaciona con una pobre fuerza cognitiva, lo que puede sonar poco verosímil en cualquiera de los dos casos.

Realizar un estudio pre-test y post-test con la aplicación de un tratamiento terapéutico como lo implementamos en las sugerencias terapéuticas para poder observar si hay cambios significativos en las variables de estudio como lo fueron el estrés, los hábitos de salud, red de apoyo social, conducta tipo A, fuerza cognitiva, estilos de afrontamiento y bienestar psicológico en sujetos que padecen TAG.

Replicar este estudio con otros tipos de trastornos de ansiedad como lo son el Trastorno de Pánico, el Trastorno de Angustia, Fobias específicas, etc., y otros tipos de trastornos como el Trastorno Depresivo Mayor, Trastorno Obsesivo Compulsivo, etc. Pues creemos que las variables estudiadas en este estudio son de vital importancia en la vida cotidiana de las personas a nivel general. Por último,



sería importante realizar estudios similares en ámbitos laborales, pues al día de hoy el estrés y la ansiedad son factores que con los que se están lidiando en nuestro día a día en el siglo XXI, es muy probable que esta investigación pueda ser de suma ayuda en todos los contextos (familiares, laborales, hospitalario, etc.), y que las variables de estudio sean de suma importancia para todo tipo de población.



Referencias

- Aluja, A. (1997). Burnout profesional en maestros y su relación con indicadores de salud mental. *Boletín de Psicología*, 55, pp. 47-61.
- Álvarez, P., Vega, P. (2009). Actitudes ambientales y conductas sostenibles. Implicaciones para la educación ambiental. *Revista de Psicodidáctica*, 14 (2), pp. 245-260
- American Psychiatric Association. (1994). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM V). Washington, DC: American psychiatric association.
- American Psychiatric Association. (2014). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM V). Washington, DC: American psychiatric association.
- Amon, D., Guareschi, P., Maldavsky, D. (2005). La psicología social de la comida: Una aproximación teórica y metodológica a la comida y las prácticas de la alimentación como secuencias narrativas. *Subjetividad y Procesos Cognitivos*, 7 (7), pp. 47-71
- Arenas, M. C. y Puigcerver, A. (2009) Diferencias entre hombres y mujeres en los trastornos de ansiedad: una aproximación psicobiológica. *Escritos de Psicología*, 3(1), pp. 20-22.
- Autonell, J., Vila, F., Pinto, A., Vilagut, G., Codony, M., Almansa, J., Muñoz, P. E., Torres, J. V., Alonso, J., Haro, J.M. (2007). Prevalencia-año de la comorbilidad de los trastornos mentales y factores mentales y factores de riesgo sociodemográficos asociados en la población general de España. Resultados del estudio ESEMedD-España. *Actas Esp Psiquiatr*, 35 (35), pp. 4-11
- Bados, A. y García Grau, E. (2014). Resolución de Problemas. Barcelona: Universitat de Barcelona
- Barra, E. (2004). Apoyo social, estrés y salud. *Psicología y Salud*, 14 (2), pp. 237-243



- Bobes, J., García-Portilla, M. y Bousoño M. (2002). Evolución conceptual y nosográfica. En Bobes, J., Bousoño, M., García-Portilla, M. y Sáiz, P. (Ed.), Trastorno de ansiedad generalizada (pp. 1-6). Barcelona: ARS MEDICA.
- Buela-Casal, G. y Miró, E. (2001). El sueño: Para qué dormimos y para qué soñamos. Madrid: Biblioteca Nueva.
- Cabanach, G., Valle, A., Piñeiro, S., González, I. (2010). Las creencias motivacionales como factor protector del estrés en estudiantes universitarios. *European Journal of Education and Psychology*, 3 (1), pp. 75-87
- Carlson, N. (2006). Fisiología de la conducta. Massachusetts: PEARSON.
- Cascardo, E. y Resnik, P. (2005). Trastorno de ansiedad generalizada: bases para el diagnóstico y tratamiento del paciente con preocupación excesiva. Buenos Aires: Polemos Editori
- Castaño, E. F. y León del Barco, B. (2010). Estrategias de afrontamiento del estrés y estilos de conducta interpersonal. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 10 (2), pp. 245-257
- Castro, R., Campero, L. y Hernández, B. (1997). La investigación sobre apoyo social en salud: situación actual y nuevos desafíos. *Revista de Saúde Pública*, 31 (4), pp. 425-435
- Casullo, M. (2002). Evaluación del bienestar psicológico en Iberoamérica. Buenos Aires: Paidós
- Chóliz, M. (1994). Emoción, activación y trastornos del sueño. *Anales de psicología*, 10 (2), pp. 217-229
- Cía, A. H. (2001). Trastorno de Ansiedad Generalizada. Buenos Aires: Polemos Editori.
- Corsi, M. (1983). Psicofisiología del sueño. México: Trillas.
- Díaz, F. (2007). Estrés alimentario y salud laboral vs. Estrés laboral y alimentación equilibrada. *MEDICINA Y SEGURIDAD DEL TRABAJO*, 53 (209), pp. 93-99
- Espinosa y de León, V. (1983). Prevención para la salud. EDITOR.



- Estevez, R., Grasso, L., Pinto, M. (2014). Beneficios percibidos por adultos mayores que asisten a un programa de actividad física. VI Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XXI Jornadas de Investigación Décimo Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología. Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.
- Fernández Castro, J., Doval, E. y Edo, S. (1994). Efectos del estrés docente sobre los hábitos de salud. *Ansiedad y estrés*, 0, pp. 127-133.
- Fernández González, L., González Hernández, A. y Trianes Torres M. (2015). Relaciones entre estrés académico, apoyo social, optimismo-pesimismo y autoestima en estudiantes universitarios. *Electronic Journal of Research in Educational Psychology*, 13 (1), pp. 111-130. Recuperado de <http://dx.doi.org/10.14204/ejrep.35.14053>.
- Fernández, J. (1994). Emociones y salud. *Anuario de Psicología*, 61 (61), pp. 25-32
- Fuillerat, A. (2004). Psicología y nutrición en el desarrollo ontogenético en la edad infanto-juvenil. *Nutrición Hospitalaria*, 9 (4), pp. 209-224.
- Garaigordobil, M. (2004). Intervención psicológica en la conducta agresiva y antisocial con niños. *Psicothema*, 16 (3), pp. 429-435
- García Martínez, M., Berrios Martos, M.P. (1999). El significado del trabajo en personas con patrón de conducta Tipo A. *Psicothema*, 11(2), pp. 357-366.
- Gil Lacruz, M., Izquierdo, A. (2000). La interacción psicofisiológica que supone un reto social. *Revista de relaciones laborales*, (8), pp. 47-62.
- Gómez Manuel, Danglot-Banck Cecilia y Vega Leopoldo (2013). Cómo seleccionar una prueba estadística. *Revista Mexicana de Pediatría*, 80 (2), pp. 81-85.
- Heinze Martin, G. y Camacho Segura, P. (2010). Guía Clínica para el manejo de la ansiedad. México: Berenzon, S., del Bosque, J., Alfaro, J. y Medina-Mora, M.



- Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C. y Baptista Lucio, P. (2010). Metodología de la investigación. México: Mc Graw Hill.
- Hernández, L. (2010). Sociedad Mexicana de Psicología. México: Trillas.
- Hettema, J. (2010). Relación Nosológica Entre el Trastorno de Ansiedad Generalizada y el Trastorno Depresivo Mayor. En Golberg, D., Kendler, K., Sirovatka, P. y Regier, D. (Ed.), *Temas de investigación DSM-V Depresión y Trastorno de Ansiedad Generalizada* (pp. 13-30). Madrid: PARAMERICANA S.A.
- Integrantes del Comité de la Academia Nacional de Medicina (2013). El trastorno de ansiedad generalizada. *Revista de la Facultad de Medicina (México)*, 56(4), 53-55. Recuperado en 31 de agosto de 2015, de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0026-17422013000400009&lng=pt&tlng=es.
- Jauregui, C. y Suárez, P. (1998). Promoción de la Salud y Prevención de la Enfermedad. Médica Panamericana.
- Kerlinger, F. (1981). Enfoque conceptual de la investigación del comportamiento. México: Nueva editorial interamericana.
- Lazarus, R. S. (1966). *Psychological stress and the coping process*. Nueva York: McGraw-Hill.
- Lazarus, R. S. (2000). *Estrés y emoción. Manejo e implicaciones en nuestra salud*. Bilbao: DDB.
- Lazarus, R. S. y Folkman, S. (1986). *Estrés y procesos cognitivos*. Barcelona: Martínez Roca.
- León, G. y Montero, I. (2003). Métodos de investigación: en psicología y educación. Madrid: McGraw-Hill Interamericana.
- Lloret Segura, S. y González Roma, V. (1994). Salud, salud mental y bienestar psicológico. En González Roma, V. (Ed.), *La medición del bienestar psicológico y otros aspectos de la salud mental* (pp. 13-27). Valencia: NAU.
- López, J. y Fernández, A. (2008). Fisiología del ejercicio. Madrid: Médica Panamericana.



- Loria, J., Rocha, J. y Márquez, G. (2010). Patrón y calidad subjetiva de sueño en médicos residentes y su relación con la ansiedad y la depresión. *ResearchGate*, 22 (1), pp. 33-39
- Martínez Barrondo, S., Sánchez García, A., Delgado González, J., Fernández Fernández, C. y Rodríguez Suárez L. (2001). Epidemiología. En Bobes, J., Bousoño, M., García-Portilla, M. y Sáiz, P. (Ed.), *Trastornos de ansiedad y trastornos depresivos en atención primaria* (pp. 1-14). Barcelona: Masson.
- Medina, Ma. E., Borges, G., Lara, C., Benjet, C., Blanco, J., Fleiz, C., Villatoro, J., Rojas, E., Zambrano, J., Casanova, L. y Aguilar-Gaxiola, S. (2003). Prevalencia de trastornos mentales y uso de servicios: Resultados de la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica en México. *Salud Mental*, 26(4), pp. 6. mental disorders (DSM IV). Washington, DC: American psychiatric association.
- Medina-Mora, M.E.; Borges, G.; Muñoz, C.L.; Benjet, C.; Jaimes, J.B. y Bautista, C.F. (2003). Prevalencia de trastornos mentales y uso de servicios: resultados de la encuesta nacional de epidemiología psiquiátrica en México. *Salud Mental*, 26, 1-16
- Miró, E., Martínez, P. y Arriaza, R. (2006). Influencia de la cantidad y la calidad subjetiva de sueño en la ansiedad y el estado de ánimo deprimido. *Salud Mental*, 29 (2), pp. 30-37
- Montorio, I., Nuevo, R., Losada, A. y Márquez, M. (1999) Prevalencia de trastornos de ansiedad y depresión en una muestra de personas mayores residentes en la comunidad. *MAPFRE MEDICINA*, 12(1), pp. 28-29.
- Napoli, R. y Horton E. (1997). Necesidades Energéticas. En Ziegler, E. y Filer, L. (Ed.), *Conocimientos actuales sobre nutrición* (pp. 1-6). Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud e Instituto Internacional de Ciencias de la Vida.
- Nowack, K. (2002). Perfil de Estrés. México D.F.: Editorial Manual Moderno S.A de C.V.



- O.M.S.: CIE-10. (1992). Trastornos Mentales y del Comportamiento. Décima Revisión de la Clasificación Internacional de las Enfermedades. Descripciones Clínicas y pautas para el diagnóstico. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
- Ortega, R. (1992). Medicina del ejercicio físico y del deporte para la atención a la salud. Madrid: Díaz de Santos S. A.
- Pallarés, J., Rosel, J. (2001). Patrón de conducta Tipo-A y estrés en deportistas adolescentes: Algunas variables mediadoras. *Psicothema*, 13(1), pp. 147-151
- Pedrero, E. J., Rojo, G. (2007). Diferencias de personalidad entre adictos a sustancias y población general. Estudio con el TCI-R de casos clínicos con controles emparejados. *Revista adicciones*, 20 (3), pp. 251-261
- Pedrero, E.J, J. M. Ruiz, P. Lozoya, G. Rojo, M. Llanero y C. Puerta (2015). La “escala de estrés percibido”. Estudio psicométrico sin restricciones en población no clínica y adictos a sustancias en tratamiento. *Behavioral Psychology/Psicología Conductual*, 23(2), pp. 305-324
- Pilcher, J.J., Ginte, D.R. y Sadowsky, B. (1997). Sleep quality versus sleep quantity: Relationships between sleep and measures of health, well-being and sleepiness in college students. *J. Psychosom Res*, 42: 583-598
- Pozo, J. y Postigo Y. (1994). La solución de problemas. Madrid: Santillana.
- Preciado, M. y Vázquez J. (2009). Perfil de estrés y síndrome de burnout en estudiantes mexicanos de odontología de una universidad pública. *Revista Chilena de Neuropsiquiatría*, 48 (1), pp. 11-19.
- Ramos, Y., González, J. y Ballesteros, C. (2002). Trastorno de ansiedad generalizada en la infancia y adolescencia. En Bobes, J., Bousoño, M., García-Portilla, M. y Sáiz, P. (Ed.), *Trastorno de ansiedad generalizada* (pp. 73-106). Barcelona: ARS MEDICA.
- Real Academia Española. (2001). *Diccionario de la lengua española [Dictionary of the Spanish Language]* (22nd ed.). Madrid: Author.



- Rodríguez, T. (2003). El debate de las representaciones sociales en la psicología social. *RELACIONES*, 14 (93), pp. 53-80
- Sáiz Martínez, P., Durán Rivas, B., Paredes Ojanguren, B. y Bousoño García, M. (2001). Manifestaciones clínicas de los trastornos de ansiedad. En Bobes, J., Bousoño, M., García-Portilla, M. y Sáiz, P. (Ed.), *Trastornos de ansiedad y trastornos depresivos en atención primaria* (pp. 61-89). Barcelona: Masson.
- Sáiz Ruiz, J., Ibáñez Cuadrado, A. y Montes Rodríguez, J. M. (2000). Trastorno de Angustia, Crisis de pánico y agorafobia en atención primaria. Barcelona: Masson.
- Salazar, I., Arrivillaga, M. (2004). El consumo de alcohol, tabaco y otras drogas, como parte del estilo de vida de jóvenes universitarios. *Revista Colombiana de Psicología*, 13 (13), pp. 74-89
- Salotti, P. (2006). *Estudio sobre estrategias de afrontamiento y bienestar psicológico en una muestra de adolescentes de Buenos Aires* (Tesis de pregrado). Universidad de Belgrano, Buenos Aires, Argentina.
- Sánchez García, A., Fernández Domínguez, J., Iglesias García, C., y González Seijo, J. (2001). Factores etiopatogénicos. *Trastornos de ansiedad y trastornos depresivos en atención primaria* (pp. 17-35). Barcelona: Masson.
- Sandín, B. (2003). El estrés: un análisis basado en el papel de los factores sociales. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 3(1), pp. 141-157.
- Sandín, B. (2003). El estrés: un análisis basado en el papel de los factores sociales. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 3 (1), pp. 141-157.
- Solís, C. y Vidal, A. (2006). Estilos y estrategias de afrontamiento en adolescentes. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental Hermilio Valdizan*, 7 (1), pp. 33-39.
- Taylor, S. (1990). *Health Psychology*. New York: MacGraw Hill.



- Tuesca, R., Navarro, E., Medina, A., Molina, I., Náder, N., Numa, L. (2007). Hábitos de salud de los escolares de una institución pública en el municipio de Soledad (Atlántico). *Salud Uninorte Barranquilla*, 23 (2), pp. 135-149.
- Vales, L. (2011). Psicobiología del estrés. En Leira Permuy, M. (Ed.), *Manual de bases biológicas del comportamiento humano*. (pp. 179-183). Montevideo: Universidad de la República.
- Varela, M.T., Salazar, I. C., Cáceres, D., Tovar, J.R. (2007). Consumo de sustancias psicoactivas ilegales en jóvenes: factores psicosociales asociados. *Pensamiento Psicológico*, 3 (8), pp. 31-45.
- Vargas, L.M. (1994). Sobre el concepto de percepción. *ALTERIDADES*, 4 (8), pp. 47-53
- Vázquez, C., Crespo, M. y Ring, J. (2000). Estrategias de afrontamiento. En A. Bulbena, G. Berrios y Fernández de Larrinoa, P. (Eds), *Medición clínica en Psiquiatría y Psicología* (pp. 425-446).
- Vázquez, C., Hervás, G., Rahona, J.J., Gómez, D. (2009). Bienestar psicológico y salud: Aportaciones desde la Psicología Positiva. *Anuario de Psicología Clínica y de la Salud*, 5 (5), pp. 15-28.
- Velázquez, I., Muñoz, M., Sánchez, M., Zenner, A. y Velázquez, L. (2012). Trastornos del sueño e incidencia de ansiedad y depresión en pacientes con dolor crónico no maligno tratados con opioides potentes. *Rev. Soc. Esp. Dolor*, 19 (2), pp. 49-58.
- Vivaldi, F. y Barra, E. (2012). Bienestar Psicológico, Apoyo Social Percibido y Percepción de Salud en Adultos Mayores, *Terapia psicológica*, 30 (2), pp. 23-29.
- Welstein, L., Dement, W.C., Redington, D., Guilleminault, C. y Mitler, M. (1983). Sleep/wake disorders: natural history, epidemiology and long term evolution. In: Guilleminault C, Lugaresi E, editors. New York: Raven Press.
- Wortman, C. B; Silver, R. C. (1989). The myths of coping with loss. *J. Consult Clin Psychol.*