

31961



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

CAMPUS IZTACALA

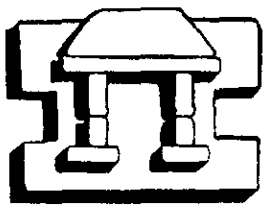
2 2g.

ANALISIS DEL DESARROLLO DE TRANSACCIONES ESTRESANTES Y ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO EN ADOLESCENTES

TRABAJO DE INVESTIGACION PARA LA OBTENCION DEL GRADO DE MAESTRIA EN MODIFICACION DE CONDUCTA PRESENTA: AIDA IVONNE BARRIENTOS NORIEGA

ASESOR: MTRO. LEONARDO REYNOSO ERAZO.

COMITE DE TESIS: DRA. PATRICIA TRUJANO RUIZ. MTRO. JUSTINO VIDAL VARGAS SOLIS. MTRA. LAURA EDNA ARAGON BORJA. MTRA. SANDRA ANGELICA ANGUIANO SERRANO.



IZTACALA

FEBRERO DE 1998.

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

259368



Universidad Nacional  
Autónoma de México



## **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 está 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.

*A mi querido esposo Mtro. Florencio Miranda  
Herrera por ser para mi ejemplo de inteligencia  
y perseverancia.*

*A mis hijos Carlos Ricardo y  
Jorge Alberto*

*A mi querida abuela Sra. Victoria Cuellar  
de Noriega por todo el apoyo y cariño que  
en todo momento me brindó.*

*Con cariño para mi abuelo Sr. Jesús  
Noriega Portugal y para mis padres:  
Sra. Gladys Noriega y Sr. Raúl Barrientos.*

*A mi hermana Monica por todo el estímulo  
que me dio para que culminara este trabajo  
y porque ha sido para mi un apoyo en los  
momentos difíciles.*

*Con todo mi agradecimiento al Mtro.  
Leonardo Reynoso Erazo porque sin su  
ayuda y excelente dirección, esta tesis  
no habría sido posible.*

**AGRADECIMIENTOS:**

*Por su valiosa colaboración y sus acertadas observaciones que contribuyeron a elevar la calidad de este trabajo:*

*Al Mtro. Justino Vidal Vargas Solís*

*A la Dra. Patricia Trujano Ruíz*

*A la Mtra. Laura Edna Aragón Borja*

*A la Mtra. Sandra Angélica Anguiano Serrano*

*Con especial agradecimiento por los conocimientos adquiridos durante sus clases y por sus relevantes observaciones durante la realización del proyecto de tesis, al Mtro. Isaac Seligson Nissembaum.*

# ÍNDICE

Introducción.....	1
Capítulo 1	
"Psicología de la Salud: Un modelo de investigación e intervención".....	4
1.1 Psicología de la Salud: Definiciones y campo de trabajo.....	7
Capítulo 2	
"El Estrés como factor de riesgo para la salud".....	15
Capítulo 3	
"Estrés: Un proceso de interacción".....	23
3.1 Antecedentes y definición.....	23
3.2 Procesos de valoración cognitiva.....	24
3.2.1 Factores personales .....	26
3.2.2 Factores situacionales .....	28
3.2.2.1 Características Formales.....	28
3.2.2.2 Características Temporales.....	29
3.3 Estrategias de afrontamiento.....	31
3.3.1 Investigaciones sobre afrontamiento y aplicaciones terapéuticas.....	32
Capítulo 4	
"Estrés y Adolescencia".....	36
4.1 La adolescencia como etapa del desarrollo.....	36
4.2 Adolescencia: valoración y afrontamiento.....	40

4.2.1 Variables que afectan la valoración y el afrontamiento en adolescentes.....	40
4.2.1.1 Valoración de la situación.....	40
4.2.1.2 Afrontamiento de la demanda situacional.....	41
4.2.1.3 Variables que intervienen.....	42
4.3 Impacto de la valoración y el afrontamiento en la salud del adolescente.....	47
4.4 Aspectos metodológicos de la investigación con adolescentes.....	49
Objetivos de la tesis.....	53
Metodología.....	54
Resultados.....	60
Discusión .....	67
Conclusiones.....	79
Bibliografía.....	82
Anexos.....	89

# INTRODUCCIÓN

Indudablemente, la adolescencia constituye en la actualidad una etapa crítica para los individuos en términos de la gran cantidad de demandas de diversa índole a las que tiene que responder el adolescente y la carencia o insuficiencia de estrategias de afrontamiento con que cuenta para cumplir exitosamente esta tarea. Como resultado de esto se incrementa la frecuencia y calidad de interacciones estresantes y con ello, como veremos a lo largo de esta tesis, se altera el bienestar físico y la adaptación psicosocial y académica de los jóvenes.

Existe una enorme cantidad de textos informativos sobre las características de la adolescencia, sus problemas y sus crisis en la familia y la sociedad; sin embargo no podría decirse lo mismo de las investigaciones cuya finalidad es proponer alternativas de solución o investigaciones específicas que favorezcan el desarrollo de programas para facilitar al adolescente su adaptación exitosa a las demandas del contexto.

En los últimos años, algunas de estas investigaciones se han enfocado al análisis de factores de riesgo durante la adolescencia, como resultado de ellas se ha detectado al manejo de interacciones estresantes como un importante factor de riesgo en esta etapa, encontrándose que el inadecuado manejo de estas interacciones impacta de manera importante el bienestar físico, emocional y la adaptación psicosocial de los adolescentes (Aro y cols. 1989, Zeidner y Hammer, 1990 y Vanden-Bree y cols. 1990), además de constituir un factor que contribuye al desarrollo de las adicciones más comunes (Allen y Hiebert, 1991 y Castro y Llanes, 1995).

Existen diferentes modelos para explicar el estrés y proponer alternativas destinadas al manejo del mismo, uno de los modelos más importantes es el de Lazarus y Folkman (1986), quienes definen al estrés como "una relación particular entre el individuo y el entorno que es considerado por éste como amenazante o desbordante de sus recursos" (p. 43). Para Lazarus y Folkman el estrés deja de ser un estímulo (s) o una respuesta fisiológica o emocional para convertirse en un proceso en el cual la relación entre el individuo y su medio se define como estresante en términos de la interacción dinámica de dos procesos básicos: la valoración cognitiva que cada persona hace de las demandas ambientales y las estrategias de afrontamiento con que cuenta para hacer frente a dichas demandas.

Considerando que es la interacción de los procesos de valoración y afrontamiento lo que da cuenta del desarrollo de interacciones estresantes y por tanto del manejo de las mismas, el interés central de esta tesis fue analizar las



*características de dichos procesos en una población de adolescentes mexicanos, consideramos este análisis muy relevante porque a partir de los resultados del mismo podemos tener una idea más clara del desarrollo y manejo de este tipo de interacciones en nuestros adolescentes y con esto diseñar, en caso necesario, programas de intervención cuya finalidad sea favorecer un repertorio de afrontamiento suficientemente flexible y marcos de valoración adecuados que permitan al adolescente manejar las interacciones estresantes que surgen cotidianamente y con ello mejorar su nivel de bienestar físico y emocional y su adaptación psicosocial.*

Como procesos dinámicos, la valoración y el afrontamiento se ven influidos por una serie de variables que *solas o en conjunto modifican los resultados de la interacción*, los factores que influyen son muchos, sin embargo en este trabajo abordamos tres de los principales: *el género, la edad cronológica y el contexto sociocultural.*

Los contenidos del trabajo se distribuyeron de la siguiente forma:

En el primer capítulo enmarcamos nuestro trabajo dentro de una disciplina denominada Psicología de la Salud, esta disciplina nos brinda un modelo multidisciplinario de investigación e intervención en el análisis y modificación de diversos factores de riesgo a la salud, entre ellos el estrés.

En el segundo capítulo describimos detalladamente los mecanismos fisiológicos a través de los cuales el estrés puede dañar la salud de las personas, enumerando además algunas enfermedades que según investigaciones recientes tienen estrecha relación con el manejo de interacciones estresantes. En este aspecto son de particular interés por sus aportaciones las investigaciones de Reynoso (1989), Frankenhauer (cit. en Campbel y cols. 1983), Medina y Badía (1984) y Reeve (1994).

El tercer capítulo está destinado a la explicación del modelo de Lazarus y Folkman que como mencionamos anteriormente sirve de base teórico-metodológica a esta tesis para abordar el desarrollo de interacciones estresantes.

Para finalizar la parte teórica, dedicamos el cuarto capítulo al análisis de interacciones estresantes durante la adolescencia y la revisión de los diferentes factores que influyen en la valoración y el afrontamiento de los adolescentes, en este capítulo citamos investigaciones realizadas con diversos tipos de población, utilizando *distintos instrumentos de medición* en donde se evalúa la valoración y/o el afrontamiento de los adolescentes y como éstos se ven influidos por el género, el *nivel de desarrollo y el contexto sociocultural*. Abordamos la forma en que el bienestar físico, emocional y el ajuste psicosocial de los adolescentes se ve afectado por el *inadecuado manejo de interacciones estresantes* y citamos algunos programas de intervención en adolescentes. Este capítulo finaliza con los objetivos de la tesis.

Posteriormente damos paso a la parte metodológica del trabajo en la que se describen las características de nuestra población de estudio, instrumentos utilizados y diseño de la investigación.

En seguida presentamos los resultados que obtuvimos y en la sección de discusión los contrastamos con otras investigaciones, hacemos una consideración de los problemas metodológicos que tuvimos en el desarrollo del trabajo y concluimos sugiriendo algunas líneas de investigación para futuros trabajos.

# CAPITULO I

## PSICOLOGÍA DE LA SALUD: UN MODELO DE INVESTIGACIÓN E INTERVENCIÓN

Desde tiempos remotos el hombre ha intentado a través de diversos medios conocer por qué enferma la gente, cómo se producen las enfermedades y la forma de eliminarlas. En este intento ha recurrido a explicaciones místicas, filosóficas y con el auge de las ciencias, a explicaciones científicas.

Dentro de las explicaciones científicas sobre el proceso salud-enfermedad ha predominado el modelo biomédico, en donde se conceptualiza el estado de salud como "la ausencia de enfermedad", por tal motivo este modelo ha concentrado sus esfuerzos de investigación en la detección de aquellos agentes específicos que al entrar en contacto con el organismo causan la enfermedad; así como en el descubrimiento de tratamientos principalmente de origen farmacológico, que permitan erradicarla o contrarrestar sus efectos nocivos en el organismo.

El modelo biomédico parte de la suposición de que el proceso de enfermedad se produce de manera lineal en una relación estímulo-respuesta, en donde la aparición de un agente patógeno constituye el estímulo que al entrar en contacto con el organismo rompe su equilibrio biológico y produce como consecuencia que enferme. Bajo esta lógica, para restaurar la salud es indispensable encontrar al responsable del desequilibrio y eliminarlo a través de tratamientos farmacológicos o quirúrgicos.

Considerando lo anterior, los seguidores de este modelo han canalizado la mayor parte de sus esfuerzos en buscar las causas y tratamientos de la enfermedad, prestando muy poca atención a investigar aquellos factores relacionados con la salud; baste para dar cuenta de ello considerar la enorme cantidad de investigación relacionada con causas y tratamientos de diversas enfermedades en comparación con las escasas investigaciones sobre factores, hábitos y costumbres que favorecen la salud.

Otra característica del modelo biomédico es concebir que la enfermedad además de ser producto de una relación lineal, tiene un origen unicausal, es decir que en su génesis y desarrollo intervienen uno o varios agentes todos ellos de origen biológico; esto explica el por qué la mayor parte de sus tratamientos son de tipo

farmacológico o quirúrgico y solo en contadas ocasiones se considera la importancia de las costumbres y las condiciones sociales, económicas y medioambientales en que se produce la enfermedad o que podrían coadyuvar para la salud.

Las premisas básicas de este modelo han sido recientemente cuestionadas por investigadores y profesionales de la salud entre los que destacan Genest y Genest (1987), Seligson y cols. ( 1993 y1993a) y Duran y cols. (1993). Estos autores consideran que la salud y la enfermedad son dos extremos del mismo continuo y que entre uno y otro existen una serie de factores biológicos, psicológicos, socioeconómicos y culturales que interactúan para que se presente una u otra parte del extremo.

En este sentido Holtzman y cols. (1987) mencionan que " El rápido desarrollo económico, la industrialización y la urbanización han ocasionado grandes cambios sociales y modificado los patrones de interacción entre familias, comunidades e individuos, esto ha afectado en muchos casos el bienestar psicológico y la capacidad de los individuos para hacer frente al estrés, la enfermedad y la incapacidad física" (p. 913).

Al respecto, Adder (1977 en Genest op. cit.) concluyó que el proceso de enfermedad incluye al menos cuatro elementos:

- 1) La presencia de un agente patógeno ( en el caso de las enfermedades infecciosas)
- 2) La vulnerabilidad individual ante determinadas enfermedades, esta vulnerabilidad puede estar determinada genéticamente.
- 3) La percepción psicológica que cada individuo tiene de su medio ambiente físico y social y sobre sus experiencias estresantes y
- 4) Las habilidades de afrontamiento con que cuenta para enfrentar las demandas de su medio.

Un claro ejemplo de cómo los factores sociales, económicos, medioambientales y culturales influyen en los procesos de salud y enfermedad lo constituyen los cambios en la tasa de morbilidad y mortalidad a través de los años y en los diferentes espacios geográficos.

De esta forma podemos ver que mientras en las modernas sociedades occidentales las enfermedades infectocontagiosas han pasado a ocupar lugares

secundarios como causa de muerte, cediendo su lugar a las enfermedades crónico degenerativas y a los accidentes automovilísticos; en los países subdesarrollados, las condiciones medioambientales y las costumbres higiénicas y dietéticas de la población siguen manteniendo a las enfermedades infectocontagiosas de origen respiratorio y gastrointestinal como principal causa de muerte.

Por otra parte en los países denominados en vías de desarrollo como el nuestro, la combinación de diversos estilos de vida, la adopción de ciertos hábitos alimenticios y el desordenado crecimiento de las industrias y las ciudades ha dado como resultado que aún teniendo a las enfermedades infecciosas como importante causa de morbilidad, poco a poco vayan aumentando también los índices de mortalidad consecuencia de enfermedades crónico degenerativas; pudiéndose observar que según las estadísticas del INEGI<sup>1</sup> mientras en 1984 y 85 las enfermedades infecciosas ocuparon las primeras causas de muerte, a partir de 1986 las enfermedades crónico degenerativas como la Diabetes empezaron a ocupar lugares importantes. Los tumores de pulmón, bronquios, tráquea y estómago así como los accidentes automovilísticos aparecen entre las veinte principales causas de muerte en 1985-86; a partir de 1987, los accidentes, tumores, enfermedades de corazón y la diabetes ocuparon los cinco primeros lugares como causas de mortalidad. Los anexos 1 al 3 amplían esta información presentándonos las diez principales causas de muerte en la República Mexicana desde 1984 hasta 1991.

De la misma manera los cambios en las expectativas de vida en los últimos ochenta años, parecen obedecer mas a cambios económicos, sociales y hasta políticos que a cambios en los tratamientos farmacológicos. Así el aumento en la expectativa de vida (de 47 años en 1900 a 69 años en 1950 y 74 años en 1982) parece estar relacionado con cambios en las condiciones de trabajo, las leyes laborales que impiden el trabajo infantil, los cambios en alimentación e higiene y el mayor acceso y especialización en servicios de salud para toda la población (Genest y Genest, op. cit.).

Los cambios anteriores se deben entonces a cambios en el estilo de vida de la población y cambiar el estilo de vida de una población o de un individuo implica entre otras cosas, cambiar su comportamiento y observar como este cambio impacta al medioambiente físico y social en que se desenvuelve.

De esta forma, considerando que la salud es producto de una relación multicausal y dinámica de factores de diversa índole y no de una relación lineal y unicausal como lo plantea el modelo biomédico, resalta la necesidad de nuevos

---

<sup>1</sup> INEGI "Información Estadística del Sector Salud y Seguridad Social" Cuadernos 7, 8 y 9.

modelos que permitan un mejor entendimiento del proceso salud-enfermedad. Uno de estos modelos es el denominado Psicología de la Salud.

## 1.1 PSICOLOGÍA DE LA SALUD: DEFINICIONES Y CAMPO DE TRABAJO:

La Psicología de la Salud tiene sus inicios en la década de los ochenta, desde entonces hasta la fecha han surgido diferentes definiciones de esta disciplina, una de las primeras es la de Matarazzo (1980 en Belar y cols. 1987) quien plantea a la Psicología de la Salud como " Las contribuciones educativas, científicas y profesionales de la disciplina de la psicología a: la promoción y mantenimiento de la salud, la prevención y tratamiento de las enfermedades; la identificación de la etiología y diagnósticos de salud, enfermedad y disfunciones relacionadas con esta última; el mejoramiento del sistema de atención a la salud y la formación de profesionales de la salud" (p. 1)

Posteriormente Millon (1982 en Belar op. cit.) la define como "La aplicación del conocimiento y metodología de diferentes campos de la psicología para la promoción y mantenimiento de la salud física y mental de los individuos y la prevención, evaluación y tratamiento de todas las formas de desórdenes físicos y mentales en donde los factores psicológicos contribuyen de manera relevante" (p. 1).

Las definiciones de Matarazzo y Millon enfatizan las áreas de trabajo de la Psicología de la Salud en relación a procesos de salud y enfermedad, sin embargo años mas tarde, Holtzman (op. cit.) plantea una definición mas completa, al mencionar que " Es el campo estrechamente relacionado con la Medicina Conductual cuyo objetivo primario es la prevención y promoción de aspectos relacionados con la atención a la salud, analizando las relaciones biológicas, psicológicas y sociales del individuo con su medio en un contexto sociocultural" (p. 915).

Esta última definición destaca el carácter multidisciplinario del modelo, ya que para entender al proceso salud-enfermedad en un contexto sociocultural, retoma elementos de diferentes disciplinas biomédicas y sociales (epidemiología, psicología, fisiología, medicina y sociología entre otras). Asimismo señala los antecedentes teórico-metodológicos de la Psicología de la Salud vinculándola directamente con la Medicina Conductual y por lo tanto con la Terapia Conductual y la Modificación de Conducta.

Actualmente podemos decir que la Psicología de la Salud es un campo multidisciplinario relacionado con la atención a la salud, que describe algunas formas de investigación e intervención en problemas médicos y psicofisiológicos y se caracteriza por considerar la relación entre lo biológico y lo psicológico de manera

interactiva y en función de el contexto sociocultural en que se desarrolla. Para Seligson y cols. (1993a) las premisas que guían la actividad del psicólogo en el campo de la salud son las siguientes:

- Que la conducta en interacción con algunos factores del medioambiente incrementa el riesgo de padecer ciertas enfermedades crónicas.
- Que los cambios en la conducta (estilos de vida) pueden reducir la probabilidad de riesgo en ciertas enfermedades.
- Que las técnicas conductuales permiten modificar, sistematizar y mantener los cambios.

Partiendo de lo anterior se hizo necesario replantear, entre otros aspectos, el *proceso de evaluación de la enfermedad* dado que el modelo biomédico tradicional solo evaluaba los aspectos biológicos relacionados con la misma.

Belar y cols. (op. cit.) destacan la importancia de la evaluación como un proceso continuo, que como paso previo al tratamiento permite seleccionar la intervención más adecuada y durante el tratamiento mismo y al término de éste, permite verificar los avances o retrocesos de la enfermedad y la eficiencia final de las estrategias de intervención. Para estos autores la evaluación debe arrojar datos que permitan comprender la relación entre los factores biológicos, psicológicos y socioculturales en el surgimiento y desarrollo de la enfermedad; en este sentido ellos plantean cuatro blancos de evaluación: el biológico o físico, el afectivo, el cognoscitivo y el conductual.

En el blanco biológico proponen obtener información sobre la edad, sexo y raza del paciente; los cambios físicos recientes que pueden precipitar el evento por el que es referido, información relacionada con su enfermedad específica, su naturaleza, localización, frecuencia de síntomas y estado actual así como el impacto en su estado de salud general e incluyen un examen físico a través de exploración médica y estudios de laboratorio; la evaluación de los posibles daños genéticos, cirugías, accidentes o lesiones y la evaluación de su sistema nervioso central y musculoesquelético. El blanco biológico será evaluado por los médicos del paciente.

En el blanco afectivo se evaluarán los sentimientos del paciente acerca de la enfermedad, su tratamiento y los proveedores de atención a la salud, así como los soportes sociales del paciente para hacer frente a su enfermedad y su nivel de autoestima.

En el blanco cognoscitivo se indagará sobre el nivel de conocimientos y la percepción del paciente sobre su enfermedad y los tratamientos a que es o será sometido; sus actitudes, habilidades, limitaciones, inteligencia general y nivel educativo; sus actitudes y hábitos de salud y su percepción del control de síntomas físicos y psicológicos así como su percepción del costo y beneficio del posible régimen de tratamiento y expectativas a futuro. Su filosofía de la vida y sus creencias religiosas.

Finalmente en el blanco conductual se obtendrá información sobre que hace el paciente, cómo y cuándo; su patrón conductual en áreas de autocuidado de la salud, en el área ocupacional, de relaciones interpersonales y funcionamiento recreativo, entre otras.

En cada blanco o área se buscará información sobre el estado actual del paciente, su historia pasada y los cambios producidos por la enfermedad. Los sujetos de la evaluación serán: el paciente, el o los sistemas de atención a la salud, la familia del paciente y el contexto sociocultural en que se desenvuelve.

Para contribuir a este tipo de evaluación integral, el psicólogo de la salud cuenta con una serie de instrumentos que han ido evolucionando para incrementar su validez y confiabilidad; según Millon (op. cit.) algunos de los criterios que se aplican a los inventarios y pruebas usados en esta disciplina son los siguientes:

- a) Deben ser breves en cuanto al tiempo requerido para su aplicación.
- b) Tan sencillos que puedan ser autoadministrados.
- c) Que el contestarlos no cause fatiga o grandes esfuerzos.
- d) Que sean de rápida evaluación
- e) Que sus escalas estén relacionadas con el desarrollo y cambios en la enfermedad a través del tiempo.

Los criterios para evaluar dichos instrumentos son:

- 1.- Su confiabilidad
- 2.- Su validez
- 3.- La claridad del instructivo de aplicación y las limitaciones del instrumento
- 4.- Su utilidad para planear las estrategias de intervención.



- 5.- Su valor predictivo
- 6.- Su uso y relevancia en poblaciones médicas y
- 7.- Las aplicaciones del inventario.

Tomando en cuenta estos criterios algunos de los instrumentos más utilizados por el psicólogo de la salud son:

Listas de Chequeo: Un ejemplo de este tipo de listas es el Índice Médico Cornell que partiendo del diagnóstico médico, arroja información que permite discriminar datos de naturaleza psicológica y correlacionar síntomas físicos con datos psicológicos. El Índice Cornell y la Lista de Chequeo de Síntomas ( SCL-90) son instrumentos de evaluación del estado general del paciente.

Instrumentos que evalúan una sola característica: A este tipo de instrumentos corresponden el Inventario de Depresión de Beck y la Escala de Locus de Control interno y externo entre otros.

Inventarios sobre Estilo de Vida: En ellos se evalúa el impacto del estilo de vida y de los eventos estresantes cotidianos en la salud; ejemplo de este tipo de inventarios son el Inventario de Jenkins y el Inventario de experiencias de la vida (LES).

Inventarios de Personalidad: Como el 16PF, el MMPI y el Inventario de Salud Conductual de Millon.

Sin embargo, aunque la participación del psicólogo de la salud durante la evaluación de la enfermedad es sumamente importante, su tarea no se limita a ella ya que en el área de intervención también desempeña importantes funciones, a continuación mencionaremos algunas de ellas.

Rodríguez y Palacios (1989) establecen al menos cinco áreas de trabajo en psicología de la salud, estas son:

- a) Promoción y Mantenimiento de la Salud.
- b) Prevención y Tratamiento de la Enfermedad.
- c) Prevención de correlatos etiológicos y diagnóstico de la salud, enfermedad y disfunciones relacionadas.

- d) Análisis y Mejoramiento de sistemas de salud.
- e) Formulación de políticas de salud.

A continuación se detallan algunos aspectos relacionados con cada una de las áreas o líneas de trabajo:

### **Promoción y Mantenimiento de la Salud:**

Dado que la salud es un evento interpersonal que incluye tanto factores biomédicos como *conductuales*, es importante diseñar programas que permitan promover la salud a través de comportamientos y formas de interacción con el medio que propicien la salud física y psicológica y disminuyan el riesgo de enfermedad. En este sentido, promover el consumo de alimentos que en conjunto integren una dieta balanceada y acorde a las necesidades del organismo; el ejercicio físico y un estilo de vida con períodos equilibrados de trabajo, diversión y descanso, son parte importante de los programas de promoción de la salud.

Particularmente, respecto al estilo de vida, cambios cotidianos y su relación con la salud, Sarason y cols. ( Sarason y cols.; en Millon 1982) realizaron una investigación cuyo objetivo fue evaluar el impacto que tienen los cambios cotidianos durante la vida en el proceso de salud o enfermedad de los individuos. Los resultados indicaron que existe correlación entre cambios durante la vida y procesos de enfermedad, y que dicha correlación está mediada por variables personales, experiencias previas y factores medioambientales como el apoyo social.

### **Prevención y Tratamiento de la Enfermedad:**

En 1960 el Instituto Nacional de Investigación Dental en Estados Unidos, sentó un precedente al reconocer la posible contribución de los psicólogos a la prevención y control de las enfermedades dentales y apoyar por ello una investigación en la que se valoraba la posible relación entre las creencias personales sobre la salud y el estado de salud de cada individuo. Posteriormente el grupo de Richard Evans y sus colegas desarrollaron un programa cuyo objetivo era disuadir a los adolescentes de su adicción al tabaco, considerando dicha adicción como un factor de riesgo (Holtzman, op. cit.).

Años después Friedman y Rosenman (1976) identificaron un patrón conductual que denominaron "Conducta Tipo A" como un factor de riesgo para la salud, específicamente relacionado con enfermedades cardiocoronarias; a partir de sus investigaciones se diseñaron una serie de programas de intervención para modificar este patrón conductual entre los que destaca el programa de Ethel Roskies (1987).

En esta misma línea, pero a nivel de tratamiento de la enfermedad, Blanchard y cols. (1990 y 1990a) presentan algunos tipos de intervención psicológica (Relajación Muscular Progresiva, Terapia Cognitiva, Monitoreo Continuo y Biofeedback Térmico) en el tratamiento de problemas como el dolor de cabeza vascular y el dolor de cabeza tensional.

### Prevención de correlatos etiológicos y diagnóstico de la salud, enfermedad y disfunciones relacionadas:

Estrechamente relacionada con la anterior, la tercera línea de intervención se refiere a la prevención de las causas que dan origen a la enfermedad; en otras palabras, a la prevención de factores de riesgo a nivel individual o comunitario.

Un buen ejemplo de intervención comunitaria, es el proyecto "North Karelia"<sup>2</sup>, iniciado en 1972. Dicho proyecto partió del hallazgo de que en esta pequeña provincia rural se había detectado mayor incidencia de muertes debidas a enfermedades cardiocoronarias que en cualquier otra parte de Finlandia. Ante esto, Puska y sus colegas del Instituto de Salud Pública diseñaron un programa de intervención educacional a gran escala dirigido a la comunidad. El programa tuvo en los primeros cinco años un éxito marcado en la reducción del tabaquismo y otros factores de riesgo cardiovascular como la hipertensión y el colesterol elevado.

Otro ejemplo de intervención comunitaria, en este caso en nuestro país, es el realizado por el Instituto Nacional de Salud Pública a través de sus Unidades Avanzadas de Atención Integral a la Salud (UNAAIS), en dichas unidades se crearon diversos módulos de atención entre los que destacan las acciones realizadas por el Centro de Recursos para el Apoyo y Aprendizaje en Salud (CREAS) en donde se cuenta con la participación de profesionales de diferentes disciplinas que integran sus conocimientos para poner al alcance de la comunidad programas y materiales educativos que ayudan a fomentar conductas de autocuidado de la salud, promoviendo cambios de conceptos, comportamientos y actitudes frente a la salud, la enfermedad y los servicios de atención a la salud; Duran y cols. (1993) detallan en su

---

<sup>2</sup> Citado en Holtzman (op. cit.) pag. 926

artículo los objetivos y estrategias educativas empleadas por el CREAS durante su trabajo en la comunidad de Teocelo, Veracruz.

### Análisis y Mejoramiento de Sistemas de Salud:

Este es otro aspecto importante de la salud, ya que uno de los elementos que determinan el curso de la enfermedad es precisamente *la calidad de los servicios con que cuenta el paciente para atenderse.*

Salinas (1995) señala que a nivel de Sistemas de Atención a la Salud, las intervenciones del psicólogo se enfocan *al mejoramiento de los servicios para satisfacer las necesidades del paciente; haciendo los ambientes más cómodos y menos amenazantes, facilitando las relaciones terapéuticas médico-paciente y llevando a cabo funciones de docencia en aspectos psicológicos relacionados con la enfermedad y el manejo psicológico del paciente durante el periodo de diagnóstico, tratamiento y recuperación.* En este rubro, Karen M Gil (1984) propuso un modelo de intervención basado en el *afrentamiento ante procedimientos médicos invasivos; su modelo considera cuatro componentes que interactúan (las demandas de la situación, las fuentes de afrontamiento, las respuestas afectivas y la recuperación del paciente).*

También en relación al *afrentamiento de procedimientos médicos invasivos*, Peterson (1989) hizo una investigación sobre *afrentamiento infantil ante procedimientos médicos invasivos*, en su trabajo presentó algunas consideraciones conceptuales, metodológicas y terapéuticas sobre el tema.

### Formulación de Políticas de salud:

Aunque las Políticas en salud han sido planteadas de manera predominante por *profesionales de la medicina*, para Salinas (op. cit.) el psicólogo clínico de la salud debe intervenir activamente en la formulación de dichas políticas; ya que su *contribución es importante para que éstas sean planteadas considerando la salud como un evento multicausal y dinámico.*

Desarrollándose en cualquiera de las áreas anteriormente citadas, el psicólogo de la salud desempeña múltiples funciones y actividades, desde aquellas que se relacionan directamente con la evaluación o intervención en problemas prácticos hasta las que se encaminan a la investigación.

Según Belar y cols. (1987) algunas de estas actividades serían:

- a) Evaluación de candidatos a ciertos tipos de cirugía (prótesis de pene, esterilización y cirugía de espalda)
- b) Prevención de fobias y reducción de estrés derivados de procedimientos médicos.
- c) Afrontamiento al dolor crónico y/o intenso.
- d) Control de Síntomas Fisiológicos asociados a procedimientos médicos o producto de ciertas enfermedades como la enfermedad de Reynaud.
- e) Grupos de apoyo a familiares de pacientes con problemas crónicos.
- f) Programas de atención geriátrica.
- g) Atención integral (biomédica y psicosocial) para pacientes con enfermedades crónicas o terminales y
- h) Apoyo psicológico para favorecer la adherencia terapéutica.

De las áreas y actividades mencionadas, es de especial interés para el desarrollo de este trabajo la relacionada con la planeación y evaluación de programas de cambio conductual para disminuir factores de alto riesgo, específicamente estrés, dado que diversos investigadores coinciden en señalar que uno de los factores que contribuyen al desarrollo de enfermedades físicas y problemas de adaptación en los individuos es el estrés.

En el siguiente capítulo se analizará en detalle el papel del estrés como factor de riesgo a la salud.

## CAPITULO II

### EL ESTRES COMO FACTOR DE RIESGO

#### PARA LA SALUD

Actualmente es cada vez más común escuchar que el estrés está asociado al desarrollo de diversas enfermedades, sin embargo no siempre ha quedado claro cómo puede el estrés alterar el funcionamiento de los sistemas del organismo y conducir a estados de enfermedad.

Las investigaciones en fisiología, epidemiología y los estudios correlacionales en donde se analiza la posible relación del estrés con trastornos cardiovasculares, endocrinos, gastrointestinales, etc. han contribuido para dar una respuesta más clara a esta interrogante.

En este sentido, Campbel y cols. (1983) afirman que aunque el hombre moderno es producto de miles de años de evolución cultural, fisiológicamente sigue siendo el mismo; esto crea un grave problema porque si bien es cierto que para poder sobrevivir el hombre primitivo solo tenía dos opciones (pelear o huir) y ambas le conducían a un estado de activación fisiológica, pasado el peligro dicha activación, mediada por el Sistema Nervioso Simpático, disminuía; con lo que se observaba un decremento en la tasa cardíaca, la actividad glandular y los niveles de glucosa; se normalizaba la respiración y finalmente el organismo llegaba al estado de equilibrio en donde se recuperaba y podía prepararse para una nueva emergencia.

El hombre moderno reacciona fisiológicamente igual que el hombre primitivo, desafortunadamente para la gente altamente competitiva de las modernas sociedades industrializadas el estado de emergencia rara vez pasa para dar cabida al estado de equilibrio, pues las personas están sometidas a estrés en la casa, la escuela, el trabajo y en sus relaciones interpersonales; pocos tienen una vida tranquila y el estrés es una situación constante ya que son incapaces de valorar y afrontar eficazmente las múltiples demandas de su medio físico y social, a largo plazo esta situación los conduce a un estado de desequilibrio emocional y fisiológico.

Según Selye (1980) el estrés es el resultado no específico de cualquier demanda sobre el cuerpo, sea ésta mental o somática, para sobrevivir y llegar a

cumplir metas, dichas demandas pueden ocasionar cambios bioquímicos o corporales. Con base en lo anterior el estrés es considerado como una respuesta fisiológica mediada inicialmente por el Sistema Nervioso Autónomo en su división Simpática y mantenida por el Sistema Endocrino. Para Selye la respuesta fisiológica implica la aparición de dos síndromes: El Síndrome General de Adaptación (GAS) y el Síndrome de Adaptación Específica (LAS), cada uno de ellos da cuenta de una serie de cambios que pueden sintetizarse de la siguiente manera:

- a) Aparición del estímulo o situación potencialmente estresante.
- b) Valoración fisiológica de la situación a nivel de Sistema Límbico y Corteza Inferior.
- c) Estimulación simpática si el evento es valorado como amenazante y como consecuencia liberación de catecolaminas.
- d) Participación del Sistema Endocrino que posibilita el mantenimiento de la activación fisiológica.
- e) Liberación de la hormona hipofisaria ACTH que produce glucocorticoides (entre ellos el cortisol) que dan reactividad vascular a las catecolaminas (adrenalina y noradrenalina) y provocan gluconeogénesis que causa un aumento en los niveles de glucosa.

Según Reynoso (1989) como resultado de los procesos anteriores, pueden existir manifestaciones clínicas agudas o crónicas que afectan la salud de los individuos, dichas manifestaciones pueden ser variadas y dependen de la excesiva estimulación simpática y endocrina. Entre las manifestaciones destacan:

- 1) Alteraciones en la frecuencia cardíaca y palpitaciones.
- 2) Alteraciones en la presión arterial y la temperatura cutánea
- 3) Alteraciones en la impedancia de la piel producidas por cambios vasculares, dichas alteraciones ocasionan sudoración parcial o generalizada.
- 4) Temblor en las extremidades ya que en situaciones de alarma el individuo se prepara para la huida o la pelea. Como parte de esa preparación las masas musculares deben contar con mayor aporte sanguíneo y de nutrientes por lo que la vasodilatación se hace indispensable pues ésta posibilita que los músculos consuman más

glucosa y oxígeno y por acción del sistema nervioso se incrementen el tono y la tensión muscular. Este proceso permite al individuo realizar actos de gran fuerza aunque sus movimientos finos y precisos se modifiquen por aumento del tono muscular; si esto se mantiene por un lapso de tiempo puede observarse temblor en manos y cuerpo.

- 5) Mialgias: Cuando el tono muscular elevado se mantiene por grandes periodos se favorece la acumulación de desechos metabólicos en los músculos, la hipertonía obliga a adoptar posiciones viciosas que ocasionan dolores musculares conocidos como Mialgias.
- 6) Trastornos Digestivos: Pueden ir desde la digestión lenta, hasta náusea y vómito como consecuencia de la excesiva estimulación simpática que puede hacer más lentos o invertir los movimientos peristálticos del tubo digestivo. Otros problemas digestivos asociados al estrés son la Úlcera Duodenal y el Síndrome de Colon Irritable, el mecanismo fisiológico que conduce de la exposición a situaciones estresantes al desarrollo de estas enfermedades es explicado por Medina y Badía (1984) de la siguiente manera:

En el caso de la úlcera duodenal estos autores citan los trabajos de Karpe y Mahl, quienes encontraron que las secreciones gástricas aumentan en las horas de mayor tensión y angustia, aumentando también el ácido clorhídrico cada vez que se incrementa la actividad del paciente. El aumento en los niveles de ácido clorhídrico durante la realización de tareas que inducen estrés puede explicarse en términos de que el cortisol secretado por respuesta a la liberación de ACTH produce aumentos en la secreción de ácido clorhídrico. Por otra parte Mirsky (cit. en Medina, op. cit.) encontró que con el aumento en la actividad del paciente y en sus niveles de estrés, aumenta también la concentración de pepsinógeno en sangre y orina. La úlcera duodenal también se ha relacionado con el mecanismo de las catecolaminas, el sistema nervioso autónomo y el hipotalámico como procesos importantes en la respuesta fisiológica al estrés y la consecuente producción de úlcera, ya que la secreción de catecolaminas depende en gran parte de la estimulación del hipotálamo y las catecolaminas a su vez influyen en el aumento de secreciones gástricas que a la larga conducen a la úlcera.

Con respecto al Síndrome de Colon Irritable cuya lesión más frecuente es la colitis ulcerativa, estos autores mencionan que la lesión primaria afecta a la mucosa o submucosa del intestino grueso, la congestión de la mucosa y las múltiples hemorragias son el origen de la úlcera, luego la pared intestinal sufre engrosamiento y se hace rígida por la fibrosis



disminuyendo la luz intestinal y causando estreñimiento, defecación con sangre fresca, aumento de secreciones con moco y sangre y dolor abdominal. En el caso del Síndrome de Colon irritable, no se han presentado explicaciones plausibles sobre los mecanismos neuroendócrinos que conducen de la situación estresante al desarrollo del Síndrome, aunque el estudio de casos de pacientes con Síndrome de Colon Irritable, permite suponer una estrecha relación entre la exposición del paciente a situaciones estresantes y el desarrollo de la enfermedad.

- 7) Hiperventilación: Otra manifestación física de interacciones estresantes extremas o prolongadas es la hiperventilación. Según Rice (1992) ésta ocurre como resultado de una alteración en el ritmo respiratorio y produce la liberación de bióxido de carbono, creando en el paciente síntomas de mareo y náuseas, pérdida del conocimiento, falta de respiración, punzadas en el corazón y en algunos casos parestesia o adormecimiento de algunas partes del cuerpo. Dichos síntomas además de molestos crean mayor ansiedad en el paciente porque éste los percibe como precursores de un ataque cardíaco.

Por otra parte a nivel de investigación se han realizado diversos trabajos, tanto con animales como con humanos, cuyo objetivo ha sido analizar el impacto del estrés y el estilo de vida en la salud de los individuos, así como esclarecer los mecanismos fisiológicos que conducen al estado de enfermedad asociado a interacciones estresantes.

En los trabajos con infrahumanos se ha llegado a la conclusión de que cuando un animal se activa fisiológicamente, por ejemplo en situaciones de amenaza a su integridad o de huida, se incrementa la secreción de adrenalina, mientras que cuando pelea se incrementan las secreciones de noradrenalina y cortisol, éste último es una hormona secretada por el cortex adrenal bajo la influencia de la pituitaria y el hipotálamo y tiene importantes efectos metabólicos ya que eleva los niveles de glucosa al provocar que grasas o proteínas se transformen en glucosa (proceso bioquímico conocido como gluconeogénesis), con ello provee al organismo fuentes de energía y facilita la reparación de los tejidos cuando éstos se dañan, favoreciendo así la sobrevivencia del animal en caso de pelea (Campbel y cols. 1983).

Por lo que respecta a la investigación con humanos destaca el trabajo de Frankenhaeuser y su equipo en Estocolmo, Suiza<sup>3</sup> quienes en un primer experimento

---

<sup>3</sup> Citado en Campbel, Singer y Schofield (1983) Stress, Drugs and Health, Pergamon Press, New York. Cap. II

asignaron a los participantes dos tareas con diferente grado de dificultad; posteriormente cada sujeto llenaba un reporte de su nivel de activación durante la tarea y además a cada uno se le tomaban algunas medidas fisiológicas (niveles de adrenalina y tasa cardíaca). Los resultados de este experimento mostraron que el nivel de adrenalina y tasa cardíaca se incrementaba de manera directamente proporcional al incremento en la dificultad de la tarea, no obstante que la ejecución del sujeto no sufriera cambios.

Este mismo equipo de investigadores reportó resultados similares con sujetos a quienes se les pidió realizaran tareas que involucraban cálculo mental aritmético mientras escuchaban ruido blanco a una intensidad que variaba de 76 a 86 db..Ellos encontraron incremento de adrenalina, noradrenalina, cortisol y tasa cardíaca en proporción al aumento en la intensidad del ruido mientras realizaban la tarea, siempre y cuando ésta tuviera cierto grado de dificultad, ya que cuando la tarea era fácil, no se observaron cambios fisiológicos a pesar de que aumentara la intensidad del ruido blanco.

Según Frankenhaeuser los resultados de sus investigaciones sugerían que comunmente la activación o incremento del esfuerzo en una situación no estresante está mediada por el sistema simpático-adrenal y se acompaña por un bajo incremento de adrenalina y noradrenalina que mejoran la ejecución. Cuando el esfuerzo incrementa y se asocia con estrés el sistema cortical-pituitario-adrenal juega un importante papel en el incremento en secreción de cortisol. Para demostrar su hipótesis, la investigadora invitó a varios sujetos a escoger su propio trabajo y ajustarse a las demandas del mismo por ensayo y error mientras les daban entrenamiento para mejorar su nivel de afrontamiento a la tarea. Al principio del experimento la tarea fue predecible y controlable, esto fue confirmado por el reporte de los sujetos quienes dijeron estar ante un agradable desafío, en esta situación incrementaron los niveles de adrenalina y noradrenalina pero no los de cortisol, el cual decreció significativamente. Los resultados obtenidos apoyaron la hipótesis de Frankenhaeuser con respecto a que cuando el desafío es controlable incrementa la adrenalina pero no el cortisol. Resultados similares se obtuvieron cuando los sujetos controlaban la intensidad del ruido, mientras que el grupo que no podía controlar la intensidad del ruido ni la dificultad de la tarea mostró altos niveles de cortisol.

Los hallazgos de Levine y Ursin (cit. en Campbel y cols. op. cit.) confirmaron una vez más la hipótesis anterior, estos investigadores hicieron un estudio sobre entrenamiento de paracaidistas; encontrando que existe relación entre el incremento de adrenalina y respuestas de afrontamiento adecuadas, así como en el incremento de cortisol ante percepciones no realistas de la situación y una pobre ejecución con respuestas de afrontamiento inadecuadas. Igualmente, encontraron incremento en el nivel de testosterona asociado a la identificación del sujeto con un fuerte rol masculino.

Los datos anteriores muestran como la exposición a interacciones estresantes intensas o prolongadas altera el funcionamiento de diversas partes del sistema nervioso y del sistema endocrino, sin embargo existen otros sistemas del cuerpo que también se ven afectados por este tipo de interacciones, uno de ellos es el sistema circulatorio ya que se ha demostrado que un estilo de vida en el que abundan interacciones estresantes puede conducir al desarrollo de enfermedades cardiovasculares. En este sentido, el estrés ha sido frecuentemente vinculado con un patrón conductual denominado "Patrón Conductual Tipo A" o "Conducta Tipo A", dicho patrón se caracteriza porque el sujeto presenta entre otros rasgos: impaciencia, exagerado sentido de urgencia en el tiempo, alto nivel de competitividad, se involucra excesivamente en las responsabilidades, preocupación constante por sobrepasar, hostilidad ante la frustración y en resumen, una serie de comportamientos que le conducen fácilmente al desarrollo de interacciones estresantes. Por el contrario, el "Patrón Conductual Tipo B" se caracteriza según Friedman y Rosenman (1976) porque la persona no alberga hostilidad latente ni necesita discutir sus hechos ni sus logros a no ser que lo exija la situación; cuando participa en un juego o deporte lo hace por relajarse, no por exhibir su superioridad; se relaja sin angustia y puede trabajar sin agitación.

Entre los primeros estudios en que se analizó la relación del Patrón Conductual Tipo A y la enfermedad cardiovascular destacan las investigaciones de Friedman y Rosenman<sup>4</sup>, estos cardiólogos reunieron una muestra de tres mil hombres cuya edad fluctuaba entre los treinta y nueve años y los cincuenta y nueve años, la mitad de ellos tenían un patrón conductual tipo "A" y la otra mitad un patrón conductual tipo "B". Encontraron que la incidencia de enfermedad cardiocoronaria en la muestra tipo "A" fue 2.37 veces mayor que en la muestra tipo "B", después de eliminar los factores de riesgo biológico, el riesgo siguió siendo 1.97 veces mayor para los tipo "A". En este estudio el patrón conductual de los sujetos fue evaluado a través del inventario de Jenkins y la entrevista estructurada de Rosenman.

En sus trabajos Friedman y Rosenman demostraron también que cuando se ponía a sujetos tipo "A" y tipo "B" a resolver el mismo acertijo con música alta y quince minutos de tiempo límite; los dos tipos de sujetos tenían los mismos niveles de noradrenalina en plasma al iniciar el estudio, sin embargo durante la tarea los tipo "A" incrementaron sus niveles de noradrenalina, manteniéndolos aún después de terminar la tarea.

---

<sup>4</sup> Friedman, M y Rosenman, R. (1976) Conducta Tipo A y su Corazón. Grijalbo, España.

En relación a las alteraciones biológicas de los sujetos tipo "A", Campbel<sup>5</sup> cita las investigaciones de Dembroski y las de Swedich y cols.. Refiriéndose a las primeras, menciona que este investigador reportó mayor incremento en la tasa cardíaca y la presión sistólica de los sujetos tipo "A" en comparación con los tipo "B" al hacer tareas en donde se evaluaba tiempo de reacción.

Con respecto a las segundas, menciona que Swedish, Frankenhaeuser y Lundberg evaluaron la activación fisiológica de sujetos tipo "A" y tipo "B" en periodos de inactividad y de trabajo extremo. Los sujetos tipo "B" mostraron activación biológica durante el trabajo extremo, pero ésta desapareció al disminuir el trabajo o en los periodos de inactividad, lo cual no sucedió en los sujetos tipo "A" quienes no recuperaron su nivel normal en ningún momento y mostraron altos niveles de estrés así como poca habilidad para afrontar la inactividad. Los sujetos tipo "A" se mantenían estresados, conservaban sus alteraciones en respuesta fisiológica y aumentaban así el riesgo de enfermedad.

En las investigaciones de Swedish y cols. se observaron también diferencias sexuales en relación a la incidencia de enfermedad cardiovascular. Ellos observaron que hombres y mujeres responden de diferente manera ante el desafío; los hombres mostraron mayor incremento de adrenalina que las mujeres aunque los dos se desempeñaron bien en las tareas asignadas. El incremento de adrenalina en hombres se acompañó de un sentimiento de confianza, mientras que en las mujeres causó malestar. Los hombres incrementaron la tasa cardíaca y la presión sistólica a diferencia de las mujeres, sin embargo Lundberg puntualizó que las diferencias no son innatas ya que cuando las mujeres asumen roles "masculinos" responden fisiológicamente igual que los hombres.

A nivel epidemiológico existen estudios que apoyan la relación entre estrés y enfermedad. Bruhn (cit. en Campbel, op. cit.) investigó dos comunidades de Pennsylvania (Roseto y Bangor), analizando la tasa de mortalidad por cada mil habitantes, entre 1955 y 1961. El consideró que la menor cantidad de muertes en Roseto podía atribuirse a que es una comunidad en donde se refuerzan el apoyo mutuo, la cohesión y el apoyo emocional ante las demandas del medio; mientras que en Bangor eso no existe por la mezcla étnica y las diferencias culturales.

En otro estudio citado por Campbel (op. cit.) se evaluaron tres comunidades de japoneses: unos vivían en Japón, otros en Hawai y otros en Estados Unidos. Los resultados del estudio mostraron que la incidencia de enfermedad cardiocoronaria fue mayor en los japoneses que vivían en Estados Unidos en comparación con aquellos

---

<sup>5</sup> Campbel, F. Singer, G. y Schofield, P. (1983) Stress, Drugs and Health. Pergamon Press, New York, cap. IV.

que vivían en Japón, los de Hawai mostraron índices intermedios. Al respecto los investigadores señalaron que más allá de la dieta y las presiones de trabajo, las diferencias podían atribuirse a una mayor cohesión derivada del tipo de estructura familiar en los japoneses que viven en Japón, mientras que los japoneses residentes en Estados Unidos habían perdido sus costumbres asumiendo las norteamericanas.

En relación a los trabajos sobre impacto del estrés en la salud física y psicológica de los individuos no podría dejar de citarse, por lo sistemático de su investigación, el realizado por Barbara Snell y Bruce P. Dohrenwend sobre "Eventos Estresantes de la Vida" en donde presentan una interesante reflexión sobre el tipo de eventos a investigar en este campo, las poblaciones de estudio y posibles diseños de investigación, así como algunas variables a considerar durante la evaluación (Snell y Dohrenwend, 1982).

Los trabajos presentados en páginas anteriores muestran, tanto a nivel clínico como a nivel de investigación, que el estrés puede provocar alteraciones en el funcionamiento de diversos órganos y conducir a estados de enfermedad, no obstante aún existen algunas interrogantes en la relación estrés-mecanismos neuroendócrinos-enfermedad, Compas (1987) y Peterson (1989) coinciden en señalar que uno de los principales problemas a los que se enfrenta el investigador cuando analiza el impacto del estrés en el funcionamiento físico e intelectual de los individuos es precisamente la forma en que se le conceptualiza y define ya que existen una gran diversidad de modelos teóricos en donde se le define y explica de diferente manera. Dos de los principales modelos sobre estrés son el Modelo Fisiológico planteado por Selye en la década de los treinta y el Modelo Transaccional propuesto por Lazarus y Folkman en la década de los ochentas.

En su modelo Selye (op. cit.) define al estrés como una respuesta fisiológica ante eventos que amenazan la integridad del individuo, partiendo de la premisa de que la valoración del evento potencialmente estresante se hace a nivel fisiológico (de corteza cerebral), en este modelo no se enfatizan los componentes emocionales y cognitivos que crean una valoración totalmente individual de las situaciones potencialmente estresantes. Por lo anterior, desde mi punto de vista, el modelo propuesto por Lazarus y Folkman (1986) presenta una mejor alternativa ya que define y explica al estrés considerando, además de los aspectos fisiológicos, los componentes emocionales y cognitivos. El estrés en este modelo es un tipo de interacción que se constituye como estresante en función de la valoración cognitiva y las estrategias de afrontamiento con que cuenta cada individuo para hacer frente a la situación. Dado que esta tesis está basada en el modelo de Lazarus y Folkman, el siguiente capítulo está dedicado a la descripción detallada del mismo.

## CAPITULO III

### ESTRES: UN PROCESO DE INTERACCION

#### 3.1 ANTECEDENTES Y DEFINICION:

El interés por estudiar el estrés no es novedoso, si bien en los últimos tiempos ha recibido mayor atención por el impacto que ha demostrado tener en la salud física y psicológica de los individuos. Para corroborar esto, Lazarus (1986) menciona que la palabra estrés fue utilizada, aunque no de manera científica desde el siglo XIV, en este periodo el término significaba dureza, tensión o aflicción.

Posteriormente el concepto estrés se manejó en diferentes disciplinas científicas, así en el contexto de la física Hocke empleó el término "Load" para referirse a una fuerza externa equiparable a los estímulos estresores y el concepto "Strain" para referirse a la deformación sufrida por el sujeto. Los conceptos estrés y strain persistieron y luego fueron considerados en la medicina del siglo XIX como antecedentes de la pérdida de la salud.

Años después, el concepto estrés pasó al campo de la biología y la fisiología, en estas áreas Cannon y Selye investigaron el estrés considerándolo una respuesta o grupo de respuestas fisiológicas expresadas por el individuo ante situaciones amenazantes. De esta forma en 1932 Cannon consideró al estrés como una perturbación de la homeostasis ante situaciones de frío, falta de oxígeno, calor excesivo, etc. Posteriormente en 1936 Hans Selye utilizó el término para referirse a un conjunto coordinado de reacciones fisiológicas que se desencadenaban ante cualquier forma de estímulo nocivo; a diferencia de Cannon, este investigador incluyó en la categoría de estímulos nocivos tanto eventos de índole biológica como psicológica. Con lo anterior podemos ver que desde la perspectiva de Selye el estrés no es otra cosa que el conjunto de reacciones fisiológicas desencadenadas por demandas medioambientales, a las cuales llamó estímulos estresores. Su trabajo se extendió durante varias décadas y dio origen a una enorme cantidad de investigaciones cuyo objetivo principal fue analizar el estrés en función de diversos procesos fisiológicos.

Al igual que Cannon y Selye, en el campo de la medicina Harold Wolf consideró al estrés como una reacción del organismo ante determinados eventos, escribiendo diversos trabajos sobre la relación estrés-enfermedad en los cuales subrayó que la adaptación del organismo a las demandas del medio constituye un proceso activo, con

lo que convirtió al estrés en una respuesta resultante de un proceso dinámico de adaptación biológica del individuo a su medio ambiente. Este proceso dinámico de adaptación biológica del individuo pudo después ser extrapolado al concepto de adaptación psicológica y dinámica a las demandas del contexto.

Con estos antecedentes Lazarus y Folkman (1986) plantearon un modelo alternativo en el que definieron al estrés como una relación particular entre el individuo y el entorno que es considerado por éste como amenazante o desbordante de sus recursos. Ellos rechazaron la idea de conceptualizar al estrés únicamente como una respuesta fisiológica o como un estímulo o conjunto de estímulos que amenazan al individuo; mencionando que el estrés **es un proceso** en el cual la relación entre el individuo y su medio se define como estresante en términos de la **relación dinámica** de dos procesos: **La valoración cognitiva** que cada individuo hace de las demandas ambientales y las **estrategias de afrontamiento** con que cuenta para hacer frente a dichas demandas.

### **3.2 PROCESOS DE VALORACIÓN COGNITIVA**

El proceso de evaluación o valoración es el resultado de la interacción entre el individuo y su medio ambiente físico y social, en dicho proceso se ve reflejada la relación que existe entre los compromisos, creencias, valores y comportamientos individuales y las características del entorno. Podríamos decir entonces, que a través de la evaluación el individuo da significado a los acontecimientos y que este significado determina las emociones y el comportamiento de las personas en diferentes situaciones.

Por su contenido, Lazarus clasifica la evaluación en: **Primaria y Secundaria**. Durante la evaluación primaria el sujeto valora si el acontecimiento le perjudica en función de que amenace su integridad física y/o psicológica, considera en que forma le perjudica y evalúa la magnitud del riesgo. A través de este proceso el sujeto establece si el acontecimiento es "irrelevante", es decir que no implica riesgo a su integridad; es "benigno-adaptativo", es decir es un acontecimiento cuyas consecuencias son positivas y preservan o ayudan a conseguir el estado de bienestar; o bien es un acontecimiento que por sus características y las del sujeto puede desencadenar interacciones estresantes y se categoriza como "evento estresante", ya sea que implique un daño/pérdida, una amenaza o un desafío.

Posteriormente, durante el proceso de evaluación secundaria la persona considera qué puede hacer con respecto al riesgo que implica el acontecimiento, es decir valora la posible eficacia y viabilidad de sus recursos de afrontamiento. La evaluación secundaria está en constante interacción con la evaluación primaria y existe además un proceso de reevaluación en el que el individuo puede cambiar su

evaluación inicial con base en la experiencia, información adicional o como efecto de las emociones derivadas de la evaluación primaria y/o secundaria.

Considerando el modelo de Lazarus sobre evaluación cognitiva se han realizado diversas investigaciones en las que se analizan entre otras cosas: algunos métodos para estudiar los procesos de evaluación cognitiva, el impacto de los resultados de la evaluación en el afrontamiento y las emociones derivadas de dicha evaluación, así como algunos factores que intervienen en el proceso.

Como resultado de las investigaciones se ha podido concluir que entre los métodos que se utilizan para estudiar la evaluación destacan las siguientes variantes: manipulación de la evaluación; manipulación de las condiciones de las que dependen los procesos de evaluación (tiempo, incertidumbre o inminencia); estudio de los resultados de la evaluación a través de técnicas de observación directa, registros fisiológicos o informes retrospectivos y finalmente estudio de la evaluación como variable dependiente de las diferencias individuales. En las páginas siguientes se citarán algunas investigaciones en las que se utilizaron uno o varios de estos métodos.

Por lo que respecta al impacto de los resultados de la evaluación en las emociones y el afrontamiento al problema, puede decirse que dependiendo de la forma en que se valore un acontecimiento, el individuo busca diversas estrategias para afrontarlo y de ello se desprenden distintas emociones. Lazarus (op. cit.) menciona que por lo regular en un evento valorado como "amenaza" se enfatiza el potencial de daño de la situación, lo cual se acompaña de emociones como miedo, mal humor y ansiedad; mientras que en un evento valorado como "desafío" sobresalen emociones como excitación, impaciencia y regocijo. Al analizar el afrontamiento ante "amenaza" y "desafío" puede observarse que por lo regular ante un desafío el individuo reúne las fuerzas y recursos de afrontamiento necesarios para poder vencer en la confrontación, toda vez que en un evento valorado como "amenaza" un individuo busca recursos que le permitan huir o evitar el evento, obstaculizando la búsqueda de estrategias de afrontamiento eficaces para solucionar el problema y salir vencedor de la confrontación.

Finalmente, por lo que respecta a los factores que intervienen en el proceso de evaluación, Lazarus y Folkman mencionan que estos factores pueden agruparse en dos categorías: Factores Personales y Factores Situacionales y que la interacción entre unos y otros explica los diversos resultados de la evaluación. En los siguientes apartados profundizaremos sobre los factores personales y situacionales de la situación.



### 3.2.1 FACTORES PERSONALES DE LA EVALUACIÓN:

Existen al menos dos factores individuales que influyen en la evaluación: **los compromisos y las creencias.**

Los Compromisos expresan aquello que es importante para el individuo y determinan lo que se encuentra en juego, si el compromiso se ve dañado o amenazado por una situación, ésta será evaluada como significativa. El compromiso influye también en la búsqueda de alternativas entre las que el individuo elige para conservar sus ideales o lograr sus objetivos. Según Lazarus los compromisos intervienen en la evaluación al menos de tres maneras: a) acercando o alejando al individuo de la situación; b) determinando la sensibilidad del sujeto con respecto a las características del evento y c) afectando la vulnerabilidad psicológica de la persona ante la situación, a mayor intensidad del compromiso mayor vulnerabilidad, en este aspecto Lazarus cita las investigaciones de Bergman y Magnusson (1979) quienes trabajando con estudiantes demostraron que éstos presentaban alteraciones fisiológicas (elevación de los niveles de adrenalina, presión sanguínea y pulso) siempre y cuando la situación representara una amenaza a sus compromisos personales, en este trabajo los investigadores analizaron compromisos de éxito, filiación y académicos.

Al igual que los compromisos, las creencias juegan un importante papel en la evaluación. Se denominan creencias a las configuraciones cognitivas formadas individualmente o compartidas culturalmente; a través de ellas el individuo interpreta y da significado a los acontecimientos de su entorno de manera que los cambios en las creencias determinan también cambios en la relación del individuo con su entorno. Recientemente Guerra y cols. (1995) demostraron la importancia de las creencias y su relación con eventos estresantes como predictores de conducta agresiva en niños y niñas urbanos pertenecientes a tres grupos étnicos (blancos, negros e hispanos) que cursaban educación básica, ellos trabajaron con 1935 niños y analizaron la posible relación entre pobreza, exposición a eventos estresantes y creencias con el desarrollo de conductas agresivas en infantes; sus resultados mostraron que no existe correlación significativa entre pobreza individual o comunitaria y conducta agresiva para los grupos étnicos hispanos y negros, mientras que para el grupo de niños blancos sí se encontró correlación entre estos dos aspectos; por otra parte en sus resultados destaca una importante correlación entre exposición a eventos estresantes y creencias con respecto al desarrollo de conductas agresivas para los tres grupos étnicos por lo que Guerra y cols. sugieren considerar la importancia de las creencias y su relación con eventos estresantes para el diseño de intervenciones que permitan modificar y sobre todo prevenir el comportamiento agresivo en niños.

De particular interés por sus implicaciones en el manejo de la situación, son las creencias sobre el control personal, ya que el hecho de que las personas creen tener control sobre su entorno puede convertir un evento amenazante en un desafío y modificar con ello las estrategias de afrontamiento al evento y las emociones que se desprenden de la evaluación. De esta forma podemos decir que cuando las personas conciben el mundo como peligroso y hostil y consideran que no tienen ningún control sobre lo que ocurre, casi cualquier situación puede convertirse en una amenaza y desencadenar interacciones estresantes.

Las creencias de control, que tienen mucho que ver con las sensaciones de dominio y confianza, pueden clasificarse en **creencias generales sobre el control** y **expectativas específicas de la situación**. Según Lazarus estos conceptos están estrechamente relacionados con lo que Rotter (1966 en Lazarus op. cit.) denominó Locus de Control Interno y Locus de Control Externo, el primero se refiere a la creencia de que los acontecimientos son contingentes con la conducta de la persona y el segundo hace referencia a la creencia de que los acontecimientos ocurren independientemente de la conducta del individuo, dependiendo de la suerte, la casualidad o el comportamiento de otras personas. El Locus de Control interno es sumamente importante en relación a las creencias generales sobre control, particularmente cuando la situación es ambigua, ya que favorece en el individuo evaluaciones en las que éste se siente capaz de controlar los eventos cualquiera que sea su trayectoria, es decir el individuo considera que tiene la posibilidad de manejar cualquier tipo de situación por lo que difícilmente se siente amenazado y es poco vulnerable al estrés. En este sentido, puede decirse que una persona en la que predomina el Locus de Control Interno considera que en general es capaz de manejar cualquier situación, mientras que en aquellas personas en las que predomina el Locus de Control Externo, existe la convicción de que son las situaciones o la casualidad quienes determinan el curso de los acontecimientos y por tanto su creencia general de control es muy baja.

Por otra parte, en lo que respecta a las expectativas específicas de la situación, éstas se refieren al grado en que el individuo cree que puede determinar o modificar sus relaciones estresantes con determinados entornos o contextos. Las valoraciones de control situacional son el resultado de la evaluación de las demandas de la situación, los recursos propios, las alternativas de afrontamiento y la capacidad individual de aplicarlas, según Lazarus esto último ha sido estudiado por Bandura (1977 en Lazarus op. cit) bajo el concepto de "eficacia propia" dentro del cual se distinguen la "expectativa de eficacia" o capacidad de aplicar las decisiones tomadas y la "expectativa de resultado" o utilidad de la decisión para enfrentar la demanda; ambas expectativas son muy importantes porque afectan el deseo del individuo de persistir en el empeño y hacer frente a las demandas del entorno a pesar de los obstáculos, para el modelo de Lazarus las expectativas de eficacia forman parte de la evaluación secundaria.

Finalmente cabe mencionar que hay otro tipo de creencias que influyen de manera importante en el proceso de evaluación, las **creencias existenciales**, éstas son creencias generales que ayudan a la gente a conservar la esperanza y buscar significado a la vida a pesar de sus experiencias dolorosas. La fe en Dios u otro orden natural del universo son ejemplo de creencias existenciales y constituyen un fuerte apoyo emocional para las personas, sobre todo en situaciones muy difíciles y dolorosas.

Los diversos tipos de creencias y los compromisos conforman los factores individuales de la valoración e interactúan con los factores situacionales para dar como resultado los procesos de evaluación primaria y secundaria.

### **3.2.2 FACTORES SITUACIONALES DE LA EVALUACIÓN :**

En el modelo de Lazarus y Folkman no existen situaciones que por sí mismas puedan ser consideradas estresantes, para ellos cada situación es potencialmente estresante únicamente en función de la interacción entre las características de la situación y las características de cada individuo. Ellos analizan el posible impacto de la situación considerando sus características formales y temporales, entre las primeras consideran la novedad y la incertidumbre y entre las segundas la inminencia, duración del evento y la etapa del ciclo vital en que aparece.

#### **3.2.2.1 CARACTERÍSTICAS FORMALES DE LA SITUACION**

Las características formales de la situación se refieren a la novedad e incertidumbre de la misma. Con respecto a la primera Lazarus afirma que una situación nueva puede resultar estresante solo si existe asociación previa de algún o algunos de los elementos de la situación con daño o peligro o en su defecto cuando la situación novedosa es tan ambigua que la persona tiene problemas para darle un significado exacto y definir su importancia.

En relación a la incertidumbre (grado de probabilidad de que ocurra la situación) Lazarus cita los trabajos de Deane (1969), Epstein y Roupeniar (1970), Gainess y cols. (1977) y Lazarus (1979) entre otros, en los que se discute la importancia de la incertidumbre en el proceso de evaluación, el nivel de activación fisiológica y las emociones reportadas por el sujeto, estas investigaciones evaluaron básicamente dos hipótesis: la primera establece que a mayor incertidumbre mayor activación fisiológica y emocional mientras que la segunda apoya la idea de que no necesariamente el nivel

objetivo de incertidumbre se traduce en el nivel más alto de activación fisiológica y emocional ya que en muchas ocasiones el nivel objetivo de incertidumbre se ve modificado por el significado subjetivo que el individuo otorga a la probabilidad de ocurrencia del evento. Después de analizar los resultados de estas investigaciones Lazarus concluyó que mientras mayor es el grado percibido de incertidumbre en una situación, más probabilidad existe de que ésta se torne estresante ya que la incertidumbre dificulta la definición clara de la situación y los procesos de afrontamiento que podrían conducir a la adaptación.

### 3.2.2.2 CARACTERÍSTICAS TEMPORALES DE LA SITUACIÓN

Las características formales citadas anteriormente se vinculan con aspectos temporales (inminencia, duración y etapa del ciclo vital) de la situación, en los siguientes párrafos hablaremos de cada uno de ellos.

La **inminencia** hace referencia al tiempo que transcurre antes de que suceda un acontecimiento, por lo general se piensa que cuanto más inminente resulta un acontecimiento más intensa resulta su valoración, sobre todo si existen señales que indiquen daño, pérdida, amenaza o bien la posibilidad de dominio y/o ganancia, comúnmente se cree que sin estas señales es poco probable que la inminencia del evento afecte a la valoración, sin embargo se ha discutido mucho respecto al papel de la inminencia en la valoración del evento. Algunos trabajos apoyan la hipótesis de que cuanto más inminente resulta un acontecimiento más afecta la valoración, provocando que como resultado de la misma se incrementen los niveles de activación fisiológica y el individuo exprese una serie de emociones y comportamientos acordes a la valoración que hace del evento (Janis y Man, 1977 en Lazarus, 1986). Otros trabajos apoyan la idea de que cuando un acontecimiento no es tan inminente, es decir que el sujeto tiene conocimiento del evento mucho antes de que éste suceda, cuanto más largo es el tiempo de espera mayor es la activación fisiológica y más intensas las emociones asociadas a la valoración (Breznitz, 1967 y 1971; Mechanic, 1962 y Rakover y Levita, 1973 citados en Lazarus, 1986). Un tercer grupo de investigaciones encabezadas por el trabajo de Nomikos y cols. (1968 en Lazarus, op. cit.) y del mismo Lazarus indican que cuando el tiempo de anticipación del evento es muy grande, la persona tiene la oportunidad de repensar y reevaluar la situación pudiendo así buscar estrategias de afrontamiento adecuadas con lo que el evento perdería la capacidad de desencadenar interacciones estresantes, disminuyendo así el impacto de la situación y la intensidad de las reacciones. Ante esta controversia y como resultado de sus investigaciones Lazarus concluyó que cuanto más prolongado es el tiempo de anticipación mayor es la probabilidad de que la evaluación se haga más compleja, pues con tiempo por delante el individuo puede sufrir, reflexionar, afligirse o bien

puede repensar el problema, tranquilizarse y buscar mejores estrategias de afrontamiento.

Por lo que respecta a la **duración** o periodo durante el cual se desarrolla el evento, se ha encontrado que mientras más tiempo dure el evento más agota al individuo física y psicológicamente. Según Lazarus, investigadores como Selye afirman que durante el tiempo en que transcurre el evento pueden distinguirse tres etapas en la reacción fisiológica al estrés: la primera es la reacción de alarma con sus fases de shock y contrashock o búsqueda de recursos defensivos, la segunda es la fase de resistencia y la tercera, cuando el evento persiste, es el agotamiento físico y psicológico del individuo con la posible presencia de lo que Selye llama enfermedades de adaptación como la gastritis, úlcera, problemas cardiovasculares, etc. En su libro "Estrés y Procesos Cognitivos" Lazarus cita algunos estudios como los de Pollard y cols. (1976) y los de Hennesy y Levine (1979) que evalúan la influencia de la duración del evento en la respuesta fisiológica de animales sometidos a estrés, en dichos trabajos se muestra cómo los animales pasan por las tres fases mencionadas por Selye; cabe mencionar que en su libro Lazarus aclara que en el caso de los humanos éstos no necesariamente llegan a la tercera fase ya que aún estando en situaciones estresantes crónicas pueden desplegar recursos de afrontamiento que les permitan adaptarse a la situación.

El carácter potencialmente estresante de una situación depende además de la inminencia y duración del evento, del momento en que se presenta durante la vida del individuo, es decir de la **etapa del ciclo vital** en que ocurre, de esta forma, muchos eventos representan una crisis no por sus características en si mismas sino por la etapa de la vida del individuo en que se presentan, por ejemplo cuando un evento ocurre demasiado pronto en el ciclo vital de una persona ésta puede verse privada de la oportunidad de prepararse y poder asumir el reto, por tanto es más probable que dicho evento desencadene interacciones estresantes.

En resumen la valoración de un evento depende tanto de diversos aspectos individuales (compromisos, creencias, valores y comportamientos) como de las características formales y temporales de la situación, a partir de esto el individuo otorga un significado al evento dando lugar a la valoración primaria e inicia la valoración secundaria con la búsqueda de estrategias de afrontamiento que le permitan enfrentar la situación.

### **3.3 ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO :**

Lazarus y Folkman (1986) definen el afrontamiento como un proceso integrado por "aquellos esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas externas y/o internas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo" (164). Estos investigadores resaltan la importancia de entender el afrontamiento como un proceso dinámico y no como un rasgo estático e invariante de la personalidad del individuo, distinguiendo entre esfuerzos de afrontamiento y conductas adaptativas automatizadas así como entre afrontamiento y resultados o dominio de la situación, ya que para ellos el afrontamiento sobrepasa con mucho la mera adaptación fisiológica pues implica además aspectos cognitivos y emocionales por una parte y por otra, el afrontamiento no necesariamente implica el dominio de la situación ni se restringe a los resultados finales del proceso.

El afrontamiento depende de la evaluación y reevaluación así como de los cambios en las situaciones, por lo que pueden observarse diferentes etapas en el proceso, dichas etapas no son invariantes ni llevan una secuencia siempre igual en todos los individuos pues la experiencia sugiere que hay diferencias substanciales entre las personas en cuanto a la regulación y duración de cada etapa ante diferentes situaciones. En general Lazarus y Folkman marcan al menos dos tipos de afrontamiento: El Afrontamiento dirigido al problema y el **Afrontamiento dirigido al manejo de las emociones**, cada uno de ellos tiene su propio objetivo y modalidades, sin embargo, los dos establecen una relación interactiva y pueden potenciarse o interferirse. A continuación detallaremos los dos tipos de afrontamiento.

#### **a) Afrontamiento al Problema:**

Este tipo de afrontamiento implica la manipulación de una serie de estrategias y situaciones que permiten al sujeto modificar las características del evento, de tal manera que éste deja de ser un problema y pierde su capacidad de desencadenar interacciones estresantes. El afrontamiento al problema tiene diferentes modalidades considerando que el problema engloba un objetivo y dos procesos analíticos, uno de ellos dirigido al análisis del entorno y el otro dirigido al análisis del sujeto. El primero tiene como objetivo evaluar las características de la situación y buscar estrategias dirigidas a modificar las presiones ambientales y los obstáculos, buscar procedimientos y recursos que de acuerdo a las características de la situación funcionen para modificar el evento; mientras que el segundo consiste en buscar estrategias que propicien cambios motivacionales y cognitivos en la persona tales como formas de valoración, reducción de las aspiraciones, búsqueda de distintos canales de gratificación y desarrollo de nuevas pautas de comportamiento y nuevos aprendizajes.

## **b) Afrontamiento dirigido al manejo de las emociones:**

Su objetivo es regular la respuesta emocional que se da como consecuencia de las demandas específicas de la situación, para ello la persona pone en juego una gran diversidad de estrategias que pueden agruparse en tres categorías o procesos:

- Aquellos procesos encargados de disminuir el grado de trastorno emocional, para lo cual según Lazarus y Folkman el individuo puede utilizar las siguientes estrategias: minimización, evitación, distanciamiento, atención selectiva, comparaciones positivas y extracción de valores positivos de eventos negativos.
- Aquellos procesos dirigidos a aumentar el grado de trastorno emocional, es decir potenciar el daño o la amenaza y favorecer que al sentirse más amenazado el sujeto reaccione y enfrente la situación.
- Procesos que al otorgarte un nuevo significado a la situación favorecen la reevaluación de la misma, con lo que en muchas ocasiones pierde su carácter amenazante y con ello su capacidad de desencadenar interacciones estresantes.

El afrontamiento al problema y el afrontamiento dirigido al manejo de las emociones están tan estrechamente relacionados que sería difícil considerar uno independientemente del otro, ya que forman parte de un mismo proceso, para ejemplificar esto presentaré algunas investigaciones en las que se analizan simultáneamente las dos formas de afrontamiento considerando su carácter contextual y dinámico, así mismo expondré algunas aplicaciones terapéuticas de los tratamientos de Lazarus y Folkman con respecto al proceso de afrontamiento.

### **3.3.1 INVESTIGACIONES SOBRE AFRONTAMIENTO Y APLICACIONES TERAPÉUTICAS**

Gran parte de las investigaciones sobre afrontamiento han tenido como objetivo evaluar la importancia de este proceso en el manejo de situaciones estresantes crónicas o cotidianas así como su importancia en el desarrollo de habilidades para hacer frente a enfermedades incurables o incapacitantes y procedimientos médicos que por sus características causan mucho dolor, incomodidad o angustia y miedo en el paciente. En este sentido Lizette Peterson (1989) realizó un interesante estudio sobre el proceso de afrontamiento en niños sometidos a procedimientos médicos estresantes, para lo cual hizo una revisión de diferentes estudios sobre afrontamiento

infantil. Partiendo de la premisa de que el afrontamiento es contextual y cambia en términos del tiempo y el espacio, esta investigadora subrayó la importancia de incorporar los hallazgos de las teorías del desarrollo infantil para entender cómo al cambiar las capacidades y habilidades del niño cambian también sus estrategias de afrontamiento y su forma de valorar los eventos. Los resultados de su investigación mostraron que con respecto a la valoración, ésta se ve limitada por la capacidad cognitiva del niño para definir la intensidad y duración del evento y superar los elementos visuales inmediatos, así como por el grado de desarrollo en la conceptualización de su imagen corporal. Con respecto al afrontamiento encontró que debe considerarse que algunas fuentes de aprendizaje de estrategias de afrontamiento son la escuela, la familia y la comunidad y por tanto los valores, actitudes y comportamientos que éstas expresen en relación a la enfermedad y su tratamiento influyen de manera importante en las estrategias de afrontamiento del niño; otro aspecto a considerar es que las estrategias de afrontamiento en el infante se desarrollan en base al desarrollo de competencias propias de la edad y por lo tanto es necesario estudiar dichas competencias para favorecer en el niño el aprendizaje de nuevas estrategias de afrontamiento acordes a su nivel de desarrollo. Encontró así mismo que las estrategias de afrontamiento que los niños utilizan ante procedimientos médicos invasivos pueden agruparse en dos rubros: Afrontamiento pasivo o evitación y Afrontamiento activo (búsqueda de información, participación en la preparación psicológica y creencia de que el mismo niño puede, a través de su comportamiento, actitudes e imaginación, tener cierto control sobre la intensidad del dolor o duración del tratamiento). Aunque la metodología e instrumentos de medición utilizados en los distintos estudios consultados por Peterson fueron muy diferentes, en todos ellos se concluyó que es muy importante que el niño utilice estrategias de afrontamiento activo para poder manejar adecuadamente la situación (afrontamiento al problema) y disminuir el miedo, ansiedad o enojo experimentados durante los procedimientos médicos invasivos (afrontamiento a la emoción).

El trabajo de Peterson aportó también importantes resultados sobre los aspectos metodológicos en la investigación del afrontamiento infantil, ya que después de revisar diferentes investigaciones concluyó la importancia de homogeneizar los instrumentos de evaluación y diseñar algunos otros que permitieran estudiar la valoración y el afrontamiento en niños y adolescentes considerando su carácter cambiante de acuerdo al nivel de desarrollo; un buen intento en este aspecto es el de Elliot y cols. (1987) quienes reportaron la construcción y validación de una escala de observación de estrés diseñada para niños que se someten a procedimientos médicos.

Otro interesante estudio, esta vez a nivel de modelos para el análisis del afrontamiento, es el realizado por Karen M. Gil (1984) quien a partir de considerar las características e implicaciones teórico-metodológicas de diferentes modelos (Curvilíneo de Janis, De Respuestas Paralelas de Leventhal, Cognitivo de Lazarus y de



Control de Averill) plantea un modelo alternativo para estudiar el afrontamiento, a dicho modelo le denominó Modelo Descriptivo y en él define al afrontamiento como un proceso complejo que resulta de los intentos del individuo para hacer frente a las demandas de una situación a través de la realización de una serie de conductas, en este proceso tanto las demandas como las conductas se encuentran en constante cambio. En su modelo Gil considera la valoración, las fuentes de afrontamiento y las respuestas de afrontamiento, evalúa los aspectos conductuales, cognitivos y fisiológicos y toma como criterio de eficacia del afrontamiento las respuestas afectivas y las características de recuperación fisiológica. Los componentes del modelo son: las demandas, las fuentes de afrontamiento, las respuestas afectivas y la recuperación fisiológica, cada uno de estos componentes se encuentra en estrecha interacción con los demás. Cabe aclarar, que con respecto a las demandas de la situación se valoran tanto las características objetivas del evento como las formas de interpretación del paciente, es decir lo objetivo y lo subjetivo. Por lo que respecta al afrontamiento, Gil al igual que Lazarus (op. cit.) considera tanto el afrontamiento al problema como el afrontamiento dirigido al control de las emociones en sus aspectos cognitivo, conductual y fisiológico y evalúa su efectividad en función de contextos específicos en tiempo y espacio.

Los datos arrojados por las investigaciones realizadas bajo este modelo permiten rechazar las relaciones lineales causa-efecto en el estudio del estrés y el afrontamiento y derivan en cuatro formas de intervención:

- a) Dirigir la atención a las demandas de la situación
- b) Clarificar la demanda y su interpretación
- c) Informar sobre las consecuencias predecibles al incrementar el control
- d) Promover directamente el control a través de estrategias de afrontamiento adecuadas y
- e) Considerar la eficacia de las estrategias en función de contextos específicos e investigar la posible generalización de habilidades de afrontamiento en los diferentes momentos de la intervención médica, analizando la interacción de lo físico con lo psicológico.

Considerando los hallazgos anteriores Joseph y cols. (1984) y más recientemente Leserman, Perkins y Evans (1992) subrayaron la importancia de incorporar el aspecto psicológico, específicamente lo relacionado con estrategias de afrontamiento y fuentes de apoyo social, en el tratamiento de pacientes seropositivos. Leserman y cols. trabajaron con varones homosexuales seropositivos de diferentes

razas y encontraron que en todos los casos el apoyo social y el uso de estrategias de afrontamiento adecuadas permiten una mejor tolerancia al tratamiento y elevan la calidad de vida del paciente, Leserman concluyó además que estos aspectos deben considerarse sobre todo en pacientes de raza negra ya que por sus características étnicas suelen ser los mas desprotegidos.

Las intervenciones para mejorar y hacer más flexible el repertorio de estrategias de afrontamiento también abarcan estudios con pacientes hipertensos como el realizado por Ortiz y cols. (1996) y trabajos en el ámbito odontológico como el de Campillo y Mijangos (1996) en el que se implementó como estrategia de afrontamiento para controlar el miedo ante procedimientos odontológicos que presentan los niños, el uso de técnicas como la Imaginación guiada.

Mas allá del ámbito médico, el afrontamiento ha sido evaluado en relación con el manejo de situaciones estresantes de índole laboral (Latack y Havlovic, 1992) y en relación con el estrés derivado de enfrentar las demandas cotidianas de la vida (Billings y Moos, 1981).

Como podemos notar, tanto las investigaciones sobre afrontamiento como sobre valoración citadas en las páginas anteriores tienen en común el considerar que la interacción de estos procesos da como resultado que las demandas de una situación puedan o no, al entrar en contacto con los individuos, desencadenar interacciones estresantes y plantean que la valoración y el afrontamiento tienen un carácter específico y dinámico que cambia a través del tiempo y el espacio. La mayoría de ellas se han realizado con niños o adultos en diferentes escenarios, sin embargo en pocas de ellas se han investigado las características que el afrontamiento y la valoración presentan en los adolescentes, considerando este vacío en el siguiente capítulo se describe la importancia de dichos procesos en el manejo del estrés por parte de los adolescentes y como influye esto en su adaptación escolar, familiar, social y en su bienestar físico-psicológico.

## CAPITULO IV

### ESTRES Y ADOLESCENCIA

#### 4.1 LA ADOLESCENCIA COMO ETAPA DEL DESARROLLO

En nuestra sociedad la adolescencia abarca casi una década en la que se presentan grandes cambios en las esferas cognoscitiva, socioafectiva y educativa. Merino (1993) señala que éste es un periodo difícil, de gran vulnerabilidad pero también de grandes oportunidades de cambio y avance intelectual, físico, social y moral en el que el individuo conquista un sentimiento de identidad. Corroborando lo señalado por Merino, Obregón (1993) menciona que durante la adolescencia existe una interacción constante entre lo físico, fisiológico, los cambios en la relación familiar y social y los cambios cognoscitivos y emocionales; lo cual produce una mezcla de sentimientos positivos y negativos que crean en el adolescente periodos de gran orgullo y alta autoestima que alternan con periodos de reflexión sobre sus propias capacidades o límites y lapsos de frustración, derrota y baja autoestima.

Los cambios físicos y fisiológicos del adolescente inician en la pubertad (alrededor de los 10 u 11 años) y se extienden a lo largo de la adolescencia, dichos cambios son consecuencia de la estimulación del sistema hipotálamo-hipófisis-gónadas-suprarrenales. Algunos de los más importantes son: elevación súbita de gonadotropinas hipofisarias, andrógenos, estrógenos suprarrenales y hormona del crecimiento, que inciden sobre los huesos largos para aumentar su tamaño y desarrollar las masas musculares. En la mujer aparece la menstruación y en el varón la capacidad eyaculatoria, los genitales adquieren forma y tamaño semejantes a los del adulto, el cuerpo adquiere nuevas formas y aumenta la cantidad de vello corporal apareciendo el vello púbico y axilar, se adelgaza la voz en la mujer y en el hombre se hace más grave, cambia el pH y con ello el olor del sudor. En algunos casos los cambios hormonales se ven acompañados de cambios en la piel con la posible aparición de acné. Se presentan cambios a nivel odontológico (emergen segundo y tercer molares), a nivel óseo (se incrementa la talla, el peso y se redistribuye la grasa corporal), hay cambios en el aparato respiratorio (incremento de la laringe que produce cambio de voz y puede ocasionar disfonías) y aparición de características sexuales secundarias. Los cambios anteriores se presentan siguiendo un ritmo biológico distinto

para cada individuo, dependiendo de su sexo, factores medioambientales y características de maduración fisiológica propias de cada organismo.

Souza (1988) afirma que algunos cambios físicos y fisiológicos pueden despertar en el adolescente satisfacción y orgullo, mientras que otros son motivo de crítica por parte de compañeros, familiares y maestros quienes pueden burlarse del adolescente por su falta de coordinación motriz, su apariencia y su tono de voz, haciendo que se sienta avergonzado e incómodo. Las diferencias en el ritmo de crecimiento también pueden ocasionar conflictos en el adolescente.

Los cambios en la adolescencia no se restringen a lo físico ya que a nivel cognoscitivo pueden observarse importantes avances pues según Ginsburg (1977) siguiendo el enfoque genético evolutivo de Jean Piaget el pensamiento formal se inicia entre los once y doce años y se consolida durante la adolescencia. Entre las características del pensamiento formal destacan su flexibilidad así como la posibilidad de establecer y ensayar un gran número de combinaciones que le permitan adaptarse a su realidad y solucionar problemas. En tareas de conservación el adolescente no se limita a lo inmediato y comprobable ya que ahora puede tomar en cuenta la conservación de partículas invisibles de energía. En tareas de clasificación puede clasificar grandes grupos de objetos de diferentes maneras, aceptando que cada uno puede formar parte al mismo tiempo de distintas categorías bajo diferentes criterios, puede establecer diseños de clasificación y compararlos entre sí eligiendo el que más se adapte a la tarea. En seriación los púberes de once y doce años pueden sacar conclusiones no solo mediante observación directa sino a través de afirmaciones hipotéticas siendo capaces de manejar una serie infinita y pensar en términos abstractos lo que muestra el manejo de una lógica proposicional y un pensamiento hipotético deductivo que permite que el adolescente, al discutir, pueda adoptar el punto de vista de su adversario y tomar en cuenta las consecuencias a que conduce su argumento sin necesidad de aceptar lo que dice el otro, viendo cada suposición como una de muchas posibilidades. Ginsburg menciona que la plena capacidad del pensamiento operacional formal se retrasa por dos preocupaciones básicas de la adolescencia: estar consciente de los cambios físicos de su propia persona y estar enamorado de posibilidades ideales y por ello resistirse a aceptar la realidad.

Derivado de su trabajo con adolescentes de nivel educativo medio superior y superior, Merino (1993) afirma que dada la capacidad de pensamiento abstracto conquistada en la adolescencia, el adolescente puede reflexionar sobre lo que le rodea y sobre sí mismo, dicho proceso puede ir de la acción a la interiorización (vía procesos de asimilación y acomodación) y del pensamiento o interiorización a la acción; puede crear hipótesis, planear formas de comprobar dichas hipótesis y en caso necesario regresar al punto de partida y replantear o presentar otra interpretación de su realidad. Hace teorías de lo que acontece a su alrededor y su pensamiento se torna más flexible y versátil, pudiendo interpretar un problema de diversas maneras desde diferentes

perspectivas, todo lo cual repercute en varias esferas de la vida del adolescente porque su creciente capacidad de abstracción la aplica a reflexionar sobre sí mismo y el mundo cotidiano, el inmediato y familiar y el mediato de su sociedad, su nación y su universo mismo; en este sentido, el adolescente compara, hace analogías, descubre contradicciones y se torna más crítico.

Finalmente a nivel psicológico algunas características propias del adolescente son:

a) Conflictos dependencia-independencia: caracterizados por el deseo del adolescente de crear sus propios espacios y tomar determinaciones por sí mismo. La relación dependencia-independencia puede verse matizada por la actitud de la familia y de los maestros con respecto a la separación-individualización del niño al convertirse en adolescente. Amara (1993) subraya la crisis observada en las familias con hijos adolescentes, señalando que entre otros factores dicha crisis obedece a la necesidad del adolescente de ser reconocido como un ente con ideas, comportamientos y opiniones propias (en muchos casos distintas a las del sistema familiar) y aún así ser aceptado. Desde el punto de vista sistémico esta necesidad de validación y aceptación del adolescente por parte del grupo familiar (sobre todo los padres) y los procesos de descalificación del comportamiento y pensamientos del adolescente que difiere del esquema de reglas familiares por parte de los padres da como resultado un rompimiento de la homeostásis en la estructura familiar, para evitar esto las familias deben hacer ajustes ante la creciente independencia del adolescente a medida que éste se prepara para abandonar el hogar.

b) Integración y adaptación del adolescente a grupos de compañeros y amigos de ambos sexos: Se ha visto que las nuevas relaciones del adolescente con sus compañeros y amigos cobran especial importancia superponiéndose a las antiguas relaciones paternas o familiares. A través de la relación con iguales el adolescente adquiere nuevas costumbres, creencias y valores, se desliga de los modelos parentales y busca nuevos modelos que comparte con sus amigos. A nivel heterosexual aprende a dominar sus nuevas potencialidades e impulsos sexuales y a establecer nuevas formas de interacción con personas del sexo opuesto, asumiendo diversas responsabilidades y niveles de compromiso afectivo. Según Craig (1988) las relaciones con sus compañeros ofrecen al adolescente el apoyo emocional que necesita para afrontar los múltiples cambios de su vida, los conflictos con los padres y hermanos y constituyen un espacio para el aprendizaje y ensayo de nuevas conductas, favoreciendo el desarrollo de la identidad sexual y del autoconcepto.

c) Elección vocacional y plan de vida: El respeto y la toma de decisiones con respecto a la elección vocacional del adolescente suele crear conflictos entre él y su entorno y consigo mismo ya que para ello debe contar con información suficiente sobre las distintas ocupaciones a las que puede dedicarse, conocer sus preferencias y

aptitudes, sondear sus intereses y valores, analizar su entorno socioeconómico y por si esto fuera poco, tratar de conciliar sus expectativas con las expectativas familiares y sociales para finalmente tomar una decisión que deberá respetarse (cosa que no siempre sucede). En estrecha relación con la elección vocacional está la conformación de un posible plan de vida cuando el adolescente empieza a ocuparse de su futuro, aunque cabe aclarar que según Merino (1991 y 1993), el concepto de futuro depende de la etapa de la adolescencia por la que se transita, de tal manera que en la adolescencia temprana no existe un concepto claro y objetivo del futuro, los adolescentes se encuentran mucho más interesados en el presente y la imagen que tienen de su porvenir es poco realista, su visión del futuro está inundada de fantasías. Posteriormente en la adolescencia intermedia el futuro se torna más importante y su aproximación es más realista, es en esta etapa en la que el adolescente se ve presionado por las expectativas familiares y sociales y se encuentra urgido a tomar decisiones respecto a su elección vocacional; desea definir lo que va a ser en la vida y empieza a elaborar planes y estrategias para lograr sus objetivos, con todo lo anterior empieza a perfilar su plan de vida. En la adolescencia tardía ubicada por Merino a partir de los 17 años, el futuro se siente muy cercano, existe una necesidad cada vez mayor de independencia económica y algunos jóvenes se incorporan formalmente al campo de trabajo mientras que otros buscan y ensayan empleos. En la fase tardía se da también la búsqueda de una pareja con la cual establecer relaciones más íntimas y estables para compartir proyectos; se logra un mayor grado de control emocional, se estabiliza la autoestima con la aceptación de su nuevo cuerpo y la participación en un mundo de relaciones mucho más amplio, el logro de cierta independencia y la conquista de una perspectiva histórica de sí mismo.

Durante el proceso de adaptación a los cambios fisiológicos, socioafectivos y cognitivos mencionados anteriormente, el adolescente debe hacer frente a una gran cantidad de demandas; según Mechanic (1983) cuando no cuenta con las habilidades necesarias para lograrlo, pueden ocurrir una serie de interacciones estresantes cuyo desarrollo depende de la forma en que el adolescente valora la demanda y de las estrategias de afrontamiento con que cuenta para hacerle frente. En este sentido Meichenbaum y Cameron (1987) señalan que una interacción estresante se origina con una valoración inicial en donde la situación demanda una respuesta efectiva para evitar o reducir el daño físico o psicológico y una valoración secundaria de la respuesta; cuando esto sucede hay una serie de acontecimientos, valoraciones, respuestas y transformaciones situacionales que eliminan o maximizan el carácter estresante de la interacción de tal forma que las secuencias dejan de ser estresantes cuando la persona juzga que la amenaza o el daño ha pasado. Bajo esta lógica la valoración y el afrontamiento de las demandas internas y/o externas determinan el inicio, magnitud, duración y calidad del episodio estresante.

## **4.2 ADOLESCENCIA: VALORACIÓN Y AFRONTAMIENTO**

En los siguientes párrafos analizaremos los procesos de valoración y afrontamiento usados por adolescentes en diferentes situaciones de su vida cotidiana, observaremos cómo estos procesos cambian en función de la edad, el rol sexual, el contexto social y la estructura familiar de la que forma parte el adolescente. Por último citaré algunos trabajos en los que se demuestra cómo el uso de ciertas estrategias de valoración y afrontamiento pueden disminuir o incrementar la frecuencia y magnitud de interacciones estresantes y con ello modificar la incidencia de síntomas físicos o comportamientos inadecuados asociados a estados de estrés.

### **4.2.1 VARIABLES QUE AFECTAN LA VALORACIÓN Y EL AFRONTAMIENTO DE LOS ADOLESCENTES**

#### **4.2.1.1 VALORACIÓN DE LA SITUACIÓN:**

Trabajando con poblaciones de adolescentes que fluctuaban entre los once y los dieciocho años, Mates y Allison (1992), Puskar y cols. (1991) y Spirito y cols. (1991) encontraron que independientemente de las diferencias individuales entre un adolescente y otro, existen ciertas situaciones que por el tipo de demandas que plantean son consideradas por la mayor parte de ellos como estresantes. Estas situaciones pueden agruparse en cinco categorías:

- 1.- Problemas familiares, sobre todo con los padres.
- 2.- Problemas en la relación con personas del sexo opuesto
- 3.- Problemas laborales y económicos, sobre todo al final de la adolescencia
- 4.- Problemas de adaptación a las reglas de los adultos
- 5.- Problemas escolares

Gran número de investigaciones se han enfocado a esta última categoría, así Verma y Grupta (1990) investigaron específicamente que situaciones escolares eran consideradas estresantes por parte de los adolescentes, con este fin exploraron las presiones académicas de sesenta estudiantes cuyas edades fluctuaban entre los doce

y los quince años. Las principales situaciones estresantes asociadas al ámbito escolar fueron: los períodos y sistemas de evaluación, la carga de tareas y la actitud de los padres y maestros frente al trabajo y desempeño académico del alumno. Fanshawe y Burnett (1991) investigaron también las situaciones académicas estresantes para adolescentes, ellos detectaron cinco áreas: enfrentarse a situaciones de examen o evaluación, autoritarismo por parte del personal escolar, problemas en la autoestima y en la relación con los demás, situaciones que demandan automonitoreo y habilidades organizacionales, así como preocupación por aspectos físicos del medio ambiente escolar. Posteriormente Bauwens y Hourcade (1992) realizaron un interesante trabajo para evaluar estresores escolares con ciento noventa y siete adolescentes (67 de nivel elemental, 65 de secundaria y 65 de preparatoria), en donde encontraron 334 eventos estresantes agrupados en seis categorías que no difieren mucho de las de Fanshawe y Burnett, estas fueron: trabajo escolar, interacción social, interacción con maestros, disciplina y reglamento escolar, actividades extracurriculares y una sexta categoría denominada "varios" que agrupaba situaciones estresantes de diversa índole.

#### 4.2.1.2 AFRONTAMIENTO DE LA DEMANDA SITUACIONAL:

En relación al afrontamiento, considerando tanto el dirigido al problema como el dirigido al control emocional, una de las investigaciones más completas es la de Patterson y McCubbin (1987) quienes encontraron que las principales estrategias de afrontamiento usadas por adolescentes ante las demandas de su entorno fueron:

- a) Expresión de sentimientos
- b) Consulta con amigos
- c) Búsqueda de apoyo social
- d) Búsqueda de apoyo profesional
- e) Búsqueda de apoyo familiar
- f) Desarrollo de la autoestima
- g) Relajación
- h) Búsqueda de actividades
- i) Apoyo espiritual



- j) Evitación por diversos medios
- k) Uso del sentido del humor y optimismo
- l) Búsqueda de diversiones

La lista anterior es complementada por Groer y cols. (1992) quienes dividen las diversiones en activas y pasivas y por Puskar y cols. (op. cit.) quienes citan además el autocontrol como estrategia de afrontamiento. Usando un instrumento similar al de Patterson y MacCubbin, Stark y cols. (op. cit.) añaden la solución fantasiosa del problema, autocrítica, solución de problemas, reestructuración cognitiva, resignación y culpar a otros. Hoffman y cols. (1992) proponen dividir el conjunto de estrategias de afrontamiento en aquellas orientadas práctica y cognitivamente y aquellas orientadas emocionalmente.

#### **4.2.1.3 VARIABLES QUE INTERVIENEN:**

Algunos factores que influyen en el tipo de estrategias de afrontamiento elegidas por el adolescente son los estilos de crianza, modelos parentales y familiares, marcos de valoración, mediación de los adultos (reforzamiento diferencial) y nivel de desarrollo (Compas, 1987). Estos factores también modifican el proceso de valoración y a ellos debemos agregar el rol sexual del adolescente, el contexto sociocultural en que se desarrolla y las características de la estructura familiar a la que pertenece.

Por lo que respecta a la posible relación entre valoración-afrontamiento y género, los estudios de Stark y cols. (1989) muestran claramente cómo influye el género en dichos procesos. Estos investigadores trabajaron con adolescentes de diez escuelas públicas y privadas integrados en tres categorías: 124 hombres y 115 mujeres de 14 a 15 años; 131 hombres y 106 mujeres de 16 a 17 años; 73 hombres y 71 mujeres de más de 17 años, todos ellos completaron la lista de chequeo "Kidcope" en la que podían elegir entre diez posibles alternativas de afrontamiento: distracción, abandono social, solución fantasiosa, autocrítica, solución del problema, regulación emocional, reestructuración cognitiva, apoyo social, resignación y culpar a otros; después de completar la lista de chequeo participaron en discusiones grupales sobre la estrategia elegida y su eficacia para afrontar la situación. Los resultados de esta investigación mostraron que existe correlación entre el rol sexual del adolescente y la valoración que realiza de situaciones potencialmente estresantes así como el uso de ciertas estrategias de afrontamiento, se observó que los hombres muestran más tendencia a minimizar y evadir mientras que las mujeres se inclinan por el uso de apoyo social; la regulación emocional fue más usada por los hombres para enfrentar los problemas derivados de su relación con el sexo opuesto y por mujeres solo cuando

se enfrentaron al rechazo social. Por lo que respecta a la percepción de eficacia en el uso de las estrategias elegidas, los resultados de un análisis univariado no mostraron diferencias significativas en relación al sexo del adolescente, con excepción de la estrategia "resignación" que al ser más usada por hombres que por mujeres, fue considerada por éstos como adecuada. En lo que se refiere a valoración de situaciones estresantes, después de analizar los reportes espontáneos de los adolescentes, el conjunto de situaciones se agrupó en nueve áreas: escuela, padres, novio(a), amigos, familia, muerte, trabajo-dinero, expectativas de futuro, problemas existenciales y otros; de estas áreas los hombres consideraron más estresantes aquellas situaciones relacionadas con la escuela mientras que las mujeres encontraron más estresantes las situaciones asociadas a relaciones interpersonales (amigos y familia), el orden de situaciones estresantes establecido por los varones fue: escuela, padres, amigos y en última instancia novias, a diferencia de esto para las mujeres el orden de situaciones estresantes fue: padres, novio, amigos y escuela. Los datos de valoración y afrontamiento obtenidos por Stark y cols. mostraron diferencias significativas en los dos procesos en función del rol sexual del adolescente independientemente de su edad, según expresaron, sus resultados son compatibles con los de Newcomb (1986) quien encontró fuertes diferencias en la forma en que hombres y mujeres perciben la vida, aunque contradicen los resultados reportados por otros investigadores que apoyan la existencia de diferencias asociadas a la edad más que al rol sexual (Hoffman y cols. 1992 y Petterson, 1989).

Siguiendo esta línea de investigación Groer y cols. (1992) investigaron las diferencias de género y desarrollo de adolescentes con respecto al manejo del estrés y afrontamiento. Su muestra fue de 167 adolescentes de preparatoria ( 75 hombres y 92 mujeres) que contestaron la "Life change event scale" y un cuestionario sobre afrontamiento. Sus resultados confirmaron la hipótesis de que existen diferencias en valoración y afrontamiento relacionadas con el rol sexual del adolescente ya que las niñas reportaron mayor cantidad de eventos estresantes que los niños. Al igual que Stark y cols. (1989), Groer y cols. (1992) observaron que las principales fuentes de estrés para las mujeres son la familia y las relaciones interpersonales. Por lo que toca a estrategias de afrontamiento tanto hombres como mujeres reportaron enfrentar situaciones estresantes a través de distracciones "activas", sin embargo, según estos autores, a medida que crecen las mujeres se inclinan por el uso de distracciones pasivas como ver televisión y los hombres continúan eligiendo distracciones activas como hacer ejercicio para disminuir el estrés; las estrategias de afrontamiento asociadas a conductas autodestructivas y agresividad fueron más comunes en hombres.

Recientemente Rivera (1995) estudió la forma en que los adolescentes mexicanos perciben a la familia, sus resultados explican en parte los obtenidos en los estudios citados anteriormente en relación a que las mujeres conciben al núcleo familiar como principal fuente de estrés. Rivera muestreó trescientos sesenta y ocho

adolescentes de 15 a 20 años (50% hombres y 50% mujeres) estudiantes de nivel bachillerato, ellos contestaron un cuestionario de preguntas abiertas que giraron sobre cinco cuestiones: qué les gusta de la familia, qué cosas son más importantes, qué les molesta de la familia, cuáles son los principales problemas en la familia y qué cambios harían en ella. Los resultados mostraron que los hombres minimizan o evaden los problemas familiares, cuestionan poco la estructura familiar y en caso de reconocer problemas los atribuyen a eventos externos fuera del control de la familia; a diferencia de ellos, las mujeres cuestionan frecuentemente a la familia y juegan un papel activo en la búsqueda de soluciones, no minimizan los problemas y dan prioridad a aquellos de tipo afectivo.

A diferencia de Stark y cols.(1989), Groer y cols. (1992) y Rivera(1995); otro grupo de investigadores consideran que mucho más importante que el rol sexual del adolescente, es la edad o etapa de la adolescencia por la que atraviesa la persona, estos investigadores retoman los principios de las teorías del desarrollo y consideran que la valoración y el afrontamiento se modifican a medida que el adolescente adquiere nuevas habilidades cognitivas, mayor control emocional y mejor manejo de sus relaciones interpersonales. Para apoyar esta hipótesis Stern y Zevon (1990) aplicaron la "Ways of Coping Scale" de Lazarus y Folkman y la "Family Environment Scale" a setenta y tres adolescentes cuyas edades fluctuaban entre los 13 y los 20 años. Sus resultados mostraron que en general el tipo de estrategias de afrontamiento empleadas por los adolescentes en respuesta a situaciones estresantes dentro y fuera de la familia varía en función de la edad, el tipo de estresor y la calidad del ambiente familiar; así mismo encontraron que ante conflictos interpersonales los adolescentes más jóvenes usan con mayor frecuencia afrontamiento basado en la emoción a diferencia de los adolescentes mayores que prefieren estrategias cognitivamente orientadas; esta última parte de sus resultados es similar a los obtenidos por Hoffman y cols. (op. cit.) quienes evaluaron los cambios en afrontamiento comparando las características del mismo en preadolescentes y adolescentes, el equipo de Hoffman afirma que a medida que avanza el nivel de desarrollo, predominan las estrategias orientadas práctica y cognitivamente y que este tipo de estrategias son más efectivas para solucionar los problemas y disminuir los efectos negativos del estrés. Los cambios en el afrontamiento a lo largo de la infancia y adolescencia también fueron reportados por Peterson cuyos trabajos se citaron en esta tesis en capítulos anteriores y por Compas y cols. (1991).

Otro aspecto que parece influir en la valoración y el afrontamiento de los adolescentes es el contexto sociocultural en que se desenvuelven, aunque no hay muchas investigaciones en este rubro, puede citarse un trabajo hecho recientemente por Manjarrez y cols. (1995) cuyo objetivo fue evaluar como inciden los cambios sociales (migraciones, crecimiento demográfico y convivencia con diversos grupos socioculturales) en la orientación valorativa de adolescentes de secundaria con respecto a la interacción familiar y los roles sexuales. La investigación de Manjarrez

tuvo como base los trabajos de Diaz Guerrero, Avila y el propio Manjarrez, en los que se observaron diferencias valorativas en roles y estereotipos sexuales y relaciones familiares en función del sexo y el contexto sociocultural de la época en que se hizo el estudio (décadas de los cincuentas a los setentas), partiendo de ciertos hallazgos contradictorios el equipo de Manjarrez planteó la necesidad de realizar un estudio que permitiera evaluar la influencia del contexto sociocultural en la valoración de roles sexuales e interacción familiar, esclareciendo si dicha valoración dependía del sexo del sujeto, del contexto sociocultural o de ambos. Para responder a dicha interrogante aplicó a 156 adolescentes (65% mujeres y 35% hombres) de tercer año de secundaria, un cuestionario que contenía veintidós premisas socioculturales asociadas a la familia mexicana, los adolescentes tenían que analizar cada premisa y anotar en una escala el grado de acuerdo o desacuerdo y posteriormente justificar los motivos de su elección. Comparando sus resultados con los de las investigaciones que les sirvieron de base, el equipo de Manjarrez encontró que en la actualidad tanto hombres como mujeres mostraron cambios en los estereotipos y roles sexuales, por ejemplo menos énfasis en la dicotomía hombre-macho y mujer-sumisa y no observaron cambios en los valores asociados a la interacción familiar, sobre todo en las mujeres. En las premisas en las que se minimizaba a la mujer, los hombres mostraron más acuerdo mientras que las mujeres presentaron más rechazo. Como conclusión de su trabajo los autores señalaron que a nivel práctico es muy importante estudiar a fondo los cambios valorativos que están ocurriendo en los adolescentes para poder reorientarlos en diferentes áreas de su vida cotidiana (educación, familia, normas, valores y sexualidad); a nivel de investigación sus resultados no permitieron distinguir de manera contundente si las diferencias valorativas se deben al contexto o al rol sexual, probablemente esto ocurrió porque la población muestreada pertenecía al mismo contexto socioeconómico y cultural (nivel bajo) y porque por otra parte las dos variables de estudio están tan estrechamente ligadas que no pueden considerarse al margen una de la otra, es decir que el rol sexual depende en gran medida del contexto sociocultural.

Las características psicológicas de la familia a la que pertenece el adolescente también suelen influir en la valoración y el afrontamiento. El estilo de crianza en cada familia así como los modelos parentales son una importante fuente de aprendizaje de formas de valoración y estrategias de afrontamiento durante la infancia y adolescencia (Compas, 1987); además las características específicas de la estructura familiar también parecen favorecer ciertas estrategias de afrontamiento, esto fue demostrado por Bird y Harris (1990) quienes realizaron una investigación con 203 adolescentes de octavo grado para evaluar la importancia del rol y la estructura familiar en las estrategias de afrontamiento durante la adolescencia temprana, para lo cual seleccionaron adolescentes pertenecientes a tres tipos de estructura familiar: familias nucleares con ambas figuras parentales, familias con una sola figura parental y familias en las que los padres vivían separados pero seguían manteniendo contacto con sus hijos. Los adolescentes con un solo padre fueron más vulnerables a los

efectos negativos del estrés presentando mayores problemas en la interacción con amigos y compañeros además de desarrollar gran cantidad de interacciones estresantes debidas a los frecuentes cambios en la vida de sus padres, sobre todo en aquellos casos en que los padres se habían divorciado recientemente y la familia estaba en una etapa de redefinición de roles y jerarquías. Los adolescentes con una sola figura parental y aquellos con ambas figuras separadas dieron más importancia al hecho de cubrir las expectativas sociales y familiares que aquellos adolescentes que vivían con sus dos figuras parentales, por tanto los primeros fueron mas propensos a desarrollar interacciones estresantes ante las demandas que cotidianamente les plantearon la familia y el núcleo social. Por otra parte encontraron que en los tres tipos de estructura familiar se desencadenaron interacciones estresantes entre el adolescente y sus padres debidas principalmente a la selección de amigos, uso del teléfono, comportamiento calificado por los padres como inmaduro, acceso al dinero y manejo del mismo, realización de quehaceres, peleas con los hermanos, higiene personal, apego a reglas y rendimiento escolar. La valoración y el afrontamiento ante estas situaciones se vio modificada además por factores de género ya que independientemente del tipo de estructura familiar las mujeres usaron más el apoyo social y familiar y los hombres la expresión de sentimientos, cabe aclarar que el uso del apoyo social ante situaciones estresantes se observó más en adolescentes con ambas figuras parentales unidas que en los otros dos tipos de estructura familiar. Tras analizar todos sus datos Bird y Harris concluyeron que aunque el género es importante, las diferencias significativas se dieron en función de la estructura familiar y el género tuvo una influencia secundaria.

Al igual que Bird y Harris, Mates y Allison ((1992) consideraron que el género tiene una influencia secundaria en la valoración y el afrontamiento de los adolescentes pues en este caso, el desempeño académico del adolescente demostró influir de manera más importante en el uso de ciertas estrategias de afrontamiento y procesos de valoración de situaciones estresantes cotidianas relacionadas con la familia y la escuela. Luego de entrevistar a veintitrés estudiantes canadienses pertenecientes a tres niveles de aprovechamiento (básico, promedio y aventajados), estos investigadores obtuvieron los siguientes datos: las categorías padres-familia, trabajo-dinero y amigos, fueron situaciones estresantes comunes a los tres niveles de aprovechamiento; las categorías escuela y deportes solo fueron estresantes para los estudiantes de niveles promedio y aventajados y las categorías pandillas y violencia-drogas solo para los de nivel básico. Al hacer un análisis específico por categorías obtuvieron que en la categoría padres-familia tanto hombres como mujeres se quejaron de tener conflictos con sus padres debido a diferencia de expectativas sobre aprovechamiento académico y planes futuros así como problemas en el ajuste a las reglas de casa, especialmente las mujeres se quejaron de la rigidez de las reglas familiares de horarios de salida y relaciones de pareja. En la categoría trabajo-dinero, hombres y mujeres de los tres niveles se quejaron por falta de dinero para cubrir sus necesidades, como estrategia para afrontar tal situación, los adolescentes eligieron la

búsqueda de empleo, los de nivel básico y promedio reportaron trabajar hasta treinta horas semanales y los de nivel avanzado eligieron trabajos de menos tiempo; en los tres niveles los estudiantes combinaron el trabajo con sus estudios. Por lo que respecta al trabajo al finalizar sus estudios, los de nivel promedio y avanzados reportaron mayores expectativas de encontrar empleo bien remunerado, mientras que los de nivel básico expresaron menos expectativas de trabajo al término de la escuela. En la categoría "amigos" los tres grupos desarrollaron estrés en el proceso de adaptación a las normas y exigencias de su grupo de amigos así como en sus relaciones de pareja, en este último aspecto hubo diferencias entre hombres y mujeres, los primeros desarrollaron interacciones estresantes ante los intentos de control de su pareja y las segundas ante el acoso sexual de sus compañeros. En las categorías "escuela" y "deportes" que solo fueron estresantes para los estudiantes promedio y aventajados las situaciones específicas valoradas como estresantes fueron: trabajo académico y relaciones con profesores para la categoría escuela y expectativas de los padres sobre el desempeño deportivo de sus hijos para la categoría "deportes". Las categorías pandillerismo y violencia-drogas reportadas como fuentes de estrés por los estudiantes de nivel básico parecen ser más valoradas como estresantes por hombres que por mujeres.

En cuanto al afrontamiento, Mates y Allison (1992) encontraron tres categorías de respuesta: El uso de drogas como alcohol, tabaco y marihuana a los que parecen inclinarse los estudiantes de menor nivel académico; el desempeño de actividades recreativas como hacer deporte, relajarse, oír música, ir de compras, correr, etc. que fue una estrategia común para los niveles promedio y avanzados y finalmente los comportamientos de rebeldía comunes en los tres niveles de aprovechamiento sobre todo ante desacuerdos con las reglas paternas.

Los estudios anteriores nos permiten concluir que el afrontamiento y la valoración son dos procesos que se modifican de manera sustancial en función de diversos factores y que el manejo adecuado de los procesos de valoración y afrontamiento impide o minimiza el desarrollo de interacciones estresantes durante la adolescencia, en el siguiente apartado veremos qué impacto tiene esto en la salud del adolescente y su adaptación psicosocial.

#### **4.3 IMPACTO DE LA VALORACIÓN Y EL AFRONTAMIENTO EN LA SALUD DEL ADOLESCENTE**

El manejo que el adolescente hace de situaciones estresantes de su vida cotidiana impacta su bienestar físico y emocional favoreciendo, en el caso de

valoraciones inadecuadas y/o carencia de estrategias de afrontamiento necesarias para responder a las demandas cotidianas, la aparición de manifestaciones fisiológicas y psicológicas asociadas a estrés (Aro y cols. 1989 y Zeidner y Hammer, 1990).

Entre las manifestaciones fisiológicas que surgen como consecuencia de interacciones estresantes frecuentes o prolongadas destacan los dolores de cabeza de tipo tensional reportados frecuentemente por adolescentes, en este aspecto Van-den-Bree y cols. (1990) reportaron correlaciones significativas entre el uso de estrategias de afrontamiento inadecuadas y el incremento en duración e intensidad del dolor de cabeza, así como correlaciones importantes entre el aprendizaje y uso de estrategias de afrontamiento adecuadas con la disminución de la frecuencia e intensidad del dolor de cabeza. En este estudio los adolescentes que sufrieron dolor pudieron beneficiarse del aprendizaje de estrategias de afrontamiento más adaptativas que les permitieron enfrentar de manera activa las demandas derivadas de la conquista de su autonomía y las derivadas de su interacción familiar.

Por lo que respecta a la forma en que el estrés afecta el bienestar psicológico, Jorgensen y Dusek (1990) examinaron las relaciones entre ajuste psicosocial y estrategias de afrontamiento en estudiantes universitarios de primer año usando como instrumentos el Inventory of Psychosocial development y el Adolescent Coping Orientation for Problem Experiences Inventory (A-COPE); estos investigadores encontraron que los sujetos (hombres y mujeres) con ajuste psicosocial óptimo fueron aquellos que reportaron tratar la tensión a través de estrategias de afrontamiento saludables, sus hallazgos sugirieron una covariación entre estilos de afrontamiento y ajuste psicosocial en adolescentes. Allen y Hiebert (1991) también encontraron relación entre el uso de estrategias de afrontamiento inadecuadas para responder eficientemente a las demandas y el aumento de tabaquismo e incremento en reportes de bajo aprovechamiento escolar en adolescentes.

Otros estudios como el de Ham y Larson (1990) subrayaron la importancia de la valoración en el manejo del estrés y la salud del adolescente, mencionando que la valoración puede verse influida por la posibilidad de predicción del evento, la información previa relacionada con el mismo y la anticipación que permite movilizar recursos de afrontamiento; cabe aclarar que en la predicción influyen la ocurrencia del evento y el locus de causa. Ellos observaron que mientras más avanza el adolescente en esta etapa del desarrollo, más compleja es su valoración ya que puede anticipar más los eventos y conjugar la información derivada de su experiencia pasada para encontrar estrategias de afrontamiento más adaptativas en relación a las características de la demanda, con ello puede disminuir el estrés y mejorar su salud física y psicológica.

En México también se han realizado investigaciones y programas de intervención a nivel comunitario que involucran el manejo de estrategias de

afrontamiento y procesos de valoración para disminuir el riesgo psicosocial durante la adolescencia, un interesante ejemplo de este tipo de programas es el Proyecto "Chimalli" propuesto por Castro y Llanes en 1992 a la CONAFE y avalado por CANAPO Y DIF. El objetivo del programa es modificar actitudes y conductas de riesgo en grupos juveniles e incrementar actitudes y conductas de protección (habilidades de afrontamiento) frente a diferentes áreas de riesgo psicosocial (salud, uso/abuso de drogas, conductas antisociales, consumistas, sexualidad y manejo de eventos negativos de la vida). El programa está dividido en tres etapas: Diagnóstico, que se realiza a través de la aplicación del Inventario de Riesgo Psicosocial para el Adolescente, sesiones de discusión grupal sobre áreas de riesgo y aplicación de la Escala de Actitud Chimalli; la etapa de Intervención que se lleva a cabo a lo largo de quince sesiones y la etapa de Evaluación en donde se aplican los mismos instrumentos que en la etapa de diagnóstico. El análisis de resultados del programa permitió identificar las áreas de riesgo en adolescentes medios y tardíos de tres niveles socioeconómicos, las áreas fueron definidas como de riesgo en función de las actitudes y afrontamiento del adolescente ante las demandas, a partir de la identificación de las áreas el equipo de "Chimalli" trabajó con cada grupo para promover actitudes y comportamientos que permitieran a los adolescentes afrontar adecuadamente las demandas y con ello disminuir el riesgo.

Con el mismo objetivo Dishion y Andrews (1995) diseñaron y aprobaron cuatro tipos de intervención para disminuir el impacto de interacciones estresantes derivadas de la relación familiar. Las intervenciones fueron: centrada en los padres, en los adolescentes, en los adolescentes y sus padres y por cambio autodirigido; la intervención que combinó adolescentes y padres de familia resultó ser la más eficaz para disminuir interacciones coercitivas y estrés derivado del ámbito familiar.

#### **4.4 ASPECTOS METODOLOGICOS DE LA INVESTIGACIÓN CON ADOLESCENTES**

Las investigaciones anteriores han aportado elementos que permiten comprender mejor la relación entre estrés y adolescencia, así como el papel que juegan los procesos de valoración y afrontamiento en la aparición y manejo de interacciones estresantes por parte del adolescente, sin embargo muchas de estas investigaciones han visto limitados sus hallazgos por el hecho de no contar con diseños de investigación adecuados como en el caso Manjarrez y cols. (op. cit.) o por usar instrumentos cuya validez y confiabilidad no son los necesarios, como en la investigación de Mates y Allison (op. cit.).



En cuanto al tipo de diseño utilizado en la investigación de estrés, en muchos trabajos, sobre todo aquellos en los que se investiga el estrés tomando como marco teórico el modelo fisiológico, se utilizan diseños experimentales con enfoques metodológicos de grupo o de N=1 en donde el sujeto es comparado consigo mismo a través del tiempo; la elección de uno u otro enfoque depende de el objetivo de la investigación. Por otra parte en aquellas investigaciones que toman como base el modelo de Lazarus el diseño de investigación es el denominado Ipsativo-Normativo que permite comparaciones intra e interindividuales, es decir combina algunas ventajas de los diseños N=1 (analiza los cambios en afrontamiento, valoración y manejo del estrés en un solo individuo a través del tiempo) y algunas ventajas del diseño de grupo (compara al individuo con otro(s) y obtiene posibles diferencias relacionadas con diversas variables).

Tanto en el diseño de tipo experimental como en el Ipsativo-Normativo se enfatiza la cuidadosa definición y control de variables, el uso de instrumentos válidos y confiables y el análisis de resultados que según el modelo de Lazarus debe hacerse en términos de proceso y considerando la estrecha interacción entre variables.

Especial atención ha recibido el diseño y validación de instrumentos que permitan, bajo el enfoque de Lazarus, evaluar la valoración y el afrontamiento que el adolescente hace de las demandas cotidianas, sin embargo muchos investigadores se han encontrado con el hecho de que existen muy pocos instrumentos de evaluación diseñados para niños y adolescentes que permitan rastrear la naturaleza cambiante de estos procesos. Ante esta situación algunos de ellos se han conformado con utilizar los instrumentos de evaluación tradicionalmente empleados en el área clínica, entre ellos entrevistas, evaluación a través del juego, cuestionarios generales, etc.; otros se han preocupado por utilizar o diseñar instrumentos adecuados a la edad de quienes están evaluando.

Retomando específicamente los instrumentos diseñados para adolescentes, Fanshawe y Burnett (op. cit.) hicieron una revisión metodológica de distintas escalas de evaluación de estrés (Escala de estrés académico de Kohn y Frazer, Adolescent life change events scale de Yeaworth, Junior high life experiences survey de Swearingen y cols., Life events questionnaire de Newcomb y Compas y Life Events Checklist de Jhonson y cols.), encontrando que carecen de la validez y confiabilidad necesarias. Ante esta situación se dieron a la tarea de diseñar y validar dos nuevas escalas: una para evaluar valoración (SSIA) y otra para evaluar afrontamiento (CIA). La muestra con la cual trabajaron fue de 1966 estudiantes de secundaria y luego de seguir un proceso de seis etapas, los resultados arrojaron altos coeficientes de confiabilidad y validez de constructo para los dos instrumentos.

Años antes Patterson y McCubbin (1987) habían elaborado un inventario más amplio y completo que la escala CIA de Fanshawe y Burnett sobre afrontamiento en

adolescentes al cual denominaron A-COPE, el instrumento permite evaluar doce patrones de afrontamiento a diferencia de la escala CIA que solo permite evaluar cuatro. Los patrones considerados en el A-COPE son: expresión de sentimientos, humor, diversiones, autoestima, apoyo social, apoyo familiar, evitación, apoyo religioso, investigar con amigos, apoyo profesional, búsqueda de actividades y relajación.

Para evaluar valoración Ham y Larson (op. cit.) hicieron un inventario que presenta un conjunto de situaciones cotidianas potencialmente estresantes relacionadas con cinco categorías: familia, compañeros, escuela, salud y autoimagen.

Los instrumentos de Patterson y McCubbin, Ham y Larson y Fanshawe y Burnett son considerados por diversos investigadores de estrés en adolescentes como los más válidos y confiables (Aro y cols. 1989; Van-den-Bree y cols. 1989 y Fanshawe y Burnett, 1991).

A partir de estos y otros instrumentos, se han obtenido hallazgos que nos permiten concluir que la adolescencia es una etapa del desarrollo humano que en nuestras modernas sociedades industrializadas se constituye como una etapa de importantes cambios a nivel fisiológico, cognoscitivo y emocional, en la que el individuo debe hacer frente a una serie de demandas cotidianas de diversa índole para las que no siempre cuenta con las habilidades y estrategias de afrontamiento necesarias o suficientes. De la misma forma en que no cuenta con un repertorio de afrontamiento suficientemente amplio o flexible para enfrentar las demandas, en muchas ocasiones también presenta problemas en relación a la forma de valorarlas. La carencia de estrategias de afrontamiento y los problemas en la valoración del contexto favorecen el desarrollo de interacciones estresantes que pueden dañar la salud física y emocional del adolescente produciendo manifestaciones fisiológicas, problemas en la interacción familiar, disminución del rendimiento académico o fallas en la adaptación psicosocial entre otras, algunos de estos problemas rebasan la etapa adolescente y alteran el bienestar físico y emocional en la vida adulta.

Considerando la problemática de la etapa de adolescencia, en los últimos años se han realizado algunas investigaciones sobre estrés en adolescentes teniendo como base el modelo de Lazarus y Folkman. Muchas de ellas han girado en torno a la valoración de situaciones estresantes, estrategias de afrontamiento y su relación con variables como edad, género, estructura familiar y aspectos del contexto sociocultural, sin embargo la mayor parte de los trabajos se han realizado con poblaciones de adolescentes estadounidenses, canadienses, australianos e israelitas y poco o casi nada se ha hecho con poblaciones de adolescentes mexicanos; esta situación es por demás crítica dado que los resultados de las investigaciones demuestran que las costumbres, valores, actitudes y comportamientos propios de cada contexto sociocultural modifican substancialmente la forma en que se valoran las

situaciones potencialmente estresantes y el tipo de estrategias de afrontamiento que se ponen en práctica. Por otra parte, en lo que se refiere a la influencia de la edad, el género y la estructura familiar, las investigaciones han arrojado resultados que en muchas ocasiones parecen ser contradictorios, es decir, algunas de ellas parecen indicar que la variable más importante es la edad y a medida que ésta avanza se modifican la valoración y el afrontamiento, en otras investigaciones pareciera ser más importante el género, en algunos otros estudios el papel prioritario lo juega la familia y en otras el contexto; analizando en conjunto los hallazgos se desprende la necesidad de realizar investigaciones sistemáticas con instrumentos adecuadamente validadas que arrojen nuevos datos para comprender la influencia de estas variables en la valoración, el afrontamiento y el desarrollo de interacciones estresantes.

Tener un marco teórico sólido y confiable sobre la influencia del género, edad y contexto sociocultural en los procesos de valoración y afrontamiento y su relación con el desarrollo de interacciones estresantes en adolescentes, en este caso mexicanos, facilitaría a partir de la comprensión clara de dichos procesos, la planeación de programas de intervención y/o prevención que ayuden al adolescente a mejorar sus marcos de valoración y a adquirir o ampliar un repertorio de estrategias de afrontamiento que le permitan manejar adecuadamente las demandas de su entorno y con ello disminuir la frecuencia e intensidad de interacciones estresantes, lo cual redundaría de manera importante en su bienestar físico y emocional.

Cabe destacar la importancia de los programas preventivos dado que si los jóvenes aprenden a enfrentar el estrés cotidiano, su nivel de adaptación mejorará no solo durante la adolescencia, sino también en su vida adulta; además de que a través de estos programas también podría prevenirse la inclinación a otro tipo de alternativas inadecuadas y muy comunes en la adolescencia como son las adicciones, pues como es bien sabido para muchos investigadores y clínicos que tratan adicciones en adolescentes, uno de los factores que influyen en el proceso de adicción es por una parte el estrés derivado de interacciones inadecuadas o aversivas en la familia, la escuela o la comunidad y por otra la carencia de estrategias de afrontamiento que le permitan enfrentar la situación.

Siguiendo esta línea de pensamiento, en esta investigación pretendo analizar las características de los procesos de valoración y afrontamiento en adolescentes mexicanos y la forma en que estos procesos se ven modificados por variables como edad, género y contexto sociocultural. Con ello pretendo en primera instancia contribuir al acopio de información, en este caso con población mexicana y en segunda instancia sentar algunas bases para el posterior desarrollo de programas preventivos y/o correctivos.

## **OBJETIVO GENERAL**

Analizar las características de los procesos de valoración y afrontamiento en una población de adolescentes mexicanos de sexo femenino y masculino pertenecientes a diferentes contextos socioculturales.

## **OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Analizar las características del proceso de valoración del contexto cotidiano en adolescentes mexicanos a través de la aplicación del inventario de Ham y Larson y entrevistas.
- Evaluar las características del afrontamiento de adolescentes mexicanos ante las demandas de su entorno, aplicando entrevistas y el inventario de Patterson y McCubbin.
- Analizar la influencia del género, la edad cronológica y el contexto sociocultural en los procesos de valoración y afrontamiento en adolescentes mexicanos.

## METODOLOGÍA

**Población de Trabajo:** 240 adolescentes que representaron los diferentes grupos de edad comprendidos dentro del periodo de adolescencia. Los grupos de edad considerados en este estudio fueron: 11 y 12 años, 13 y 14 años, 15 y 16 años, 17 y 18 años. En cada grupo contamos con subgrupos de hombres y mujeres pertenecientes a tres contextos socioculturales (alto, medio y bajo). Todos los integrantes de la muestra, fueron estudiantes de distintos niveles educativos, según su edad se encontraban cursando el último grado de primaria, alguno de los tres años de secundaria o preparatoria.

**Materiales:** Se contó con los siguientes materiales de trabajo: Lápices, papel, formatos de inventarios y entrevistas, una computadora, disquettes, grabadora, cassettes y formatos para las fichas de identificación y socioeconómica.

**Escenario:** La aplicación de los inventarios, entrevistas y fichas de identificación y socioeconómica se realizaron en las escuelas a las que asisten los adolescentes. Las escuelas fueron seleccionadas de acuerdo al contexto sociocultural de la comunidad en que están ubicadas y de los alumnos que asisten a ellas, de la edad del alumnado y bajo la condición de que a ellas asistieran hombres y mujeres.

### **Instrumentos de evaluación:**

#### **a) Entrevistas :**

El uso de entrevistas tuvo básicamente las siguientes funciones:

La primera entrevista general con alumnos nos permitió presentarnos ante el grupo, explicar nuestra presencia en la institución y solicitar su colaboración durante las sesiones de trabajo; se aclararon dudas y se intentó tener un conocimiento general del grupo de trabajo, sondeando en términos generales la actitud y disposición de los adolescentes para participar en la investigación, además en esta entrevista pudimos detectar también a los alumnos que de principio no mostraban deseo de colaborar y fueron sustituidos por otros compañeros.

La primera entrevista con el orientador, trabajador social, directivos o algún miembro del personal docente de la escuela nos permitió conocer el contexto sociocultural del alumnado que asiste a la misma (el orientador o Trabajador Social obtuvo esta información de su experiencia profesional en la institución así como de los estudios socioeconómicos o las fichas acumulativas de la SEP en los casos de escuelas en que se lleva este instrumento). Así mismo pudimos explicar al personal de la escuela el motivo de nuestra visita, aclaramos dudas respecto al trabajo a realizar y solicitamos su apoyo.

Las entrevistas que se realizaron después de aplicar los inventarios y fichas, sirvieron en el caso de los alumnos para aclarar información vertida en los diferentes instrumentos y profundizar en algún aspecto en caso de considerarlo necesario; las que se realizaron con personal de la escuela permitieron darles a conocer la información obtenida, complementarla e intercambiar opiniones.

#### **b) Escalas e Inventarios:**

En el campo de investigación y evaluación del estrés es común el uso de escalas e inventarios como técnica de recopilación de la información, en este trabajo utilizamos los siguientes inventarios:

- Inventario "Orientación de afrontamiento en adolescentes ante experiencias problemáticas" diseñado por Petterson y McCubbin. Como se explicó en el capítulo cuatro de esta tesis, el instrumento permite evaluar doce patrones de afrontamiento, dicho instrumento se presenta en detalle al final de la tesis en el anexo 4.
- Para evaluar valoración de situaciones potencialmente estresantes se eligió el "Inventario de eventos microestrés" diseñado por Ham y Larson, el inventario se presenta en detalle en el anexo 5 de esta tesis.

#### **d) Cédulas:**

- Cédula de Identificación con datos generales del alumno (ver anexo 6).
- Cédula de información Socioeconómica que nos arrojó información sobre el contexto socioeconómico y cultural del entorno en que se desenvuelve el alumno (ver anexo 7).

### Diseño de Investigación:

El diseño de investigación consideró tres variables independientes cada una con diferentes niveles y dos variables dependientes, a continuación se describe cada una de ellas:

### Variables Independientes:

- a) Edad cronológica de cada uno de los participantes.
- b) Género de los participantes: esta variable tuvo dos niveles (masculino y femenino).
- c) Contexto Sociocultural: El contexto sociocultural fue definido en términos de:
  - Los ingresos y egresos económicos de la familia con la que vive el participante
  - El estudio de sus condiciones de vida y servicios con los que cuenta su comunidad.
  - El nivel educativo promedio del participante y su familia, principalmente de sus padres.

A partir de lo anterior se consideró como:

1.- Contexto sociocultural bajo: Aquellos cuyos ingresos familiares totales fueron hasta de 2.5 salarios mínimos o menos, con 6 a 8 integrantes por familia, que habitaran casas con tres cuartos o menos y carecieran de uno o varios de los servicios básicos. El nivel escolar promedio de la familia del participante fue de primaria inconclusa. La comunidad en donde se ubicaba la vivienda de estos participantes no contaba con centros para actividades culturales y tampoco deportivas (practicadas formalmente), únicamente con lugares para realizar actividades recreativas y campos abiertos para realizar algunos deportes de manera informal.

2.- Contexto sociocultural medio: Aquellos participantes cuya familia tuvo ingresos totales entre 4 y 8 salarios mínimos, con 3 a 5 integrantes por familia. Su casa contaba con 6 u 8 habitaciones, ubicada en una zona que tenía todos los servicios básicos, en donde los integrantes de la comunidad tienen acceso a actividades deportivas y culturales a nivel institucional. El promedio de escolaridad familiar fue secundaria terminada o bachillerato inconcluso.

3.- Contexto sociocultural alto: Los participantes cuyas familias tuvieron ingresos totales entre 11 y 15 salarios mínimos, con 3 a 5 integrantes por familia en promedio. Sus casas contaron con todos los servicios necesarios y su comunidad con los servicios institucionales y privados para favorecer el desarrollo integral de sus habitantes (deportivos, centros recreativos y culturales, grandes tiendas comerciales, escuelas privadas y públicas para los diferentes niveles educativos, etc.). El nivel educativo para estas familias fue en promedio de nivel superior o posgrados. Los alumnos ubicados dentro de este nivel asistían a escuelas privadas y realizaban diversas actividades formativas extraescolares (actividades culturales y/o deportivas).

#### **Variables Dependientes:**

a) Estrategias de Afrontamiento: Diferentes formas en que el individuo suele hacer frente a las situaciones que valora como estresantes, sean éstas efectivas o no para enfrentar las demandas.

b) Valoración de situaciones potencialmente estresantes: Situaciones que dado un marco valorativo el adolescente considera como estresantes o amenazantes para su equilibrio físico o psicológico.

#### **Descripción del diseño:**

Para establecer la posible correlación entre variables, en nuestro diseño se consideró la formación de cuatro grupos (por edad) de 60 integrantes cada uno, conformados de la siguiente manera: Cada grupo de 60, tuvo 20 adolescentes de cada contexto sociocultural considerando tres niveles (alto, medio y bajo). De estos 20, 10 formaron el subgrupo de hombres y 10 el subgrupo de mujeres, por problemas de disponibilidad de la muestra este criterio tuvo algunas pequeñas variaciones de porcentaje.



GRUPO 1: estuvo integrado por adolescentes de 11 años hasta 12 años 11 meses.

GRUPO 2: se consideraron aquellos adolescentes cuya edad fluctuó entre los 13 años y los 14 años 11 meses.

GRUPO 3: formado con adolescentes de 15 años a 16 años 11 meses.

GRUPO 4: constituido por adolescentes de 17 años hasta 18 años 11 meses.

La tabla presentada en el anexo 8, muestra un resumen del diseño de la investigación.

### Procedimiento:

1.- Como un paso previo a la selección de nuestra muestra de investigación, se hizo un estudio piloto de los instrumentos de evaluación para detectar si eran adecuados a las características culturales de nuestra población. Esto se hizo con la finalidad de disminuir la probabilidad de que las características propias del instrumento alteraran los resultados del estudio. El estudio piloto se realizó en diferentes escuelas y tomó en cuenta los distintos grupos de edad y contextos socioculturales.

2.- Posteriormente, ya con la finalidad de seleccionar a la muestra de adolescentes, se visitaron diversas escuelas de nivel secundaria y bachillerato. En cada escuela se solicitó el permiso de ingreso al personal directivo y se hicieron entrevistas a miembros del personal docente (maestros, orientadores o trabajadores sociales) quienes coordinaron lo necesario para que se realizara la entrevista inicial con el alumnado.

A partir de los estudios socioeconómicos de la escuela, se eligieron a los alumnos que cubrían los criterios, aplicándoles luego las fichas de identificación y acumulativas, se analizaron y se dejaron únicamente a aquellos alumnos cuyos datos confirmaron que cubrían los requisitos esperados de edad, contexto sociocultural y género.

3.- Después, los adolescentes fueron asignados a los diferentes grupos y subgrupos de acuerdo a su edad, género y contexto sociocultural y se les aplicaron los instrumentos A-COPE en una sesión e Inventario de Eventos Microestrés en otra.

4.- Se calificaron los instrumentos y se realizaron entrevistas individuales en los casos en que se requería aclarar dudas o ampliar la información.

5.- Se integró toda la información, se analizó y visitamos por última vez al alumnado y a los docentes para informarles los resultados del trabajo, intercambiar opiniones y complementar con datos otorgados por la escuela.

6.- Al terminar el trabajo en cada escuela, procedimos a vaciar datos, elaborar tablas y realizar el análisis correspondiente al objetivo de la investigación. El análisis se hizo de manera cualitativa y cuantitativa.

## RESULTADOS

Tras calificar los instrumentos aplicados a todos los grupos de adolescentes se obtuvieron los siguientes resultados:

### a) Por edad cronológica:

Evaluando las estrategias de afrontamiento usadas por los adolescentes se encontraron diferencias para los cuatro grupos de edad. De esta forma al inicio de la adolescencia (entre 11 y 12 años) los puntajes más altos se asignaron a las categorías: búsqueda de actividades, autoestima, apoyo familiar y uso del humor. Durante la adolescencia intermedia (grupos 13-14 años y 15-16 años) predominaron como estrategias de afrontamiento en primera instancia la autoestima seguida por la búsqueda de actividades, en el grupo de 13-14 años siguieron en orden de preferencia el humor y posteriormente la investigación con amigos; para los adolescentes de 15 y 16 años el orden de estas dos últimas categorías se invirtió ya que para ellos fue más frecuente investigar con amigos que usar el humor. El final de la adolescencia representado por el grupo de 17 y 18 años se caracterizó por la preferencia de autoestima, investigación con amigos, búsqueda de actividades y humor como estrategias de afrontamiento.

Al establecer comparaciones entre los puntajes de cada grupo en cada una de las estrategias de afrontamiento se observó que los puntajes más bajos para las categorías autoestima, apoyo social, apoyo profesional, búsqueda de actividades, humor y relajación se presentaron en el grupo de 13 y 14 años, la evitación y el apoyo profesional fueron las estrategias menos usadas por este grupo y en general estos adolescentes mostraron una actitud mucho más pasiva en cuanto a uso de múltiples estrategias a diferencia de los grupos restantes en que los puntajes señalan un repertorio de afrontamiento más variado y flexible.

Haciendo un seguimiento de cada estrategia a lo largo de la adolescencia se encontró que la preferencia hacia la expresión de sentimientos, diversiones, apoyo religioso y apoyo familiar, disminuye a medida que avanza esta etapa de desarrollo, a diferencia de la categoría autoestima que tiende a aumentar sus puntajes a medida que el adolescente crece. Las estrategias apoyo social, búsqueda de actividades, humor y relajación presentan disminución en puntajes de preferencia alrededor de los 13 y 14 años, pero fueron consideradas como estrategias alternativas para los otros grupos (sobre todo las tres primeras). Cabe aclarar que buscar actividades fue una estrategia usada con frecuencia por los cuatro grupos, sin embargo su puntaje de elección disminuyó a medida que el adolescente avanzaba hacia el término de esta etapa. En contraste con esto el uso de evitación aumentó a partir de los 13 y 14 años

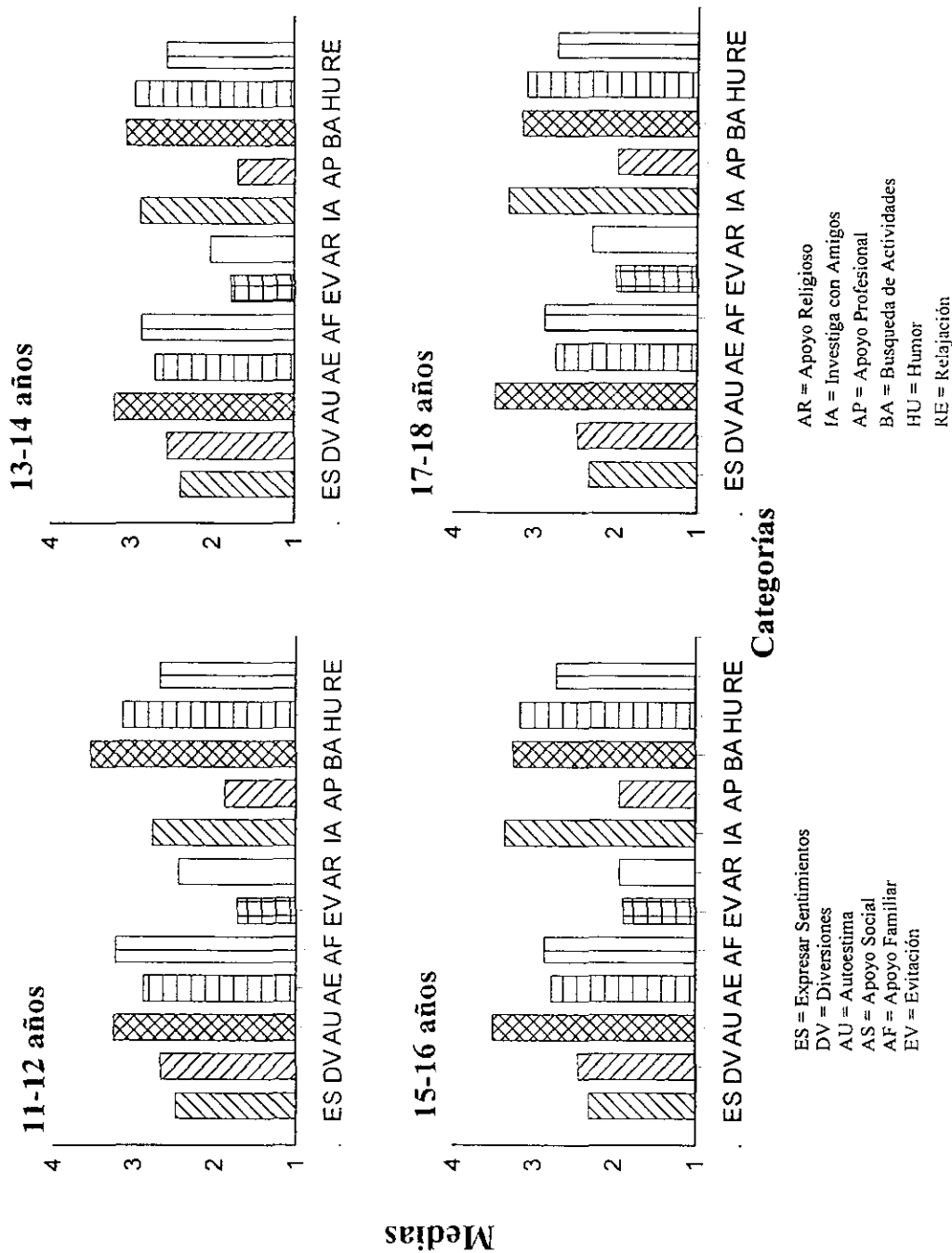
y se elevó poco a poco hasta el final de la adolescencia, no obstante, en ningún grupo fué considerada entre las cuatro principales estrategias de afrontamiento. Los cuatro grupos de edad recurrieron muy poco al apoyo profesional y al apoyo religioso, este último fue especialmente rechazado durante la adolescencia intermedia y solo elevó ligeramente sus puntajes en el grupo de 17-18 años.

Investigar con amigos fue una estrategia muy importante a partir de los 13 años, desplazando al apoyo familiar al cual recurrieron frecuentemente los adolescentes de 11 y 12 años. La estrategia investigar con amigos, mostró su máxima puntuación entre los 15 y 16 años pero continuó siendo importante aún para los adolescentes de 17 y 18 años. Usar el humor ante situaciones estresantes fue una estrategia común para los cuatro grupos de edad, sin embargo los más inclinados a usar el humor fueron los adolescentes de 15 y 16 años. En la gráfica 1 puede observarse la preferencia de cada grupo hacia las distintas estrategias de afrontamiento.

El análisis de los resultados permite concluir que las principales estrategias de afrontamiento para los cuatro grupos de edad fueron autoestima, búsqueda de actividades y humor, el orden de preferencia para dichas estrategias varió según la edad del adolescente. En los periodos intermedio y tardío de la adolescencia, la investigación con amigos ocupó un lugar importante desplazando al apoyo familiar al que frecuentemente acuden los adolescentes tempranos (tabla 1).

ESTRATEGIAS SELECCIONADAS POR EDAD			
11-12 AÑOS	13-14 AÑOS	15-16 AÑOS	17-18 AÑOS
Búsqueda de actividades	Autoestima	Autoestima	Autoestima
Autoestima	Búsqueda de actividades	Búsqueda de actividades	Investiga con amigos
Apoyo Familiar	Humor	Investiga con amigos	Búsqueda de actividades
Humor	Investiga con amigos	Humor	Humor

Tabla 1: Muestra el orden de preferencia para las principales estrategias de afrontamiento por edad.



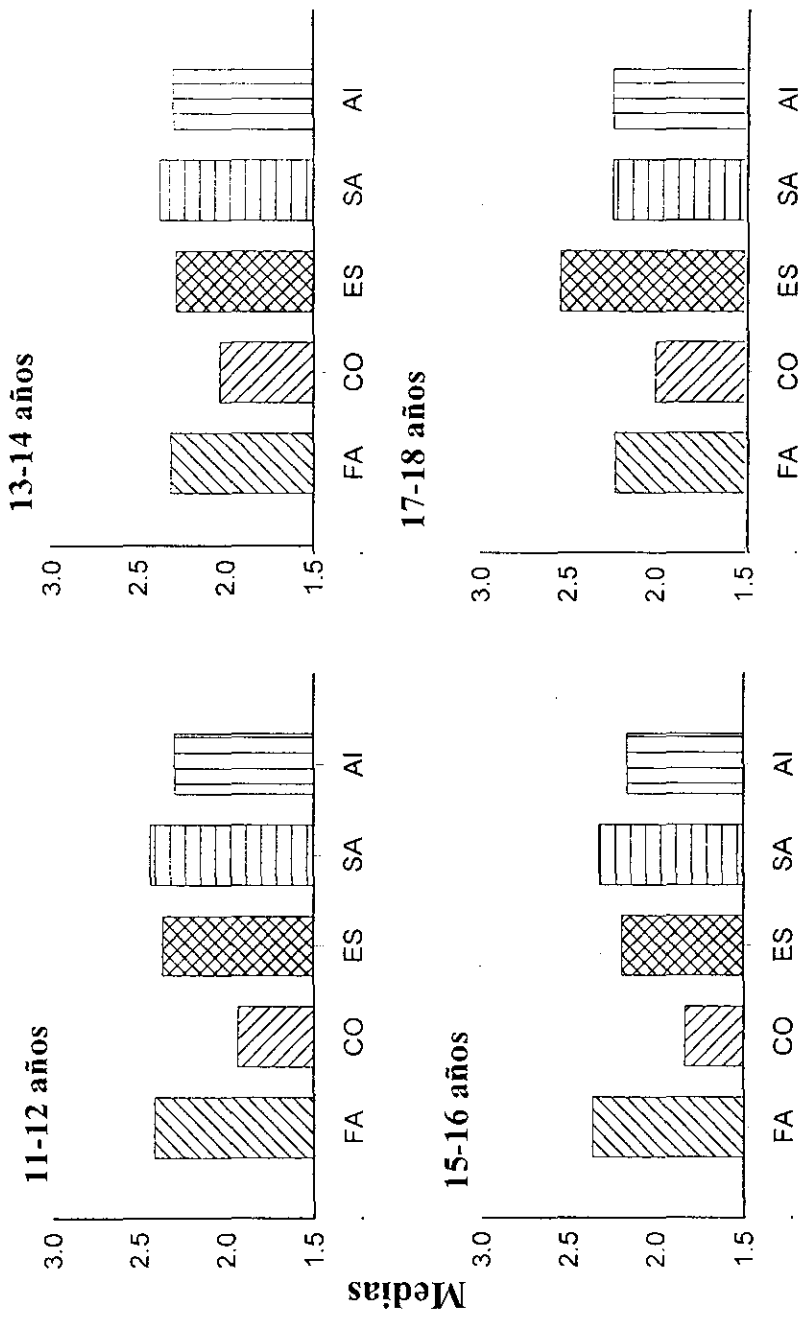
**Figura 1. Afrontamiento por grupos de edad**

En la tabla 2 podemos ver los puntajes otorgados por cada grupo de edad a las distintas estrategias de afrontamiento, el rango de elección por estrategia fue de 1 a 5 en donde 1 se asignó a la respuesta nunca y 5 a la respuesta siempre.

ETRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO: PUNTAJES PROMEDIO				
CATEGORÍAS	11-12	13-14	15-16	17-18
Expresar sentimientos	2.48	2.39	2.31	2.32
Diversiones	2.66	2.55	2.44	2.46
Autoestima	3.24	3.20	3.49	3.47
Apoyo Social	2.87	2.70	2.77	2.73
Apoyo Familiar	3.22	2.87	2.86	2.87
Evitación	1.71	1.77	1.88	1.99
Apoyo Religioso	2.43	2.02	1.92	2.28
Investigar con amigos	2.75	2.88	3.34	3.31
Apoyo Profesional	1.87	1.69	1.93	1.97
Búsqueda de actividades	3.52	3.06	3.24	3.14
Humor	3.12	2.94	3.16	3.08
Relajación	2.66	2.55	2.71	2.71

Tabla 2: Puntajes promedio por estrategia en cada grupo.

Por lo que respecta al proceso de valoración de situaciones potencialmente estresantes, no se observaron diferencias a lo largo de la adolescencia temprana e intermedia ya que independientemente de su edad estos adolescentes consideraron como principal fuente de estrés el conjunto de situaciones relacionadas con la salud y la familia; la única diferencia entre estos grupos de adolescentes fue el lugar que dieron a cada categoría de tal forma que para los de 11-12 años y 13-14 años la primera fuente de estrés fueron situaciones asociadas a la salud y en segundo lugar colocaron las interacciones familiares y para los de 15-16 años este orden se invirtió. Al final de la adolescencia las principales interacciones estresantes se dieron en relación a la escuela, la salud y la autoimagen.



FA = Familia  
 CO = Compañeros  
 ES = Escuela  
 SA = Salud  
 AI = Autoimagen

**Categorías**

**Figura 2. Valoración por grupos de edad**

La categoría menos estresante para todos los grupos fue la de interacción con compañeros y coetáneos. Las situaciones asociadas al rendimiento escolar parecieron ser más estresantes al principio y final de la adolescencia; mientras que la autoimagen provocó especial preocupación entre los adolescentes de 13-14 años y 17-18 años, esto último puede afirmarse comparando los puntajes otorgados por estos dos grupos a las cinco categorías consideradas. La gráfica 2 muestra los puntajes de valoración para cada categoría en las distintas etapas de la adolescencia.

## **b) Por Género:**

Al igual que los datos mostraron diferencias en afrontamiento asociadas a la edad del adolescente, también mostraron diferencias en relación al género, como veremos a continuación estas diferencias se acentuaron a medida que aumentaba la edad del adolescente y éste asumía totalmente su rol sexual.

Al principio de la adolescencia tanto hombres como mujeres eligieron como principal estrategia de afrontamiento ante situaciones estresantes la búsqueda de actividades, en seguida de ésta los hombres colocaron el apoyo familiar y posteriormente la autoestima; las mujeres prefirieron apoyarse en su autoestima antes que recurrir al apoyo familiar. Tanto hombres como mujeres manifestaron hacer uso del humor para afrontar situaciones estresantes. Las estrategias menos utilizadas por hombres y mujeres de 11 a 12 años fueron evitación y apoyo profesional, aunque cabe aclarar que las mujeres evitan menos que los hombres y aceptan más que ellos el apoyo profesional. Las diferencias en afrontamiento entre hombres y mujeres continúan entre los 13 y los 16 años, en esta etapa las mujeres eligieron como principal estrategia de afrontamiento la investigación con amigos y después de esta la autoestima; para los hombres la autoestima fue el primer recurso de afrontamiento y la búsqueda de actividades al igual que para las mujeres fue desplazada al tercer lugar. El humor fue usado únicamente por los hombres, sobre todo los de 14 y 15 años, periodo en el cual se colocó inmediatamente después de la autoestima. Las estrategias menos utilizadas por hombres y mujeres de 13 a 16 años continuaron siendo evitación y apoyo profesional como se presentó con los adolescentes de 11 y 12 años con la única diferencia que en el grupo de 13 a 16, a medida que crecieron los hombres rechazaron cada vez más rotundamente el apoyo religioso.

Durante el periodo de 17 a 18 años los hombres ampliaron un poco su repertorio de afrontamiento y las estrategias frecuentemente elegidas fueron autoestima, humor, búsqueda de actividades e investigación con amigos; a diferencia de ellos las mujeres restringieron su repertorio a dos estrategias: Investigar con amigos y autoestima. Las estrategias poco utilizadas por los hombres de este grupo siguieron siendo apoyo profesional, evitación y apoyo religioso, en las



mujeres se mejoró la aceptación al apoyo profesional y no rechazaron tanto como los hombres el apoyo religioso. Las gráficas tres y cuatro nos permiten observar la preferencia que mujeres (gráfica 3) y hombres (gráfica 4) de los distintos grupos de edad mostraron hacia las estrategias de afrontamiento evaluadas. En la siguiente tabla presentamos el orden de preferencia en estrategias de afrontamiento para hombres y mujeres.

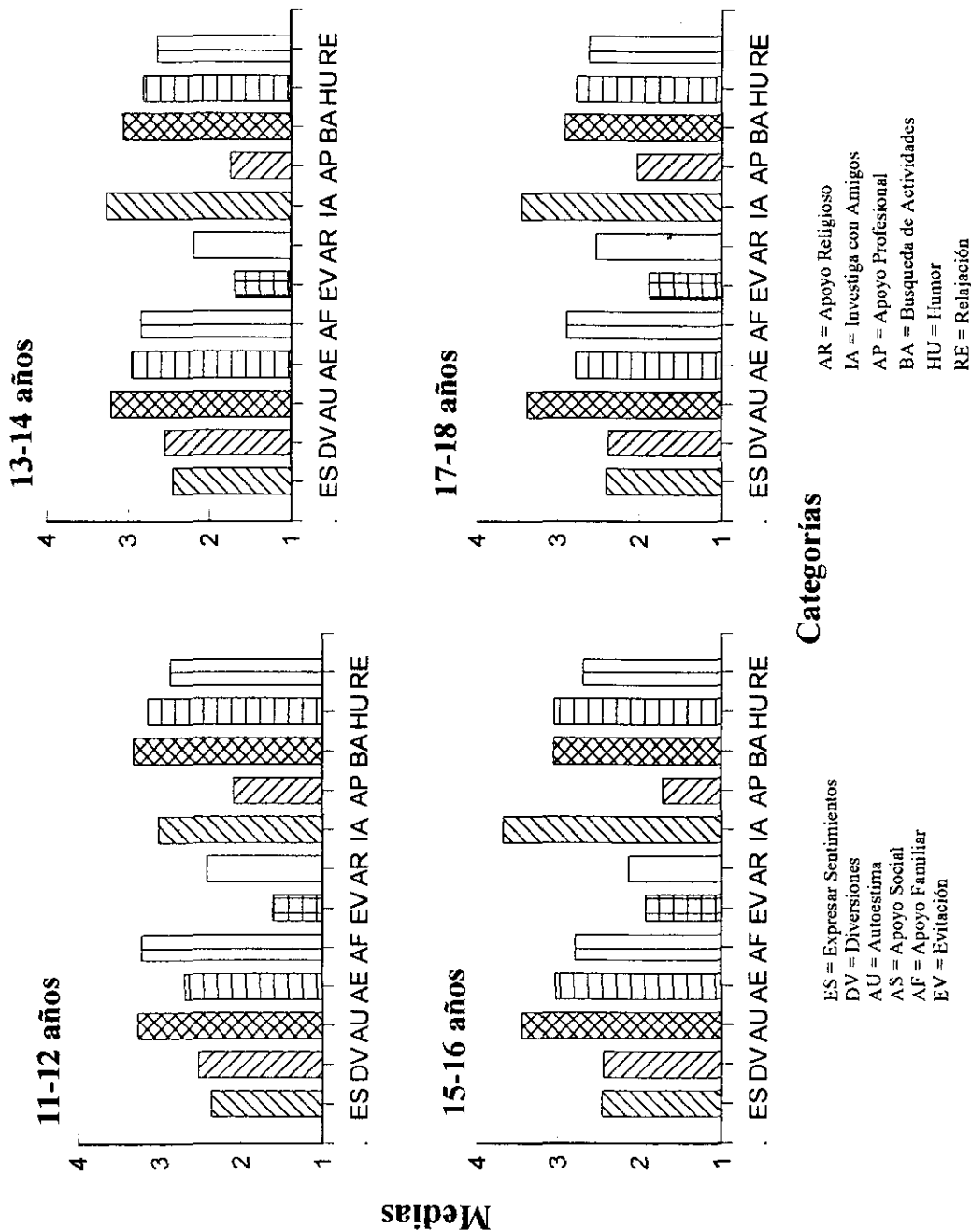
ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO: ORDEN DE PREFERENCIA POR GENERO	
HOMBRES	MUJERES
BÚSQUEDA DE ACTIVIDADES	INVESTIGACIÓN CON AMIGOS
AUTOESTIMA	AUTOESTIMA
USO DEL HUMOR	BÚSQUEDA DE ACTIVIDADES
APOYO FAMILIAR	APOYO FAMILIAR
INVESTIGACIÓN CON AMIGOS	USO DEL HUMOR
APOYO SOCIAL	APOYO SOCIAL
RELAJACIÓN	RELAJACIÓN
DIVERSIONES	EXPRESAR SENTIMIENTOS
EXPRESAR SENTIMIENTOS	DIVERSIONES
APOYO RELIGIOSO	APOYO RELIGIOSO
EVITACIÓN	APOYO PROFESIONAL
APOYO PROFESIONAL	EVITACIÓN

TABLA 3: Orden de preferencia de estrategias de afrontamiento para hombres y mujeres .

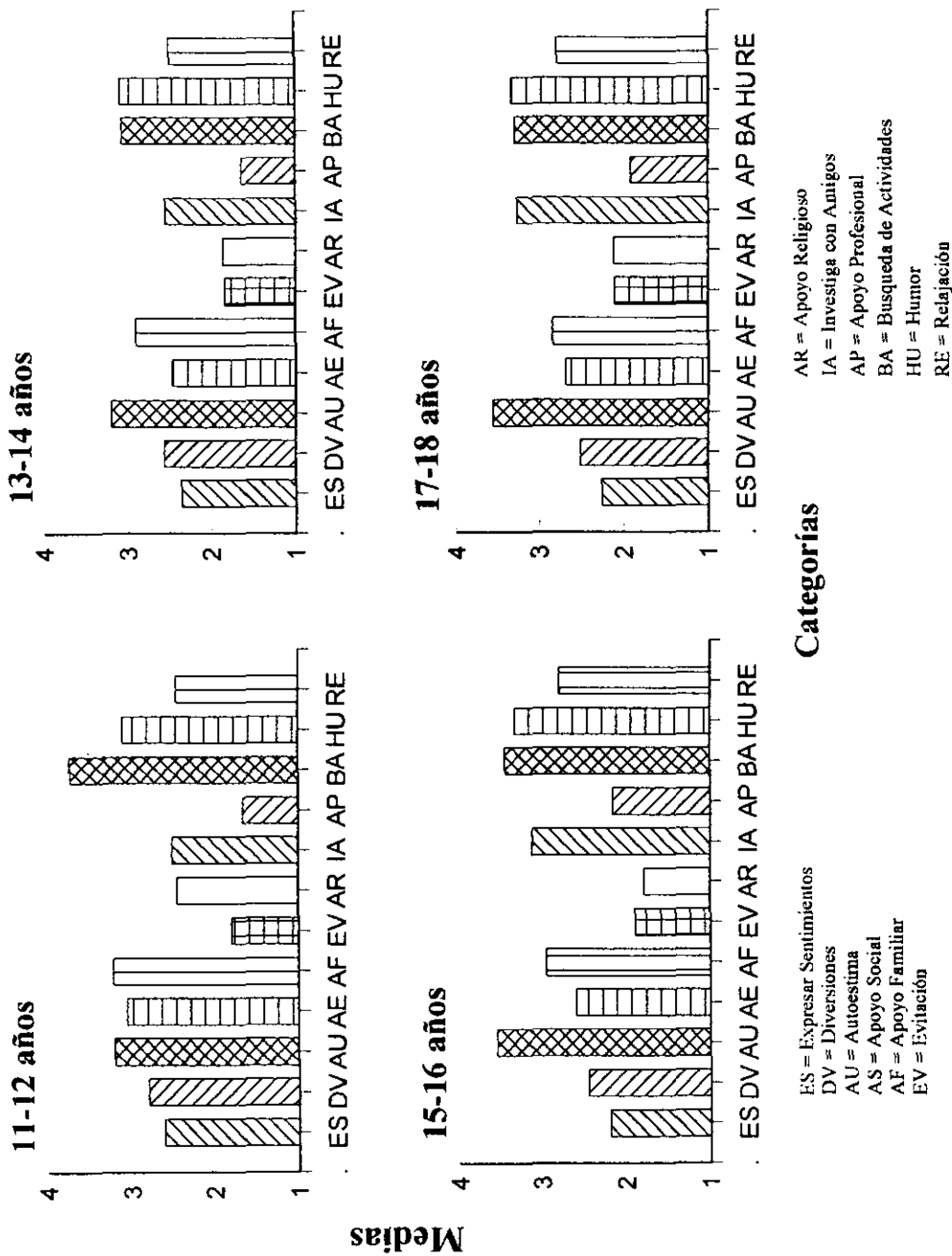
El proceso de valoración en hombres y mujeres adolescentes también se modificó en función del género, de tal manera que pudimos observar que los hombres ubicaron sus principales fuentes de estrés en la interacción familiar y las mujeres en el desempeño escolar.

La categoría salud fue colocada en segundo lugar tanto por hombres como por mujeres y éstas últimas mostraron más estrés derivado de la interacción familiar que los hombres.

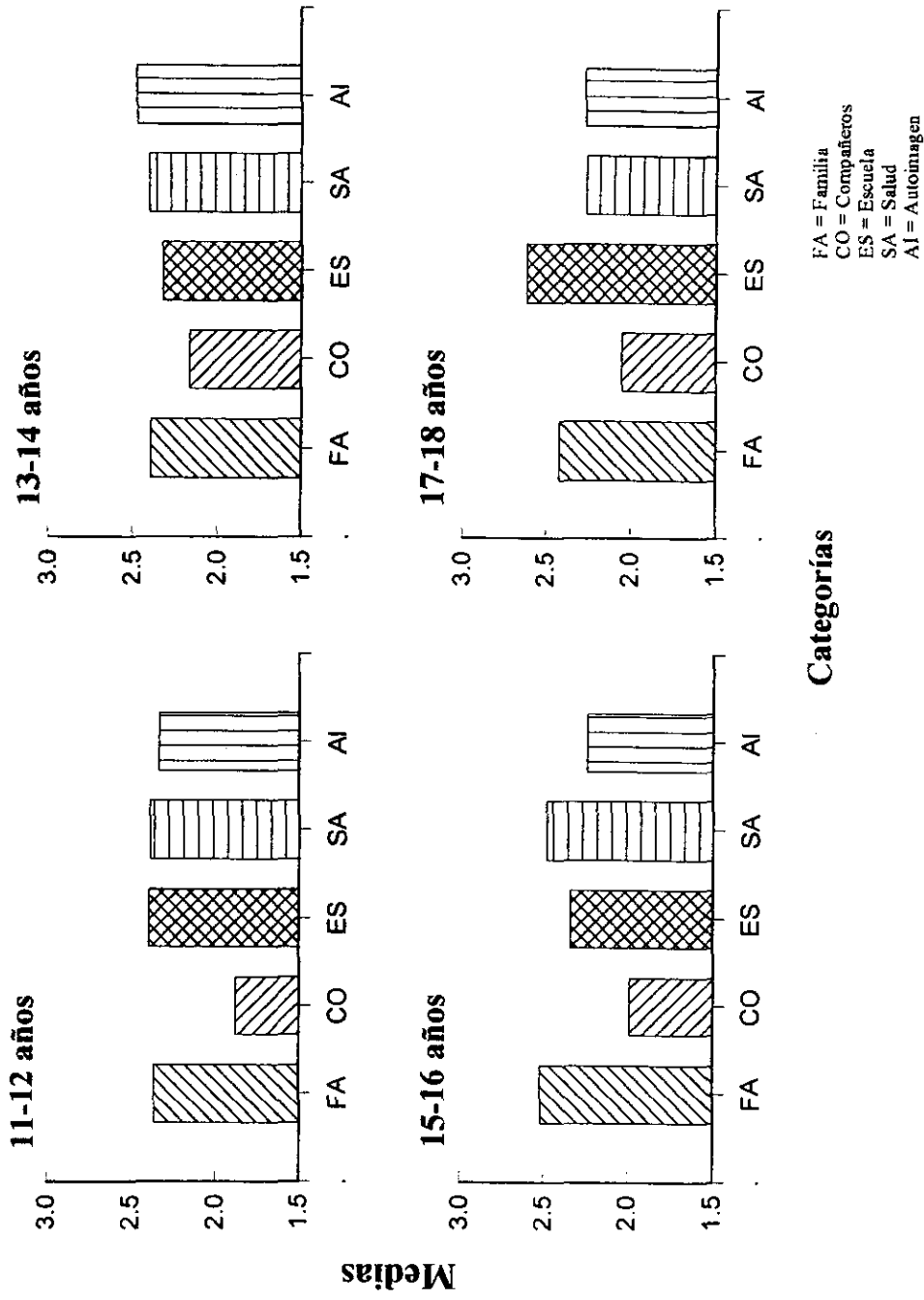
Para los hombres de 13-14 años las situaciones más estresantes fueron aquellas relacionadas con la salud y para las mujeres las relacionadas con la



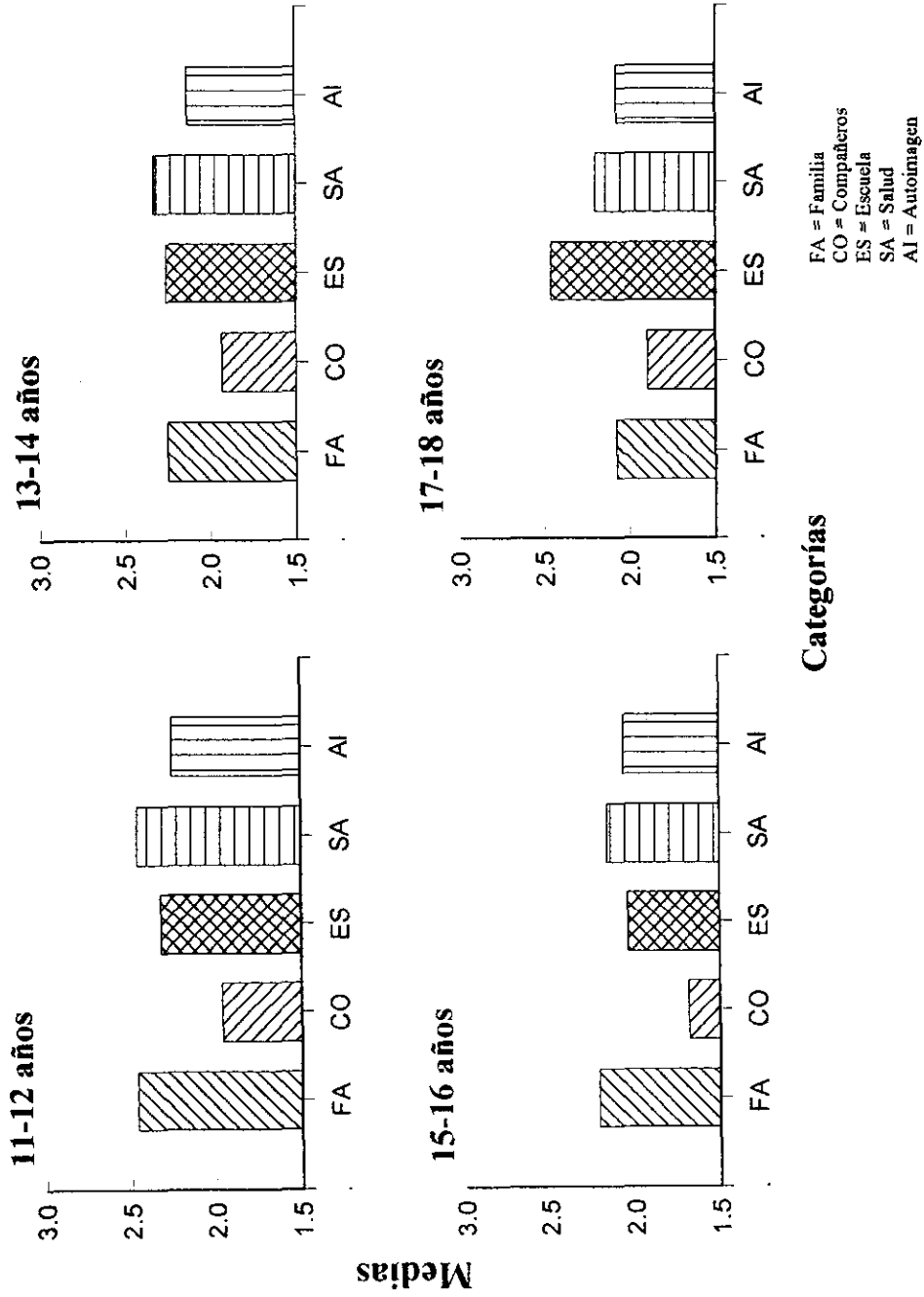
**Figura 3. Afrontamiento en mujeres de los 4 grupos de edad**



**Figura 4. Afrontamiento en hombres de los 4 grupos de edad**



**Figura 5. Valoración por grupos de edad en mujeres**



**Figura 6. Valoración por grupos de edad en hombres**

autoimagen; entre los 15 y 16 años la principal fuente de estrés para hombres y mujeres fueron las interacciones familiares.

Las interacciones con compañeros y coetáneos fueron valoradas por todos los grupos como las menos estresantes. En la gráfica 5 observamos las características de la valoración en mujeres de los cuatro grupos de edad y en la gráfica 6 de los hombres.

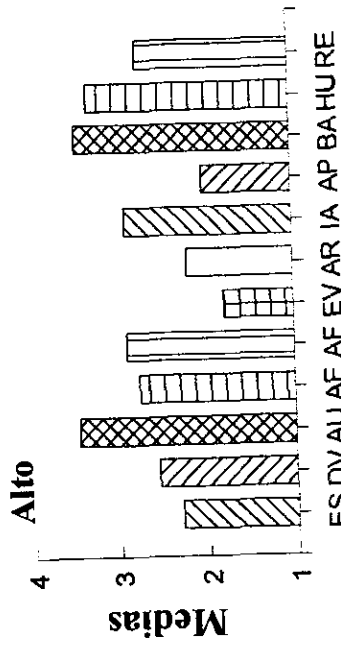
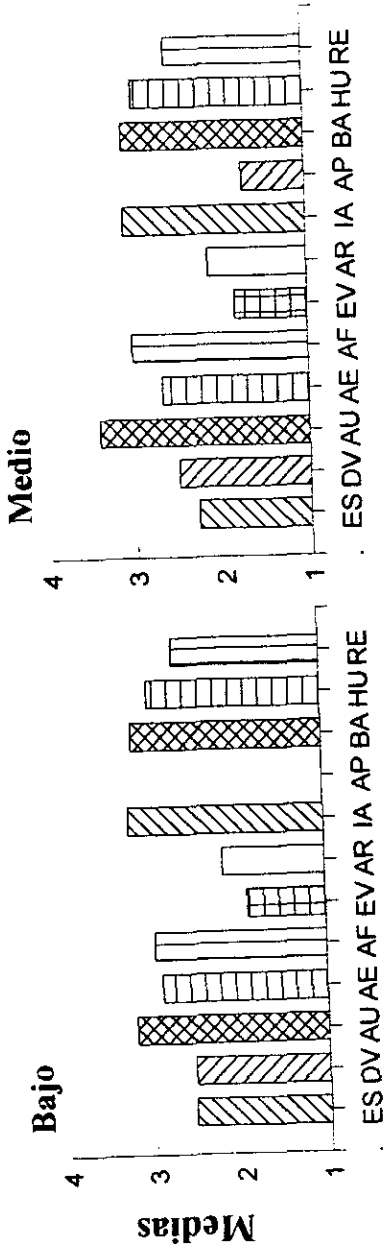
Al igual que en afrontamiento, en valoración también se encontraron diferencias globales, en general las mujeres valoraron su entorno como más estresante que los hombres, esto lo podemos observar en la tabla 4.

PUNTAJES PROMEDIO EN CATEGORÍAS DE VALORACIÓN POR GENERO		
NOMBRE DE LA CATEGORÍA DE VALORACIÓN	HOMBRES	MUJERES
FAMILIA	2.75	2.92
COMPAÑEROS	1.86	2.02
ESCUELA	2.27	3.21
SALUD	2.38	2.98
AUTOIMAGEN	2.13	2.52

TABLA 4: Puntajes promedio para categorías de valoración considerando el periodo de adolescencia de manera global.

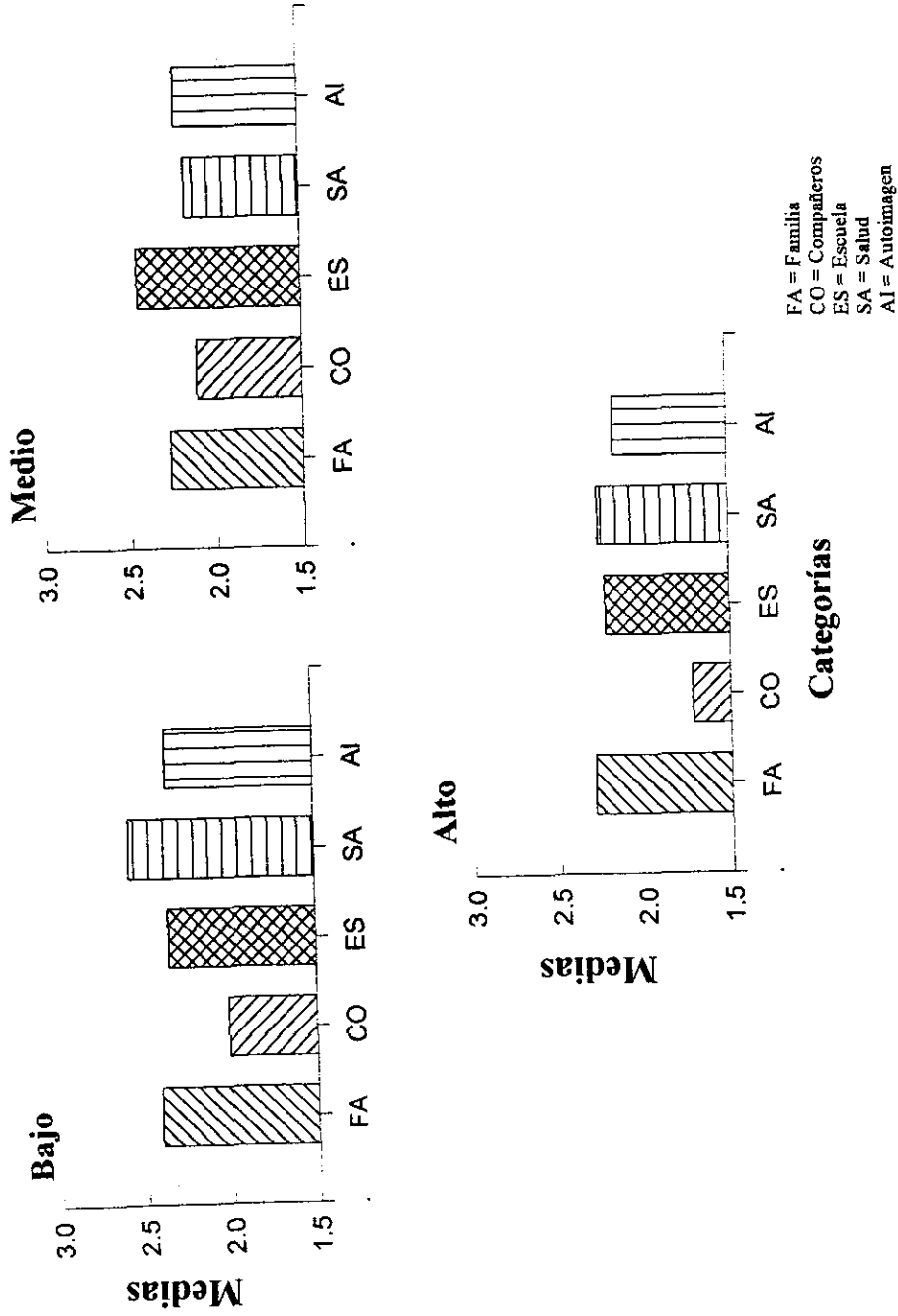
### **c) Contexto Sociocultural:**

Considerando el nivel educativo de los padres del adolescente y en general el nivel cultural y económico de la familia, el análisis de resultados no mostró diferencias en cuanto a las estrategias de afrontamiento usadas (autoestima, investigación con amigos y búsqueda de actividades), pero sí en cuanto al orden de preferencia de dichas estrategias. De esta forma en el nivel bajo, el orden de elección fue: investigar con amigos, autoestima y búsqueda de actividades; en el nivel medio, el orden de elección fue: autoestima, investigar con amigos, búsqueda de actividades incluyendo, a diferencia de los adolescentes de nivel bajo, el apoyo familiar; en el nivel alto, el orden fue autoestima, búsqueda de actividades y humor.



- Categorías**
- ES = Expresar Sentimientos
  - DV = Diversiones
  - AU = Autoestima
  - AS = Apoyo Social
  - AF = Apoyo Familiar
  - EV = Evitación
  - AR = Apoyo Religioso
  - IA = Investiga con Amigos
  - AP = Apoyo Profesional
  - BA = Búsqueda de Actividades
  - HU = Humor
  - RE = Relajación

**Figura 7. Afrontamiento por nivel socio-cultural**



**Figura 8. Valoración por nivel sociocultural**



Los tres niveles socioeconómicos valoraron el conjunto de interacciones familiares como una de las principales fuentes de estrés, para los niveles bajo y medio la familia ocupó el segundo lugar en fuentes de estrés y para los adolescentes del nivel alto ocupó el primer lugar. Para el nivel bajo los aspectos relacionados con la salud fueron la principal fuente de estrés y para los de nivel medio este lugar lo ocupó la escuela. En los adolescentes de nivel alto la salud ocupó el segundo lugar como fuente de estrés.

Nuevamente las interacciones con compañeros y coetáneos no mostraron ser una fuente de estrés importante ahora en relación al nivel educativo.

En la gráfica 7 observamos la preferencia hacia las distintas estrategias de afrontamiento en adolescentes clasificados de acuerdo al nivel sociocultural de su grupo familiar y su entorno comunitario, en la gráfica 8 tenemos la valoración que estos mismos adolescentes hacen de su entorno.

## DISCUSIÓN

Nuestros datos apoyaron los resultados de algunas investigaciones descritas previamente a lo largo de los capítulos de esta tesis. Básicamente consideramos la influencia del género, la edad cronológica y el contexto sociocultural en los procesos de valoración y afrontamiento que determinan el manejo del estrés durante la adolescencia e influyen en el bienestar físico y el ajuste psicosocial del adolescente.

Las variables consideradas (género, edad cronológica y contexto sociocultural) no influyeron de la misma manera en la valoración y el afrontamiento, nuestros datos indicaron que en algunos casos una variable influye más que las otras y en otras ocasiones el proceso de valoración o el de afrontamiento son el resultado de la interacción de dos o más variables de aquellas que fueron consideradas en este estudio. En las siguientes líneas analizaremos la influencia de cada variable en los procesos estudiados.

Retomando los principios de las teorías del desarrollo intelectual, Peterson (1989), Stern y Zevon (1990), Compas (1991) y Hoffman y cols. (1992) sugirieron que la valoración y el afrontamiento se modifican a medida que el adolescente adquiere nuevas habilidades cognitivas, mayor control emocional y mejor manejo de sus relaciones interpersonales; esto haría suponer entonces que a medida que el adolescente avanza a lo largo de esta etapa modifica sus estrategias de afrontamiento y cambia la valoración de su entorno. Nuestros datos indicaron que si bien existen diferencias en cuanto a la preferencia de ciertas estrategias de afrontamiento en los cuatro grupos de edad en que dividimos a los adolescentes, estas diferencias no llegan a considerar distintas estrategias para cada grupo, es decir los cuatro grupos consideraron estrategias similares y lo que varió fue el orden de elección de la estrategia en cada grupo. Las principales estrategias para los cuatro grupos de edad fueron: autoestima, búsqueda de actividades y uso del humor; el orden de preferencia por grupo difirió.

Al principio de la adolescencia predominó la búsqueda de actividades y la autoestima ocupó la segunda opción; en la adolescencia intermedia y tardía la autoestima superó a la búsqueda de actividades y se colocó como estrategia de primera opción. El uso del humor ocupó el cuarto lugar de preferencia en la adolescencia temprana y tardía, mientras que en la adolescencia intermedia (13 a 16 años) el humor ocupó el tercer lugar de elección. Dos estrategias de afrontamiento sumamente importantes fueron el apoyo familiar y la investigación con amigos, estas estrategias si mostraron diferencias asociadas a la edad, ya que únicamente los adolescentes tempranos (grupo 11-12) consideraron el apoyo familiar entre las tres

primeras estrategias de afrontamiento, a partir de la adolescencia media y hasta la adolescencia tardía el apoyo familiar perdió importancia y fue sustituido por la investigación con amigos, en este sentido Craig (1988) indica que las relaciones con sus compañeros y coetáneos ofrecen al adolescente el apoyo emocional que necesita para afrontar los múltiples cambios de su vida, el deseo de independencia en la adolescencia media y tardía les aleja del núcleo familiar y por lo tanto del uso del apoyo familiar como estrategia de afrontamiento impulsándoles a intentar asumir las riendas de su existencia, situación que en algunas familias rompe la homeostásis y origina situaciones críticas (Amara, 1993).

Apoyando la hipótesis de Peterson (op. cit.) encontramos que la preferencia hacia algunas estrategias se modifica con el nivel de desarrollo: expresar sentimientos, diversiones, apoyo religioso, apoyo familiar y búsqueda de actividades disminuyeron con la edad; mientras que la autoestima y con ella la confianza del adolescente en sí mismo aumentó a medida que avanzaba en su desarrollo. Las estrategias orientadas al control de las emociones predominaron al principio de la adolescencia y las orientadas a la solución del problema predominaron al final del periodo, estos resultados concuerdan con las conclusiones de Stern y Zevon (op. cit.) quienes al evaluar afrontamiento de adolescentes ante conflictos personales encontraron que los adolescentes jóvenes prefieren el afrontamiento enfocado a la emoción. De la misma manera son compatibles con los datos de Hoffman y cols. (op. cit.) quienes al comparar el afrontamiento de preadolescentes y adolescentes concluyeron que conforme aumenta la edad el objetivo del afrontamiento se modifica, pues a medida que avanza el nivel de desarrollo predominan las estrategias orientadas práctica y cognitivamente. Lo anterior puede explicarse retomando los principios de epistemología genética postulados por Jean Piaget quien al referirse al desarrollo cognoscitivo de los adolescentes, a quienes ubica en el estadio de operaciones formales, señala que adquieren la capacidad de analizar cuidadosamente un problema y plantear varias estrategias para abordarlo así como encontrar soluciones considerando distintas hipótesis con sus respectivas consecuencias (Ginsburg y Opper, 1977).

La forma en que el adolescente valora su contexto también parece diferir con la edad, nuestros resultados indican que en la adolescencia temprana y primeros años de la adolescencia intermedia (11-14 años) las principales fuentes de estrés se ubicaron en los rubros salud y familia, en ese orden, para los adolescentes tempranos se incluyó también la categoría escuela; entre los 15 y 16 años la principal fuente de interacciones estresantes fue la familia, el rubro salud pasó a segunda instancia; al final de la adolescencia las principales fuentes de estrés se relacionaron con eventos escolares-académicos, la salud y la autoimagen. La categoría menos estresante para todos los grupos fue la interacción con compañeros y coetáneos, esta categoría lejos de ser estresante constituyó una importante fuente de afrontamiento para todos los grupos de edad. La preocupación por el desempeño académico y el consecuente desarrollo de interacciones estresantes en esta categoría parece afectar prioritariamente al

principio y al final de la adolescencia, esto es perfectamente comprensible si recordamos que el principio de la adolescencia coincide en nuestro país con el ingreso a educación media básica lo cual implica el surgimiento o aumento de una gran cantidad de demandas que requieren que el adolescente ponga en juego una serie de estrategias de afrontamiento y reestructure sus marcos de valoración para lograr adaptarse exitosamente al nuevo contexto académico. Souza (1988) indica que muchas veces esta situación se torna más difícil porque el adolescente debe adaptarse simultáneamente a los cambios físicos, fisiológicos y emocionales propios de esta etapa de desarrollo.

Al final de la adolescencia el desarrollo de interacciones estresantes relacionadas con el desempeño académico o el contexto escolar está estrechamente vinculado a la elección vocacional y al bosquejo de un plan de vida, Merino (1991 y 1993) considera que la toma de decisiones y el respeto a la misma en la elección vocacional del adolescente suele crear conflictos entre el y su entorno y consigo mismo, ya que para ello debe contar con información suficiente sobre las distintas ocupaciones a las que puede dedicarse, conocer sus preferencias y aptitudes, sondear sus intereses y valores, analizar su entorno socioeconómico y por si esto fuera poco tratar de conciliar sus expectativas con las expectativas familiares y sociales para finalmente tomar una decisión que no siempre será respetada. En estrecha relación con la elección vocacional está la conformación de un posible plan de vida, pues como resultado de sus investigaciones Merino (1993) afirma que a partir de los 17 años el adolescente siente su futuro muy cercano, tiene mayor necesidad de independencia económica y en algunos casos se incorpora formalmente al campo de trabajo, mientras que en otros busca y ensaya empleos.

La preocupación por la autoimagen en la adolescencia tardía también está relacionada con el bosquejo de un plan de vida, ya que éste además de considerar los aspectos profesionales, implica la elección de una pareja con la cual establecer relaciones más íntimas y estables para compartir proyectos. La autoimagen también se asocia a la participación de estos adolescentes en un mundo de relaciones mucho más amplio, el logro de su independencia y la conquista de una perspectiva histórica de sí mismos.

Al igual que nosotros Puskar y Lamb (1991) encontraron que durante la adolescencia intermedia (entre los 13 y los 16 años) los eventos escolares pierden su carácter potencial para desencadenar interacciones estresantes, siendo los eventos asociados a la interacción familiar los que cobran mayor relevancia (sobre todo entre los 15 y 16 años), en líneas anteriores hemos explicado por qué la interacción familiar se torna difícil en la etapa del ciclo vital de la familia denominada "Hijos adolescentes", por lo que solo complementaremos con las afirmaciones de Obregón (1993) quien para explicar el conflicto del adolescente con la familia y en general con las figuras que representan autoridad, indica que "cuando el niño llega a la

adolescencia padres y maestros son sometidos a examen, ambos grupos (adultos y adolescentes) ponen a prueba su eficiencia y coherencia, una situación tal de evaluación pone en tensión a quienes rinden y a quienes toman el examen" (p. 55).

No podríamos finalizar el análisis del impacto de la edad cronológica en los procesos de afrontamiento y valoración durante la adolescencia sin mencionar que la edad cronológica y con ella el nivel de desarrollo adquirido puede, en interacción con el contexto socioeconómico y cultural, producir cambios importantes en la relación del adolescente con su medio. Datos muy relevantes por su contenido y por haber sido obtenidos de diversos núcleos de población mexicana son los de Castro y Llanes (1995), como resultado de su trabajo en el programa "Chimalli" propuesto por ellos mismos en 1992 a CONAPO y actualmente avalado por DIF. Estos investigadores encontraron que los adolescentes tardíos de nivel socioeconómico alto mostraron mayores problemas en el manejo de su conducta sexual, consumismo de productos chatarra, juegos electrónicos y de azar, fanatismo y consumo de diferentes drogas y tranquilizantes, mostrando una marcada tendencia a evadir los problemas como estrategia de afrontamiento. A diferencia de ellos los adolescentes tardíos de nivel medio presentaron manifestaciones somáticas, malos hábitos alimenticios, problemas para dormir y menor tendencia que sus coetáneos de nivel alto al uso de drogas. Los adolescentes medios de nivel económico medio y bajo presentaron sobre todo problemas de alcoholismo fomentado por la familia y los amigos, pobreza en información sexual, inadecuado manejo de su agresividad, dificultades en el manejo de dinero y pobre afrontamiento ante eventos negativos de la vida.

Considerando únicamente aspectos socioculturales Copeland y Hess (1995) compararon las estrategias de afrontamiento entre anglosajones e hispanos; estudiando los resultados obtenidos por ambos grupos en el A-COPE de Petterson y McCubbin (op. cit.), concluyeron que existen diferencias culturales vinculadas al afrontamiento, por ejemplo los hispanos se inclinaron más por el apoyo social y espiritual que los anglosajones.

Manjarrez y cols. (1995) también pretendieron evaluar el impacto del contexto cultural en adolescentes, en este caso mexicanos, sin embargo algunos problemas metodológicos en el diseño de la investigación impidieron obtener resultados claros, únicamente se obtuvieron diferencias de género por roles sexuales tradicionales y actuales, pero no por distintos contextos culturales.

Al evaluar en nuestra investigación la posible correlación entre contexto sociocultural y procesos de afrontamiento y valoración, concluimos que el contexto sociocultural no marcó diferencias en el tipo de estrategias utilizadas, pero sí en el orden de preferencia, ya que los adolescentes de nivel bajo establecieron el siguiente orden: investigar con amigos, autoestima y búsqueda de actividades; los de nivel medio tuvieron un repertorio más flexible que ordenaron: autoestima, investigación

con amigos, búsqueda de actividades y apoyo familiar; los de nivel alto eligieron autoestima, búsqueda de actividades y humor.

Para los tres niveles la interacción familiar fue altamente estresante, sobre todo para los de nivel alto. A los de nivel medio les preocupó especialmente la escuela por considerarla un medio de movilidad social (en estatus social y nivel económico). Finalmente en los adolescentes de nivel bajo se observó una marcada preocupación por la salud como elemento indispensable para el trabajo y la obtención de recursos económicos. La categoría familia considerada por nuestros tres grupos socioculturales de adolescentes como altamente estresante, también fue considerada así por los adolescentes que participaron en el estudio de Mates y Allison (Mates y Allison, 1992).

También correlacionadas con la edad cronológica y el nivel de desarrollo de los adolescentes se encontraron las diferencias por género, a medida que el adolescente avanzaba en esta etapa, las diferencias por género se hicieron más notorias. En nuestro estudio, al inicio de la adolescencia hombres y mujeres compartieron su inclinación a la búsqueda de actividades y el uso del humor como principales estrategias de afrontamiento, los hombres usaron como primera estrategia el apoyo familiar y luego la autoestima y las mujeres a la inversa. A partir de los 13 años en las mujeres la autoestima fue sustituida por la investigación con amigos mientras que los hombres sustituyeron el apoyo familiar por autoestima y uso del humor, recurriendo muy poco a la investigación con amigos. En el grupo 17-18 años los hombres ampliaron su repertorio de afrontamiento considerando autoestima, humor, búsqueda de actividades e investigación con amigos mientras que las mujeres se mantuvieron con dos estrategias prioritarias (investigación con amigos y autoestima).

Nuestros datos al igual que los de Copeland y Hess (op. cit.) indicaron que en general las mujeres presentan menor tendencia a la evitación y a la búsqueda de diversiones que los hombres, aceptando mucho más que ellos el apoyo social, espiritual y aún el apoyo profesional (sobre todo al final de la adolescencia). Estos hallazgos no son del todo sorprendentes ya que con anterioridad investigadores como Bird y Harris destacaron la influencia del rol sexual en el afrontamiento al estrés durante la adolescencia, considerando que el rol sexual asignado por la sociedad a cada individuo según su sexo biológico deriva en una serie de demandas que pueden desencadenar interacciones estresantes y formas específicas de afrontamiento validadas socialmente para cada sexo (Bird y Harris, 1990).

Diferencias en afrontamiento asociadas al género del adolescente también fueron encontradas por Stark y cols. (1989) y Patterson y McCubbin (1987), estos últimos concluyeron al igual que nosotros que las mujeres prefieren el apoyo social, investigar con amigos y usar la autoestima para enfrentar los problemas cotidianos en tanto que los hombres se inclinan por usar el humor y el optimismo. Cabe destacar

que a diferencia de nuestra investigación, en la de Patterson y McCubbin tanto hombres como mujeres consideraron el apoyo espiritual como estrategia de afrontamiento, sin embargo tanto el grupo de adolescentes de Patterson como el nuestro recurren muy poco al apoyo profesional.

Recientemente Weist y cols. (1995) exploraron la influencia del estrés cotidiano moderado por el locus de control, el contexto familiar, el apoyo social y el estilo de afrontamiento en el ajuste psicosocial y el desempeño escolar de adolescentes de noveno grado. Sus resultados mostraron claras diferencias de género: para los hombres la cohesión familiar fue la única variable protectora contra los efectos del estrés; para las adolescentes el apoyo social y la cohesión familiar se asociaron al incremento en vulnerabilidad ante problemas escolares. Las estrategias de afrontamiento centradas en el problema funcionaron como protector solo para las mujeres, los niños usaron poco este tipo de estrategias y se inclinaron más por la expresión de sentimientos. El locus de control externo fue mayor en hombres que en mujeres, haciendo que los varones recurrieran más a la familia para solucionar sus problemas, las niñas se independizaron mucho más rápido que los hombres en la solución independiente de sus problemas. Estas características parecen prolongarse hasta la edad adulta como lo demuestran Porter y Stone (1995), que al evaluar a cuarenta parejas de casados concluyeron que las mujeres reportaron más afrontamiento al problema ante eventos estresantes relacionados con su persona, familia e interacciones sociales que los hombres quienes solo usaron acción directa encaminada al problema en situaciones laborales; en este estudio el afrontamiento se modificó en función del género y el contexto.

Al igual que el afrontamiento la valoración cambia de acuerdo al género, al parecer las mujeres son más vulnerables al desarrollo de interacciones estresantes que los hombres pues valoran muchos eventos de su entorno como amenazas a su bienestar físico o emocional, esta hipótesis fue postulada y comprobada por Bird y Harris (op. cit.), Groer y cols. (1992) y Hastings y cols. (1996), nuestros datos la apoyan una vez más al arrojar mayores puntuaciones de estrés para las mujeres en el inventario de Hamm y Larson.

Entre los 11 y 12 años las mujeres se preocuparon más por la escuela y los hombres por eventos relacionados con la interacción familiar, esto es paradójico considerando que según nuestros datos son ellos quienes más recurren a la familia para solucionar sus problemas. Entre los 13 y 14 años los hombres se preocuparon más por la salud y las mujeres por su autoimagen; entre los 15 y 16 años hombres y mujeres se encontraron seriamente afectados por las interacciones familiares. Aunque nuestro estudio no evaluó detalladamente qué eventos específicos de la interacción familiar eran considerados estresantes por los adolescentes, Bird y Harris si lo hicieron, obteniendo que las principales interacciones estresantes en el ámbito familiar se desencadenaron por situaciones como: la selección de amigos, el uso del teléfono,

comportamiento catalogado por los padres como inmaduro, otorgamiento y manejo del dinero, realización de actividades domésticas, peleas con los hermanos, trabajo escolar, aspecto personal y ajuste a las reglas paternas. Alrededor de los 17-18 años, la familia deja de ser estresante para los hombres, pero continúa siéndolo para las mujeres que desde la adolescencia intermedia ubican al núcleo familiar como una fuente importante de interacciones estresantes.

Podríamos cuestionar por qué la familia es una fuente mucho más importante de estrés para las mujeres, esto puede explicarse de diversas maneras: una, considerando el cambio de valores y actitudes asociadas al rol sexual que viven nuestros adolescentes y que en muchos casos chocan con estilos de crianza y roles tradicionales que aún existen en muchas familias mexicanas (Manjarrez y cols. 1995). Otra, considerando las afirmaciones de Rivera para quien las mujeres evitan y minimizan menos que los hombres por lo que al enfrentarse a eventos familiares estresantes o negativos, cuestionan la estructura familiar y juegan un papel más activo en la búsqueda de soluciones, a diferencia de ellas los hombres atribuyen los problemas familiares a causas externas y tienden a minimizarlos, evadirlos o esperar que alguien más los solucione (Rivera, 1995). Una tercera explicación es que la familia suele ser mucho más tolerante y sus reglas mucho más flexibles adaptándose mejor a las necesidades del adolescente en el caso de los hombres que en el de las mujeres, para quienes las reglas son menos compatibles con el desarrollo de su independencia y el ejercicio de su sexualidad.

La categoría salud fue estresante únicamente al principio de la adolescencia, probablemente porque la gran cantidad de cambios físicos y fisiológicos que ocurren en este periodo y que dan origen a una serie de manifestaciones como la menstruación, eyaculaciones nocturnas, desarrollo de caracteres sexuales secundarios, etc. provocan que el adolescente, carente de información, pueda considerarlos síntomas anormales o indicios de enfermedad (Souza, op. cit. y Craig, op. cit.), esto sin contar con el hecho de que algunos de estos procesos se presentan acompañados de ligeros dolores o malestares físicos como es el caso de la menstruación o el dolor de huesos que acompaña al aumento acelerado de talla en la pubertad y adolescencia.

Para las mujeres la categoría salud fue sustituida por la categoría autoimagen durante los primeros años de la adolescencia intermedia, en esta etapa ellas se interesaron activamente por asimilar su nueva imagen y el aspecto que ésta presentaba ante los demás considerando las nuevas características de su cuerpo; la explicación del por qué la autoimagen se torna mucho más importante para las mujeres que para los hombres se encuentra en las diferencias en el ritmo de crecimiento físico y en la importancia que tiene el apoyo social como estrategias de afrontamiento para la mujer, quien para recibir dicho apoyo debe primero ser aceptada por su grupo.



Las diferencias en valoración y afrontamiento en hombres y mujeres originan distintos resultados en el proceso de adaptación del adolescente y pueden desencadenar conductas disruptivas y trastornos psicofisiológicos y emocionales. Grant y Compas (1995) estudiaron los mecanismos de riesgo en 55 adolescentes cuyo padre o madre tenían diagnóstico de cáncer; las niñas reportaron más agresividad y síntomas depresivos que los niños, ellas usaron más la reflexión y asumir responsabilidades familiares como estrategias de afrontamiento sin embargo esto no contribuyó a disminuir su estrés, sobre todo cuando era la madre quien tenía cáncer.

La conducta disruptiva en mujeres adolescentes también parece estar asociada al manejo de estrés, Hasting y cols. (op. cit.) investigaron a niñas con y sin conducta disruptiva, encontrando que las niñas con conducta disruptiva experimentan más estrés que sus compañeras y con mayor frecuencia usan conducta autodestructiva como estrategia de afrontamiento, este último está focalizado prioritariamente al control emocional y es de tipo pasivo. En un estudio realizado por nosotros (Barrientos y cols. 1995) encontramos datos similares al analizar la relación entre afrontamiento y ajuste psicosocial y académico en adolescentes tardíos, al comparar a este grupo con otro grupo de la misma edad sin problemas de ajuste psicosocial ni académico encontramos que los adolescentes del primer grupo tienen mayor tendencia a expresar sus sentimientos, gritan y se enojan más; aunque su puntaje en autoestima fue más alto que en los adolescentes del segundo grupo, las entrevistas revelaron que el concepto que tenían de sí mismos era poco objetivo tendiendo a sobrevalorar sus alcances y minimizar sus limitaciones. Los adolescentes con problemas utilizaron menos el apoyo social y familiar, evitaron más y buscaron principalmente el apoyo de sus amigos para afrontar los problemas, esto fue poco eficaz y constituyó un importante factor de riesgo considerando que su grupo de amigos estaba formado por adolescentes con problemáticas similares a las de ellos. Los adolescentes del primer grupo fueron menos optimistas que sus coetáneos y menos inclinados a buscar actividades sanas que les permitieran superar sus problemas o canalizar sus tensiones. Su afrontamiento en general fue más pasivo y encaminado a la emoción.

Indudablemente los eventos escolares suelen constituir una importante fuente de estrés para algunos adolescentes, quienes al manejar inadecuadamente estas interacciones pueden presentar problemas de adaptación psicosocial o rendimiento escolar como en los casos anteriores y trastornos fisiológicos relacionados con problemas emocionales como en el estudio de Lee y Larson (1996). En dicho estudio se investigó de que manera influían las estrategias de afrontamiento desplegadas por los adolescentes ante situaciones de examen, para disminuir los problemas físicos y emocionales derivados de la interacción estresante. Sus resultados indicaron que existe preferencia de los estudiantes Coreanos hacia la solución de problemas y la búsqueda de información para afrontar el estrés previo al examen y durante el mismo,

el uso de estas estrategias redujo la depresión mientras que el uso de la descarga emocional se relacionó con un incremento en los síntomas físicos. El impacto del estrés en la salud de los individuos ha sido también documentado por Reeve (1994).

Otro tipo de trastornos mucho más graves por sus consecuencias en la salud de las personas, la manera en que alteran su desarrollo personal y social y cambian sus perspectivas de vida, son las adicciones. La relación entre afrontamiento y desarrollo de adicciones durante la adolescencia ha sido documentada por Patterson y McCubbin (op. cit.) quienes descubrieron ciertos patrones (consultar con amigos, ventilar sentimientos y apoyo social) que asociados a determinados contextos pueden favorecer el uso de drogas, mientras que otros (apoyo familiar y espiritual) parecen reducir el riesgo de adicciones. La relación entre estrés y adicciones también ha sido estudiada de manera general por Campbel y cols. (1983).

Los hallazgos derivados de las investigaciones anteriores son sumamente importantes porque de ser confirmados en futuros estudios, los patrones de afrontamiento podrían funcionar como predictores de problemas de adaptación escolar y psicosocial, adicciones y algunos trastornos psicofisiológicos y emocionales comunes en los adolescentes. A partir de esto podrían desarrollarse programas generales de detección y modificación de factores de riesgo como es el caso del programa "Chimalli" o programas específicos con adolescentes que ya presentan problemas.

Al aportar datos sobre los procesos de valoración y afrontamiento en adolescentes mexicanos, esta tesis pretendió contribuir con información para el posterior desarrollo de programas preventivos y de información adaptados a nuestra población. De especial relevancia fueron los hallazgos sobre valoración ya que investigaciones anteriores solo se han enfocado al afrontamiento, siendo que el desarrollo de interacciones estresantes es el producto de la relación biunívoca entre valoración y afrontamiento.

Al analizar el impacto de variables como el género, la edad cronológica y el contexto sociocultural en la valoración y el afrontamiento, se apoyan una vez más los postulados de Lazarus y Folkman (1986) sobre afrontamiento y valoración como procesos multicausales; en esta investigación dichos procesos se vieron alterados no por una sino por la interacción de las variables de estudio, es decir, el género, la edad cronológica y el contexto sociocultural no solo alteraron de manera individual el afrontamiento y la valoración sino que la relación entre variables produjo otro tipo de cambios en afrontamiento, valoración y manejo del estrés. De hecho en la presente investigación no se consideraron algunas otras variables como la estructura familiar citada por Bird y Harris (1990) y por Nadelson y Nadelson (1980, cit. en Bird y Harris, 1990) como un importante aspecto que influye en el desarrollo de interacciones estresantes y formas de afrontamiento; tampoco se evaluó el estilo de crianza

mencionado por Compas (1987) como una fuente de aprendizaje de estrategias de afrontamiento y formas de valoración del entorno, por lo que se sugiere considerarlas en futuras investigaciones.

Haciendo una consideración global de los resultados podemos concluir que el repertorio de afrontamiento de nuestro grupo de adolescentes es pobre en cuanto al número de estrategias empleadas y flexibilidad del repertorio, por lo que con el fin de facilitar el proceso de adaptación a las diversas demandas propias de esta etapa de desarrollo sería conveniente desarrollar programas cuyo objetivo sea ampliar el repertorio de estrategias de afrontamiento del adolescente ante situaciones cotidianas que pudieran tornarse en interacciones estresantes, por ejemplo: favorecer el uso de estrategias como relajación y apoyo profesional que fueron poco empleadas por nuestros adolescentes y que podrían constituir importantes fuentes de afrontamiento al problema y a las emociones derivadas del mismo y con ello reducir los trastornos psicofisiológicos comúnmente reportados por adolescentes.

Los programas de intervención sobre afrontamiento y valoración tendrían desde mi punto de vista los siguientes objetivos:

- a) Facilitar en el adolescente el aprendizaje de estrategias de afrontamiento que le permitan eliminar o reducir el carácter estresante de la demanda.
- b) A partir de esto disminuir la frecuencia y calidad de las interacciones estresantes y con ello coadyuvar al bienestar físico y emocional.
- c) Favorecer en el adolescente la búsqueda de nuevas fuentes de apoyo para eliminar, reducir o modificar la demanda.
- d) Estructurar estrategias de aprendizaje que permitan al adolescente redefinir la demanda, con el fin de modificar su carácter estresante.

Los programas podrían llevarse a cabo por lo menos con dos modalidades:

- 1.- A manera de intervención con fines correctivos: para los adolescentes que ya presentan problemas (cuyo manejo de interacciones estresantes ha conducido a problemas de adaptación psicosocial, académica o ha dañado su salud física y emocional). Dichos programas se llevarían a cabo en escenarios clínicos con terapia individual o de grupo cuyos integrantes compartieran características similares. Los indicados de dirigir y conducir las sesiones del programa serían psicólogos con experiencia clínica o especializados en el manejo de factores de riesgo en el área de la salud.

- 2.- A manera de prevención: con grupos de adolescentes que aún no presentan problemas pero a quienes el participar en este programa les haría menos vulnerables a presentar problemas en el manejo de estrés y les daría elementos para adaptarse a las demandas derivadas de su etapa de desarrollo.

Los programas preventivos podrían realizarse en pequeños grupos coordinados por especialistas de las instituciones de salud y asistencia social (DIF, SSA, etc.) o de manera masiva introduciendo el programa, por lo menos a nivel secundaria, dentro de los contenidos del programa de Orientación Educativa, esto es posible ya que en el bloque I "El adolescente y la salud" el programa estipula la revisión y trabajo de un rubro denominado genéricamente "Desarrollo de la Seguridad Personal", en el cual se trabajan los temas "autoestima" y "asertividad", sin embargo el contenido temático podría ser complementado con temas como "Toma de decisiones", "Desarrollo de habilidades sociales" y "Solución de problemas" en relación a los cuales pueden desarrollarse una serie de dinámicas que favorecen la amplitud en el repertorio de estrategias de afrontamiento y modificaciones en la valoración de su entorno por parte de los adolescentes, interesantes dinámicas que ayudan a lograr este objetivo se encuentran en los libros de Susan Pick (Pick y cols. 1990 y 1992) y en la colección de libros de Guerrero y Alcantar (1993 y 1994).

De especial importancia se considera el trabajo con adolescentes de 13 y 14 años, pues de acuerdo a nuestros datos en esta etapa los adolescentes presentan independientemente de su género y contexto sociocultural una disminución en el uso de estrategias de afrontamiento al problema y mayor tendencia a la evitación, las estrategias utilizadas para afrontar las emociones derivadas del problema fueron búsqueda de diversiones y humor utilizado para minimizar o ver el problema sarcásticamente. La valoración en estos adolescentes también difirió de los otros grupos, sus respuestas indican un aparente desinterés por todo lo que les rodea. Su autoestima y las estrategias de afrontamiento vinculadas al bienestar físico y emocional y la adaptación psicosocial disminuyeron sus puntajes de preferencia en esta etapa, mientras que la evitación y la búsqueda de diversiones aumentó. Con la intención de establecer la posible correlación de estas características de afrontamiento y valoración con la adaptación escolar y el rendimiento académico de los adolescentes, se revisaron los registros de calificaciones y las libretas de registro conductual de los alumnos de esta edad de nivel sociocultural medio, encontramos una estrecha relación entre el uso de estas estrategias y formas de valoración con la disminución en promedio de calificaciones, aumento en los índices de reprobación y en la cantidad y gravedad de reportes por conducta inadecuada.

Quisiera finalizar el trabajo con algunas consideraciones metodológicas ya que aunque el diseño de nuestra investigación permitió responder a las preguntas y objetivos estipulados al inicio de la misma, considero que sería conveniente hacer una

revisión más amplia de los instrumentos para evaluar valoración y afrontamiento. Los instrumentos aquí utilizados con este fin, A-COPE, INVENTARIO DE EVENTOS MICROESTRES Y ENTREVISTA DE LAZARUS Y FOLKMAN, los dos primeros específicamente diseñados para adolescentes y el último diseñado para la población en general, fueron útiles y han sido utilizados en muchos estudios, Fanshawe y Burnett (1991) consideran a uno de ellos, el A-COPE, como uno de los instrumentos más válidos y confiables para evaluar afrontamiento en adolescentes y el instrumento ha sido utilizado por muchos investigadores al igual que el de Hamm y Larson, sin embargo a pesar de obtener interesantes resultados con la aplicación de ellos a nuestra población de trabajo, considero necesario checar algunos ítems del ACOPE con respecto a que realmente evalúen la estrategia en la cual son considerados, por ejemplo que algunos ítems evalúen realmente autoestima y no otra categoría; es importante también revisar la definición de categorías cuyos ítems las hacen muy similares y dificultan un poco el análisis de los resultados, tal es el caso de las categorías búsqueda de actividades y diversiones así como algunos ítems de evitación. Podrían incluirse también algunos ítems específicamente vinculados con formas de afrontamiento en la población mexicana. Con respecto al instrumento de Hamm y Larson para evaluar valoración, creo que es necesario ampliarlo ya que únicamente evalúa cinco categorías y existen otros eventos que desencadenan interacciones estresantes en nuestra población, la lista de estos otros eventos fue recogida por nosotros agregando al instrumento al final de cada categoría un renglón para que los adolescentes pusieran el o los eventos no considerados en el instrumento que les provocan estrés, en trabajos posteriores pretendemos retomar esta línea y ampliar los ítems. Podría también considerarse la validación de la escala de Fanshawe y Burnett (op. cit.) para evaluar valoración, esta escala ofrece ítems mucho más específicos para evaluar situaciones escolares potencialmente estresantes y ofrece la ventaja de integrar ítems de escalas previamente realizadas como la de Kohn y Frazer (1986) y la lista Strutytsky (1985), ambas citadas en el trabajo de análisis metodológico de investigación de estrés en adolescentes, realizado por Fanshawe y Burnett (op. cit.).

## CONCLUSIONES

El género, la edad cronológica y el contexto sociocultural en el que se desarrollan los adolescentes influyen en sus procesos de valoración y afrontamiento a las demandas cotidianas y determinan el desarrollo y manejo de interacciones estresantes. Estas variables influyen en la valoración y el afrontamiento de manera individual y como resultado de la interacción de cada variable con las demás.

En relación a la edad cronológica y el afrontamiento nuestros datos indicaron que si bien existen diferencias en cuanto a la preferencia de ciertas estrategias en los cuatro grupos de edad en que dividimos a los adolescentes, dichas diferencias no llegan al grado de considerar distintas estrategias para cada grupo, los cuatro grupos consideraron estrategias similares ( autoestima, búsqueda de actividades y uso del humor) variando únicamente el orden de preferencia en cada grupo.

El apoyo familiar usado como importante estrategia de afrontamiento en la adolescencia temprana fue sustituido por la investigación con amigos a partir de la adolescencia intermedia. De la misma manera que el uso de apoyo familiar; expresar sentimientos, diversiones, apoyo religioso y búsqueda de actividades disminuyeron con la edad, mientras que el uso de la autoestima como estrategia de afrontamiento aumentó sus puntajes de preferencia a medida que el adolescente avanzaba en esta etapa y aumentaba la confianza en sí mismo.

Las estrategias orientadas al control de las emociones predominaron al principio de la adolescencia y las orientadas al problema predominaron al final de dicha etapa, confirmando una vez más los hallazgos de Stern y Zevon (1990), Hoffman y cols. (1992) y Compas y cols. (1991).

Al igual que el afrontamiento, la valoración se modificó con la edad. Durante la adolescencia temprana e inicios de la adolescencia intermedia, las principales fuentes de estrés derivaron de interacciones familiares y procesos salud-enfermedad. Los eventos escolares solo fueron considerados estresantes al principio y al final de la adolescencia pero no en la etapa intermedia, en que la principal fuente de estrés fue la interacción familiar al igual que en la investigación realizada por Puskar y Lamb (1991). La interacción con compañeros y coetáneos no resultó estresante para ningún grupo de edad, de hecho para los adolescentes intermedios y tardíos, esta interacción resultó ser una importante fuente de apoyo para afrontar los problemas cotidianos y las emociones derivadas de los mismos.

La preocupación por el desempeño académico y la autoimagen al final de la adolescencia estuvo relacionada con la elección vocacional y el bosquejo de un plan de vida.

Castro y Llanes (1995) encontraron correlación entre edad, contexto sociocultural y estrategias de afrontamiento, Copeland y Hess (1995) también encontraron estas diferencias considerando el contexto sociocultural y el afrontamiento; nuestros datos indicaron que los adolescentes de nivel sociocultural medio a diferencia de los de niveles alto y bajo incluyen en su repertorio como una importante fuente de afrontamiento el apoyo familiar. La autoestima fue la principal estrategia de afrontamiento para los adolescentes de niveles medio y alto, mientras que para los de nivel bajo lo fue la investigación con amigos. El humor fue usado como una de las tres primeras estrategias únicamente por los adolescentes de nivel alto.

En los tres niveles de contextos socioculturales la interacción familiar fue valorada como la principal causa de interacciones estresantes al igual que en la investigación de Mates y Allison (1992). Los eventos escolares resultaron especialmente estresantes para los de nivel medio ya que para estos adolescentes el desempeño escolar brindaba la posibilidad de llegar a niveles superiores y con ello obtener un medio de movilidad social. La salud preocupó particularmente a los adolescentes de contextos socioculturales bajos por considerarla elemento indispensable para el trabajo y la obtención de recursos económicos.

Encontramos también diferencias de género en el afrontamiento y la valoración, estas diferencias se hicieron más notorias a medida que aumentaba la edad del adolescente. En nuestra investigación las mujeres presentaron menor tendencia a la evitación y la búsqueda de diversiones que los hombres, aceptaron más el apoyo social, espiritual y al final de la adolescencia el apoyo profesional. Las diferencias por género fueron previamente reportadas por Stark y cols. (1989), Patterson y McCubbin (1987) y Bird y Harris (1990); sin embargo a diferencia del estudio de Patterson y McCubbin (op. cit.), en nuestro trabajo hombres y mujeres adolescentes se inclinaron poco por el apoyo religioso. Las mujeres prefirieron la investigación con amigos y el apoyo social en general y los hombres la búsqueda de actividades. El uso del humor para afrontar los problemas cotidianos fue más frecuente en hombres que en mujeres.

Se confirmó la hipótesis de Bird y Harris (op. cit.), Groer y cols. (1992) y Hastings y cols. (1996) con respecto a que las mujeres son más vulnerables al desarrollo de interacciones estresantes que los hombres. Aunque la interacción familiar fue estresante para hombres y mujeres, para estas últimas lo fue más, dado que las reglas y restricciones familiares suelen ser más rígidas para las mujeres que para los hombres. La autoimagen también fue especialmente importante para las mujeres pero no para los hombres.

Analizando globalmente los datos, nuestros adolescentes mostraron un repertorio restringido de estrategias de afrontamiento, por lo que consideramos que con el fin de mejorar su adaptación a las múltiples demandas de esta etapa del desarrollo, el repertorio de afrontamiento debe ampliarse y hacerse más flexible, sobre todo en la adolescencia intermedia periodo en el cual nuestros datos indicaron una disminución en el uso de las diferentes estrategias de afrontamiento y valoración del contexto poco adecuada, con tendencia a minimizar y evadir las demandas del contexto.

Dado que las categorías familia y escuela parecieron ser una importante fuente de estrés para la mayor parte de los adolescentes, convendría estudiarlas con mayor detalle y diseñar programas de afrontamiento y valoración que permitieran al adolescente disminuir las interacciones estresantes y aprender a manejar las demandas derivadas de la interacción familiar y escolar.

Finalmente nuestros datos corroboraron que el desarrollo de interacciones estresantes es el resultado de la interacción entre procesos de valoración y afrontamiento, mismos que se ven modificados por múltiples variables entre las que deben considerarse: la edad y con ello el nivel de desarrollo, el contexto sociocultural y el género. Existen otros factores que como el estilo de crianza o la estructura familiar también podrían modificar la valoración y el afrontamiento y que no fueron evaluados en esta tesis pero que sería interesante analizar en futuras investigaciones.



## BIBLIOGRAFIA

Allen, S. y Hiebert, B. (1991). Stress and coping in adolescents. Canadian Journal of Counselling. **25(1)**, 19-32.

Amara P. G. (1993). El adolescente y la familia. Perfiles Educativos. **60** , 13-18.

Aro, H., Hanninen, V. y Paronen, O. (1989). Social support life events and psychosomatic symptoms among 14-16 year old adolescents. Social Science and Medicine. **29(9)**, 1051-1056.

Barrientos, N. I., Reynoso, E. L. y Seligson N. I. (1995). Análisis del desarrollo de interacciones estresantes y estrategias de afrontamiento en adolescentes. Trabajo presentado en el VII Congreso Mexicano de Psicología realizado en la Cd. de México.

Bauwens, J. y Hourcade, J. (1992). School based sources of stress among elementary and secondary at risk students. School Counselor. **40 (2)** , 97-102.

Belar, D. C., Deardorff, W y Kelly, K. (1987). Defining the field of clinical health psychology. En C. D. Belar, W. W. Deardorff y K. E. Kelly (Eds.). The Practice of Clinical Health Psychology. Capitulo 1, p.p. 1-10. New York: Pergamon Press.

Billings, A. y Moos, H. (1981). The Role of Coping Responses and Social Resources in attenuating the stress of life events. Journal of Behavioral Medicine. **4 (2)** , 139-157.

Bird, G. W. y Harris, R. L. (1990). A Comparison of Role Strain and Coping Strategies by Gender and Family Structure among early Adolescents. Journal of Early Adolescence. **10 (2)** , 141-158.

Blanchard, E., Appelbaum, K., Radnitz, C., Michultka, D., Morrill, B., Kirsch, C. Hillhouse, J., Evans, D., Guarnieri, P., Attanasio, V., Andrasik, F., Jaccard, J. y Dentinger, M. (1990). Placebo- controlled evaluation of abbreviated progressive muscle relaxation and of relaxation combined with cognitive therapy in the treatment of tension headache. Journal of Consulting and Clinical Psychology. **58 (2)** , 210-215.

Blanchard, E., Appelbaum, K., Radnitz, C., Morrill, B., Michultka, D., Kirsch, C., Guarnieri, P., Hillhouse, J., Evans, D., Jaccard, J. y Barron, K. (1990). A controlled evaluation of thermal biofeedback and thermal biofeedback combined with cognitive

therapy in the treatment of vascular headache. Journal of Consulting and Clinical Psychology. **58 (2)** , 216-224.

Campbel, F., Singer, G. y Schofield, P. (1983). Stress, Drugs and Health. New York Pergamon Press .

Campillo, R. M. y Mijangos, C. R. (1996). Manejo del Miedo Dental: Entrenamiento en Imaginación Guiada. Trabajo presentado en el XIII Congreso Mexicano de Análisis de la Conducta, I Congreso Interamericano e Iberoamericano de Análisis de la Conducta realizado en Veracruz, México.

Castro y Llanes. (1995). "Chimalli" Programa de Prevención de riesgo Psicosocial en la adolescencia: Una comparación entre adolescentes medios y tardíos. Trabajo presentado en el VII Congreso Mexicano de Psicología realizado en la Cd. de México.

Compas, B. (1987). Coping with Stress during Childhood and Adolescence. Psychological Bulletin. **101 (3)**, 393-403.

Compas, B., Banez, G., Malcarne, V. y Worsham, N. (1991). Perceived control and coping with stress: A developmental perspective. Journal of Social Issues. **47 (4)** , 23-34.

Copeland, E. y Hess, R. (1995). Differences in young adolescents' coping strategies based on gender and ethnicity. Journal of Early Adolescence. **15 (2)** , 203-219.

Craig, G. J. (1988). Desarrollo Psicológico. Capítulo XIII, pp. 405-431. México. Prentice Hall Inc.

Dishion, T. J. y Andrews, D. W. (1995). Preventing escalation in problem behaviors with high risk young adolescents: Immediate and 1 year outcomes. Journal of Consulting and Clinical Psychology. **63 (4)** , 538-548.

Duran, G. L., Hernández, R. M., Díaz, N. L. y Becerra, A. J. (1993). Educación para la Salud. Perfiles Educativos, **Octubre-Diciembre**, 42-48.

Elliot, Ch.; Jay, S. y Woody, P. (1987). An observation scale for measuring children's distress during medical procedures. Journal of Pediatric Psychology. **12 (4)**, 543-551.

Fanshawe, J. y Burnett, P. (1991). Assessing school- related stressors and coping mechanisms in adolescents. British Journal of Educational Psychology. **61 (1)**, 92-98.

Friedman, M. y Rosenman, R. (1976). Conducta Tipo A y su Corazón. Capítulo VI, pp. 68-98. Barcelona. Ediciones Grijalbo.

Friedman, M. y Rosenman, R. (1976). Conducta Tipo A y su Corazón. Capítulo VII, pp. 99-110. Barcelona. Ediciones Grijalbo.

Friedman, M. y Rosenman, R. (1976). Conducta Tipo A y su Corazón. Capítulo VIII, pp. 111-122. Barcelona. Ediciones Grijalbo.

Genest, M. y Genest, S. (1987). Psychology and Health. Capítulo I, pp. 7-30. Illinois. Research Press.

Gil, M. K. (1984). Coping Effectively with invasive medical procedures : A Descriptive Model. Clinical Psychology Review, **4** 339-362.

Ginsburg, H. y Opper, S. (1977). Piaget y la teoría del desarrollo intelectual. Capítulo V, pp. 171-195. México. Prentice Hall Inc.

Guerrero, A. y Alcántar, R. (1994). Al Final de un Camino. México. Ediciones Guerrero-Alcántar.

Guerrero, A. y Alcántar, R. (1993). Mi Libro de Orientación y Cuaderno de Tareas I. México. Ediciones Guerrero Alcántar.

Guerrero, A. y Alcántar, R. (1993). Mi libro de Orientación y Cuaderno de Tareas II. México. Ediciones Guerrero Alcántar.

Grant, K. y Compas, B. (1995). Stress and anxious-depressed symptoms among adolescents: Searching for mechanisms of risk. Journal of Consulting and Clinical Psychology, **63 (6)** , 1015-1021.

Groer, M. W., Thomas, S. P., Shoffner, D. (1992). Adolescent stress and coping: A longitudinal study. Research in Nursing and Health, **15 (3)** , 209-217.

Ham, M. y Larson, R. (1990). The cognitive moderation of daily stress in early adolescence. American Journal of Community Psychology, **18 (4)**, 567-585.

Hastings, T., Anderson, S. y Kelley, M. (1996). Gender differences in coping an daily stress in conduct disordered and non conduct disordered adolescents. Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment, **18(3)**, 213-226.

Hoffman, M. A., Levy, S. R., Solhberg, S. C. y Zarizki, J. (1992). The impact of stress and coping: Developmental changes in the transition to adolescence. Journal of Youth and Adolescence. **21(4)**, 451-459.

Holtzman, W. H., Evans, R. I., Kennedy, S e Izcoe, I. (1987). Psychology and Health: Contributions of psychology to the improvement of health and health care. Bulletin of the world health organization. **65 (6)**, 913-935.

Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática. (1991). Información Estadística, sector salud y seguridad social. Cuaderno 7. México. S. S. A.

Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática. (1991). Información Estadística, sector salud y seguridad social. Cuaderno 8. México. S. S. A.

Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática. (1991). Información Estadística, sector salud y seguridad social. Cuaderno 9. México. S. S. A.

Jorgensen, R. S. y Dusek, J. B. (1990). Adolescent adjustment and coping strategies. Journal of Personality. **58 (3)**, 503-513.

Joseph, J.; Emmons, C.; Kessler, R.; Wortlman, C.; O'Brien, K.; Hocker, W. y Schaefer, C. (1984). Coping with the Threat of AIDS. American Psychologist. **39(11)**, 1297-1302.

Latack, J. C. y Havlovic, S. J. (1992). Coping with Job Stress: A Conceptual Evaluation Framework for coping measures. Journal of Organizational Behavior. **13**, 479-508.

Lazarus, R y Folkman, S. (1986). Estrés y Procesos Cognitivos. Barcelona. Editorial Martínez Roca.

Lee, M. y Larson, R. (1996). Effectiveness of coping in adolescence: The case of Korean examination stress. International Journal of Behavioral Development. **19 (4)**, 851-869.

Leserman, J.; Perkins, D. and Evans, D. (1992). Coping with the Threat of AIDS: The Role of Social Support. American Psychiatric Association. **149 (11)**, 1514-1520.

Manjarrez, I. J., Valenzuela, M. M., Valdez, D. V. y Basurto, G. T. (1995). Cambio cultural en adolescentes. Trabajo presentado en el VII Congreso Mexicano de Psicología, realizado en la Ciudad de México.

- Mates, D. y Allison, K. (1992). Sources of stress and coping responses of high school students. Adolescence. **27 (106)**, 461-474.
- Mechanic, D. (1983). Adolescent health and illness behavior: review of the literature and a new hypothesis for the study of stress. Journal of Human Stress. **9 (2)**, 4-13.
- Medina, A. R. y Badía, M. J. (1984). Psiquiatría: Vida de Relación, Capítulo 8, pp. 202-215. México. Facultad de Medicina, UNAM.
- Meichenbaum, D. y Cameron, R. (1987). Entrenamiento en Inoculación de Estrés. En Meichenbaum, D y Jaremko, M. (Eds.). Prevención y Reducción de Estrés. Capítulo IV, pp. 107-145. Bilbao. Desclee de Brouwer.
- Merino G. C. (1991). Adolescencia, juventud y plan de vida. Perfiles Educativos. **47-48** , 66-70.
- Merino, G. C. (1993). Identidad y plan de vida en la adolescencia media y tardía. Perfiles Educativos. **60** , 44-48.
- Obregón, R. T. (1993). El adolescente estudiante: Experiencia docente. Perfiles Educativos. **60**. 53-57.
- Ortiz, V. G.; Gamboa, S. T.; Ehrenzweig, S. Y. y Sivillá, R. I. (1996). Modificación de Estilos de Afrontamiento para el Autocontrol del Paciente Hipertenso. Trabajo presentado en el XIII Congreso Mexicano de Análisis de la Conducta, I Congreso Interamericano e Iberoamericano de Análisis de la Conducta, realizado en Veracruz, México.
- Patterson, J. M. y McCubbin, H. I. (1987). Adolescent coping style and behaviors: conceptualization and measurement. Journal of Adolescence. **10 (2)**, 163-186.
- Peterson, L. (1989). Coping by Children Undergoing Stressful Medical Procedures: Some Conceptual, Methodological and Therapeutic Issues. Journal of Consulting and Clinical Psychology. **57 (3)**, 380-387.
- Pick, W. S. y Vargas, T. E. (1990). Yo, Adolescente. México. Limusa.
- Pick, W., Aguilar, G., Rodríguez, G. y Montero, M. (1992). Planeando tu Vida: Programa de Educación Sexual para Adolescentes. México. Planeta.
- Porter, L. y Stone, A. (1995). Are there really gender differences in coping? A reconsideration of previous data and results from a daily study. Journal of Social and Clinical Psychology. **14 (2)**, 184-202.

Puskar, K. y Lamb, J. (1991). Life events, problems, stresses and coping methods of adolescents. Issues in Mental Health Nursing. 2 (3) , 267-281.

Reeve, J. (1994). Motivación y Emoción. Capítulo XVI, pp. 393-425. España. Mc Graw Hill Internacional.

Reynoso, E. L. (1989). Cuide su Corazón. México. Promex-Patria.

Rice, L. P. (1992). Stress and Health. Capítulo V, pp. 116-146. Grove, California. Brooks Cole Publishing Company Pacific.

Rivera, H. M. (1995). Diferencias por sexo en la percepción de la familia en un grupo de adolescentes. Trabajo presentado en el VII Congreso Mexicano de Psicología, realizado en la Ciudad de México.

Rodríguez, O. y Palacios, J. (1989). Consideraciones sobre la Psicología de la Salud en México. En Javier Urbina (Ed.) El Psicólogo, Formación, Ejercicio Profesional y Perspectivas. Capítulo 5 pp. 45-58. México. UNAM.

Roskies, E. (1987). Stress Management for the Healthy Type A: Theory and Practice. New York. The Guilford Press.

Salinas, R. J. (1995). El Psicólogo en la Atención a la Salud. Tesis inédita para obtener el grado de Maestro. UNAM campus Iztacala.

Sarason, I., Levine, H. y Sarason, B. (1982). Assessing the impact of life changes. En Millon, T. Green, C. y Meagher, R. (Eds.). Handbook of Clinical Health Psychology. Capítulo XVI, pp. 377-395. New York. Plenum Press.

Secretaría de Educación Pública (1993). Plan y Programas de Estudio, Educación Secundaria. México. SEP.

Seligson, N. I., Reynoso, E. L. y Nava, Q. C. (1993). Estilos de vida: Relaciones Conductuales entre Infarto al Miocardio agudo y Neoplasias. Proyecto de Investigación adscrito a la UNAM campus Iztacala.

Seligson, N. I., Reynoso, E. L. y Nava, Q. C. (1993a). La Psicología de la Salud y sus Diferentes Campos de Aplicación. Salud y Sociedad. 2 (1), 37-48.

Selye, H. (1980). Selye's Guide to Stress Research. New York. Van Nostrand Reinhold, C.O.

Snell, D. B. y Dohrenwend, B. P. (1982). Some Issues in Research on Stressful Life Events. En Millon, T., Green, C. y Meagher, R. (Eds.). Handbook of Clinical Health Psychology. Capítulo V, pp. 91-100. New York. Plenum Press.

Souza, M. M. (1988). Educación en salud mental para maestros. Capítulo III, pp. 44-113. México. El Manual Moderno.

Spirito, A., Stark, L., Grace, N. y Stamoulis, D. (1991). Common problems and coping strategies reported in childhood and early adolescence. Journal of Youth and Adolescence. **20 (5)**, 531-544.

Stark, L., Spirito, A., Williams, C. y Guevremont, D. (1989). Common problems and coping strategies: I findings with normal adolescents. Journal of Abnormal Child Psychology. **17 (2)**, 203-212.

Stern, M. y Zevon, M. (1990). Stress, coping and family environment: The adolescents response to naturally occurring stressors. Journal of Adolescent Research. **5 (3)**, 290-305.

Van-den-Bree, M. B., Passchier, J. y Emmen, H. (1990). Influence of quality of life and stress coping behaviour on headaches in adolescent male students: an explorative study. Headache. **30 (3)**, 165-168.

Verma, S. y Gupta, J. (1990). Some aspects of high academic stress and symptoms. Journal of Personality and Clinical Studies. **6 (1)**, 7-12.

Weist, M., Freedman, A., Paskewitz, D. y Proescher, E. (1995). Urban youth under stress: Empirical identification of protective factors. Journal of Youth and Adolescence. **24 (6)**, 705-721.

Zeidner, M. y Hammer, A. (1990). Life events and coping resources as predictors of stress symptoms in adolescents. Personality and Individual Differences. **11 (7)**, 693-703.

# ANEXOS



## ANEXO 1

CAUSAS DE MORTALIDAD EN MÉXICO			
ORDEN DE IMPORTANCIA	PERIODOS ANUALES		
	1984	1985	1986
1	Gastrointestinales	Gastrointestinales	Gastrointestinales
2	Neumonía e Influenza	Neumonía e Influenza	Diabetes Mellitus
3	Afecciones Perinatales	Afecciones Perinatales	Neumonía e Influenza
4	Diabetes Mellitus	Diabetes Mellitus	Afecciones Perinatales
5	Otros accidentes	Enf. Cerebro vascular	Enf. Cerebro vascular
6	Cirrosis y Enf. Hígado	Cirrosis y Enf. Hígado	Otros accidentes
7	Infarto al Miocardio	Infarto al Miocardio	Cirrosis y Enf. Hígado
8	Disritmia Cardiaca	Otros accidentes	Infarto al Miocardio
9	Insuficiencia Cardiaca	Accidentes Automovilísticos	Accidentes Automovilísticos
10	Nefritis	Disritmia Cardiaca	Disritmia Cardiaca

Tabla 1: Muestra las principales causas de mortalidad durante el periodo 1984-1986 en la República Mexicana<sup>1</sup>.

<sup>1</sup> Información tomada del Cuaderno número 7 de "Información Estadística, Sector Salud y Seguridad Social" editado por el INEGI, México, 1991. Pág. 55

## ANEXO 2

CAUSAS DE MORTALIDAD EN MÉXICO			
ORDEN DE IMPORTANCIA	PERIODOS ANUALES		
	1987	1988	1989
1	Accidentes	Enfermedades del corazón	Enfermedades del corazón
2	Enfermedades del corazón	Accidentes	Tumores Malignos
3	Tumores Malignos	Tumores Malignos	Accidentes
4	E. Gastrointestinales	E. Gastrointestinales	Diabetes
5	Diabetes	Diabetes	E. Gastrointestinales
6	Neumonía e Influenza	Enfermedades Perinatales	Enfermedades Perinatales
7	Enfermedades Perinatales	Enf. cerebrovascular	Neumonía e Influenza
8	Enf. cerebrovascular	Neumonía e Influenza	Enf. cerebrovascular
9	Cirrosis y E. del Hígado	Cirrosis y E. del Hígado	Cirrosis y E. del Hígado
10	Homicidio y Lesiones.	Homicidio y Lesiones.	Homicidio y Lesiones.

Tabla 2: Muestra las principales causas de mortalidad durante el periodo 1987-1989 en la República Mexicana<sup>1</sup>.

<sup>1</sup> Información tomada del Cuaderno No. 8 de "Información Estadística, Sector Salud y Seguridad Social" editado por INEGI, México, 1993.

## ANEXO 3

CAUSAS DE MORTALIDAD EN MÉXICO		
ORDEN DE IMPORTANCIA	PERIODOS ANUALES	
	1990	1991
1	Enfermedades del corazón	Enfermedades del corazón
2	Tumores Malignos	Tumores Malignos
3	Accidentes	Accidentes
4	Diabetes	Diabetes
5	Afecciones Perinatales	Afecciones Perinatales
6	Neumonía e Influenza	Enf. cerebro-vasculares
7	E. Gastrointestinales	Neumonía e Influenza
8	Enf. cerebro-vascular	E. Gastrointestinales
9	Cirrosis y E. del Hígado	Cirrosis y E. del Hígado
10	Homicidio y Lesiones.	Homicidio y Lesiones.

Tabla 3: Muestra las principales causas de mortalidad durante el periodo 1990-1991 en la República Mexicana<sup>1</sup>.

---

<sup>1</sup> Información tomada del Cuaderno No. 9 de "Información Estadística, Sector Salud y Seguridad Social" editado por INEGI, México, 1995.

## ANEXO 4

### ORIENTACIÓN DE AFRONTAMIENTO EN ADOLESCENTES ANTE EXPERIENCIAS PROBLEMÁTICAS

#### A- COPE

(Petterson y McCubbin)

Instrucciones: Las personas suelen comportarse de manera particular ante los problemas y dificultades que se les presentan cada día. A continuación encontrarás una lista de las conductas que usualmente suelen presentarse en situaciones difíciles, indica con que frecuencia presentas tu estas conductas cuando te encuentras en problemas, usa para ello la siguiente escala.

- 1 Nunca
- 2 Difícilmente o de manera muy esporádica
- 3 Algunas veces
- 4 Frecuentemente
- 5 Siempre o casi siempre

Después de leer cuidadosamente cada reactivo anota el número que corresponde a tu respuesta en el paréntesis de la derecha.

Ejemplo:

Cuando discuto con mis compañeros grito y me enoja ( 3)

En el ejemplo anterior la persona colocó el número 3 en el paréntesis, lo cual indica que algunas veces grita y se enoja cuando discute con sus compañeros.

## COMENZAMOS

### CUANDO TENGO PROBLEMAS O ESTOY EN DIFICULTADES YO:

- 1.- Sigo las reglas impuestas por mis padres ( )
- 2.- Me pongo a Leer ( )
- 3.- Trato de ser optimista ( )
- 4.- Me disculpo con la gente ( )
- 5.- Me pongo a escuchar música ( )
- 6.- Hablo del problema con la maestra en quien más confío o con la orientadora ( )
- 7.- Me pongo a comer para tranquilizarme ( )
- 8.- Procuro no estar en la casa o salirme tanto tiempo como me sea posible ( )
- 9.- Tomo las pastillas o el té que me recetó el médico para tranquilizarme ( )
- 10.- Procuro concentrarme en mis tareas escolares o me pongo a estudiar para olvidarme del asunto ( )
- 11.- Me voy a las tiendas a ver aparadores o comprar cosas ( )
- 12.- Trato de razonar con mis padres y hacer compromisos con ellos por ejemplo: tu me dejas salir y yo hago mi tarea. ( )
- 13.- Trabajo fuerte en mis actividades escolares ( )
- 14.- Me pongo a llorar ( )
- 15.- Pienso que todo se va a arreglar ( )

- 16.- Hablo con mi mejor amigo(a) o con mi novio (a) ( )
- 17.- Salgo a dar una vuelta en el carro ( )
- 18.- Trato de hacerme el gracioso ( )
- 19.- Me enojo y grito ( )
- 20.- Bromeo respecto a la situación ( )
- 21.- Voy a la iglesia y hablo con el padre ( )
- 22.- Me quejo y busco apoyo en alguna persona de mi familia ( )
- 23.- Voy a la iglesia o templo pero no hablo con nadie ( )
- 24.- Fumo, tomo alcohol o uso alguna droga para olvidarme del problema , tranquilizarme ó desquitar mi enojo ( )
- 25.- Analizo la situación y planeo lo que tengo que hacer ( )
- 26.- Me enojo y pienso que son injustos conmigo ( )
- 27.- Me pongo a trabajar en mis obligaciones escolares ó domésticas ( )
- 28.- Culpo a otras personas de lo que me pasa, por ejemplo: a mis padres, hermanos, amigos o a mis maestros. ( )
- 29.- Busco a mi mejor amigo (a) y le cuento todo ( )
- 30.- Trato de ayudar a otros a resolver sus problemas ( )
- 31.- Hablo con mi mamá sobre mis hermanos ( )

- 32.- Confío en que soy capaz de solucionar mis problemas y trato de tranquilizarme ( )
- 33.- Practico mi pasatiempo favorito (ver t.v., practicar algún deporte, tocar instrumentos, bailar, etc.) ( )
- 34.- Visito a un psicólogo ó a un médico para que me de terapia y me ayude a resolver mis problemas ( )
- 35.- Trato de olvidarme del problema haciendo nuevos amigos ( )
- 36.- Pienso que los problemas no son tan graves o tan importantes ( )
- 37.- Me voy al cine con amigas o amigos ( )
- 38.- Me pongo a imaginar como podría ser mi vida si no tuviera esos problemas ( )
- 39.- Hablo con mi hermano o hermana respecto a lo que le pasa ( )
- 40.- Busco trabajo ( )
- 41.- Hago actividades con mi familia ( )
- 42.- Fumo ( )
- 43.- Veo T. V. ( )
- 44.- Rezo aunque no vaya a la iglesia ( )
- 45.- Trato de ver las cosas por el lado bueno ( )
- 46.- Ingiero bebidas alcohólicas ( )
- 47.- Trato de tomar mis propias decisiones ( )

- 48.- Me pongo a dormir ( )
- 49.- Soy sarcástico (me burlo de lo que pasa) ( )
- 50.- Hablo con mis padres sobre la familia ( )
- 51.- Me quejo con mis amigos ( )
- 52.- Hablo con mis amigos cercanos de sus problemas y como se sienten ante ellos ( )
- 53.- Me divierto practicando juegos de video o me voy a las maquinitas ( )
- 54.- Realizo actividades físicas ( )



## ANEXO 5

### INVENTARIO DE EVENTOS MICROESTRÉS (HAM Y LARSON)

#### Datos Personales:

Nombre Completo \_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_ años \_\_\_\_\_ meses      Sexo F ( ) M ( )

Grado escolar y escuela \_\_\_\_\_

Localidad \_\_\_\_\_

#### INSTRUCCIONES:

A continuación se enlistan una serie de situaciones comunes en la vida de los adolescentes, algunas de ellas pueden ocasionar que el adolescente se sienta estresado o nervioso, otras no le crean ningún sentimiento en especial.

Lee con cuidado cada situación y señala el grado de estrés que te ocasionen, usa para ello la siguiente escala:

- 1    Si la situación no te estresa.
- 2    Si solo te estresa un poco
- 3    Si al estar en esta situación te estresas moderadamente
- 4    Si la situación te estresa mucho.

Al final de cada bloque de preguntas encontrarás dos renglones que inician con la palabra "OTROS", en ese espacio puedes anotar las situaciones relacionadas con la familia, la escuela, los compañeros, la salud o tu autoimagen, según corresponda; que no han sido consideradas en el bloque de preguntas, pero que a ti te estresan.

## FAMILIA

- Las peleas con tu (s) hermano (s) ( )
- Ir en compañía de tu familia a visitar a tus abuelos, tíos u otros familiares mayores ( )
- Tener problemas o discusiones con tus padres ( )
- Salir de paseo en compañía de tus padres y hermanos ( )
- Que tu papá o tu mamá te den un trato distinto al que dan a tus hermanos ( )
- Que tus padres no te permitan hacer lo que desees ( )
- Escuchar los razonamientos de tus padres - respecto a tu conducta ( )
- Que tus padres decidan por tí las cosas que te conciernen ( )
- Que tus hermanos o algún otro miembro de la familia tome tus cosas sin permiso y las use ( )
- Que tus padres o hermanos registren tus cajones ( )
- Cuando tus padres te niegan permisos o te ponen horarios ( )
- Verte envuelto en discusiones familiares en las que tu no participas pero estás presente cuando ocurren ( )
- Salir de vacaciones con tu familia ( )
- Que tus padres traten fríamente a tus amigos (no los traten con amabilidad o los ignoren) ( )
- Que tus padres no toleren a tus amistades y los

traten mal (ofendiéndolos o corriéndolos cuando te buscan) ( )

Ir a una fiesta en compañía de tus padres ( )

Ir a una fiesta con tus hermanos ( )

Pedir permiso a tus padres para realizar algunas actividades ( )

Que tus padres critiquen tu forma de ser ( )

Otros \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### COMPAÑEROS

Recibir una felicitación de tus amigos ( )

Ir a una fiesta ( )

Pelearte con alguno de tus amigos (as) ( )

Conocer a alguien ( )

Pelearte con tu novio (a) ( )

Llegar a un lugar y ser aceptada (o) por un nuevo grupo de amistades ( )

Distanciarte de tu novio (a) ( )

Recibir burlas o bromas de tus amigos (as) ( )

Iniciar la plática con alguien en una fiesta o reunión ( )

Salir en compañía de tus amigos ( )

Otros \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### ESCUELA

- Recibir tus calificaciones ( )
- Participar en eventos especiales dentro de tu escuela ( )
- Participar en clase ( )
- Tener problemas en tu aprovechamiento escolar ( )
  
- Que tus maestros te traten diferente en comparación al trato que dan a tus compañeros ( )
- Estar en periodo de exámenes ( )
- Entregar un trabajo ( )
- Exponer un tema asignado por el profesor ( )
- Ser amonestado frente a tus compañeros por un profesor ( )
- Destacar en eventos escolares ( )
  
- Hacer tus tareas cotidianas ( )
  
  
- Pertenecer a algún equipo deportivo en la escuela ( )

Otros \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### SALUD

- Estar enfermo o incapacitado ( )
- Estar gravemente enfermo o incapacitado ( )
- Visitar al médico ( )
- Visitar al dentista ( )
- Tener problemas para dormir (insomnio o sueño intranquilo) ( )
- Tener problemas con tu peso o talla ( )

Otros \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### AUTOIMAGEN

- Sentirte rechazado por los demás ( )
- Perder algo ( )
- Perder una oportunidad de trabajo ( )
- Tener experiencias nuevas ( )
- Idear cosas importantes ( )

Hacer planes de vida (pensar que serás más adelante) ( )

Sentirte solo ( )

Que tu peso o talla no sean los esperados para tu edad ( )

No ser tan agraciado o bien parecido como otras (os) compañeros ( )

Sentirte menos hábil o inteligente que los demás ( )

Pensar en buscar un empleo ( )

Elegir una carrera o una nueva opción escolar ( )

Dedicarte a tus pasatiempos ( )

Otros: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## ANEXO 6

### FICHA DE IDENTIFICACIÓN

Lee cuidadosamente cada una de las siguientes preguntas y contéstalas con toda veracidad. Los datos que nos proporcionas a través de tus respuestas serán confidenciales.

#### 1.- Datos Generales:

Anota tu nombre completo iniciando por tu apellido paterno.

\_\_\_\_\_

Edad \_\_\_\_\_ años cumplidos con \_\_\_\_\_ meses

Sexo: F (  ) M (  )

Si padeces alguna enfermedad crónica, anótala aquí: \_\_\_\_\_

¿Sigues algún tratamiento especial (tomas medicinas diariamente, algún tipo de ejercicios o usas aparatos especiales)?

Si (  ) No (  )

¿Quién atiende tu problema de salud o en donde lo hacen?

\_\_\_\_\_

2.- Datos de tu domicilio, para darnos esta información tacha en cada paréntesis según corresponda.

Vives en: casa ( ) departamento ( )

otro tipo de vivienda, especifica cual \_\_\_\_\_

Zona habitacional en que se encuentra ubicada tu casa:

\_\_\_\_\_

Teléfono particular \_\_\_\_\_

3.- Datos académicos:

Grado escolar que cursas actualmente \_\_\_\_\_

Nombre de la escuela en donde estudias \_\_\_\_\_

Tu escuela es: oficial ( ) particular ( )

Domicilio en que se ubica tu escuela:

\_\_\_\_\_

¿Cómo consideras que ha sido tu desempeño escolar desde que iniciaste tu vida como estudiante?

Excelente ( ) Muy bueno ( ) Bueno ( ) Regular ( )

Malo ( )

¿Con qué frecuencia has tenido problemas en tus estudios?

Muy Frecuentemente ( ) Frecuentemente ( )



Esporádicamente ( ) Muy esporádicamente o casi nunca ( )

Tus principales problemas en la escuela han sido:

\_\_\_\_\_

#### 4.- Datos familiares y sociales

Tus relaciones con tu familia son:

Excelentes ( ) Muy Buenas ( ) Buenas ( )

Regulares ( ) Malas ( ) Pésimas ( )

¿Cuáles son los principales problemas que se han dado en tu relación familiar y con que miembro (s) de la familia?

PROBLEMAS	CON QUE MIEMBRO DE LA FAMILIA

En relación a tus amigos y compañeros, consideras que llevas una relación:

Excelente ( ) Muy Buena ( ) Buena ( )

Regular ( ) Mala ( )

¿Cuales son los principales problemas que tienes con amigos y compañeros?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

GRACIAS POR TUS RESPUESTAS



2.- Menciona si en tu casa habita alguna otra persona además de tus padres y hermanos, anotando su nombre, edad, ocupación, escolaridad y el parentesco o relación que la une a tu familia.

Nombre	Edad	Escolaridad	Ocupación	Rel. con tu familia

3.- Si alguna de las personas que habita en tu casa padece enfermedades graves o crónicas, escribe en las siguientes líneas el nombre de la persona y la enfermedad que padece:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

4.- Señala si algún miembro de tu familia consume:

alcohol ( ) drogas ( ) café ( ) medicamentos ( )

cigarro ( ) Otros \_\_\_\_\_

5.- Señala si algún miembro de tu familia ha presentado problemas emocionales o de comportamiento que requieran atención de especialistas, anotando en la tabla su nombre, problema y lugar en que ha sido atendido.

Nombre	Problema	Atendido en:

6.- Si alguna persona de tu familia presenta problemas serios para relacionarse con los demás miembros de la familia, anota de quién se trata, que tipo de problemas presenta y con quién de la familia tiene el problema:

---

---

## II DISTRIBUCIÓN DE INGRESOS

1.- Anota quienes aportan el dinero para los gastos de la familia:

---

2.- En promedio, la cantidad mensual con que cuenta tu familia para cubrir sus gastos es de:

2 salarios mínimos o menos ( )

3 a 5 salarios mínimos ( )

6 a 8 salarios mínimos ( )

9 a 11 salarios mínimos ( )

Más de 11 salarios mínimos ( )

3.- De este dinero, señala aproximadamente cuanto gastan cada mes en lo siguiente:

Alimentación \_\_\_\_\_

Escuela \_\_\_\_\_

Ropa \_\_\_\_\_

Vivienda \_\_\_\_\_

Diversiones \_\_\_\_\_

Escuelas o Deportivos \_\_\_\_\_

Actividades Culturales  
(cursos, talleres, etc.) \_\_\_\_\_

Actividades Recreativas \_\_\_\_\_

Atención a la salud  
(Médicos y medicinas) \_\_\_\_\_

Transporte \_\_\_\_\_

4.- El tipo de transporte que acostumbras utilizar es:

Público ( )      Privado ( )

5.- En tu casa cuentan con:

ningún automóvil ( )    1 automóvil ( )    2 automóviles ( )

más de dos automóviles ( )

### III CARACTERÍSTICAS DE LA VIVIENDA

1.- Contando las recámaras, baño (s), cocina, sala, comedor, etc., la casa en donde vives cuenta con:

1 a 3 cuartos ( )    4 a 6 ( )    7 a 9 ( )    10 ó más ( )

2.- La casa está distribuida en \_\_\_\_\_ pisos

3.- El material con que está construida es:

madera ( )    ladrillo ( )    cartón ( )

otro \_\_\_\_\_

4.- Los servicios con que cuenta la casa son:

luz ( )      drenaje ( )      Agua potable ( )

Teléfono ( )    Gas ( )    Otros \_\_\_\_\_

5.- La colonia en donde vives cuenta con:

alumbrado público ( ) drenaje ( )

vigilancia ( ) de tipo pública ( ) o privada ( )

recolección de basura ( ) con servicio público ( ) privado ( )

Servicios de atención a la salud (clínicas y hospitales) ( )

de los cuales tu familia utiliza los públicos ( ) privados ( )

Servicios de TV por cable ( ) Centros Comerciales ( )

Centros Culturales ( ) Centros Deportivos ( )

Calles pavimentadas (todas) ( )

Otros: \_\_\_\_\_

6.- En esta zona, las escuelas que existen imparten cursos a nivel:

Preescolar ( ) Primaria ( ) Secundaria ( )

Preparatoria ( ) Universidad ( )

7.- La mayoría de estas escuelas son:

Oficiales ( ) Particulares o Privadas ( )

8.- Tu y tus familiares asisten a escuelas:

Oficiales ( ) Particulares o Privadas ( )

9.- ¿Existen en tu colonia centros culturales y deportivos para practicar y aprender deportes o actividades artísticas?

Si ( ) No ( )

10.- Dichos centros son:

Públicos ( ) Privados ( )

11.- ¿Acostumbran tu y tu familia frecuentar estos centros de actividades artísticas, culturales y deportivas?

Es esporádicamente ( ) Regularmente ( ) Frecuentemente ( )

12.- Si acostumbran asistir a estos centros, prefieren hacerlo a los de tipo:

Público ( ) Privado ( )

Porque: \_\_\_\_\_

13.- ¿Qué actividades realizan en ellos?

\_\_\_\_\_

14.- Los principales problemas de la zona en donde vives son:

Carencia de servicios ( ) Problemas de Transporte ( )

Pandillerismo ( ) Problemas de Drogadicción ( )

Alcoholismo ( ) Prostitución ( ) Limpieza ( )

Otros: \_\_\_\_\_

## ANEXO 8

Grupos por edad	Subgrupos por Sexo	Subgrupos por Nivel Sociocultural
Grupo 1 11-12 años	Masculino Femenino	Alto, medio y bajo para cada subgrupo de hombres y mujeres
Grupo 2 13-14 años	Masculino Femenino	Alto, medio y bajo para cada subgrupo de hombres y mujeres
Grupo 3 15-16 años	Masculino Femenino	Alto, medio y bajo para cada subgrupo de hombres y mujeres
Grupo 4 17-18 años	Masculino Femenino	Alto, medio y bajo para cada subgrupo de hombres y mujeres

Tabla 4: Muestra un resumen del diseño de investigación considerando grupos y subgrupos.