



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

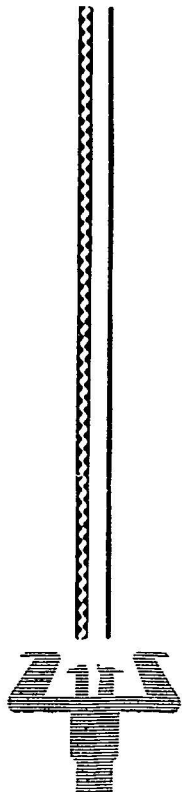
FACULTAD DE PSICOLOGIA

RELACION ENTRE LAS CREENCIAS DE CONTROL Y LOS MODOS DE AFRONTAMIENTO AL ESTRES EN LOS JOVENES DE 18 A 24 AÑOS QUE ACUDEN A SOLICITAR ATENCION PSICOLOGICA AL CENTRO DE SERVICIOS PSICOLOGICOS "DR. GUILLERMO DAVILA" DE LA FACULTAD DE PSICOLOGIA DE LA UNAM.

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE: LICENCIADA EN PSICOLOGIA PRESENTAN: HERNANDEZ QUIÑONES MONICA BEATRIZ ORNELAS MEJORADA ROSA ELENA

DIRECTOR: MTRO. LEONARDO REYNOSO ERAZO
ASESOR: DR. ISAAC SELIGSON NISENBAUM



FACULTAD DE PSICOLOGIA

CIUDAD UNIVERSITARIA

SEPTIEMBRE DE 2002.

TESIS CON FALLA DE ORIGEN



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 esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

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

*El trabajo que incluye este libro, tiene detrás la colaboración y el apoyo de muchas personas, todas igualmente importantes. Llevarlo a cabo no fue cosa fácil, sin embargo, la presencia de todos ustedes siempre en el momento justo, hizo que el camino fuera más ligero. Por todo lo que hemos recibido, queremos dedicarles este espacio, no sin antes disculparnos si llegásemos a omitir a alguien.*

*A Leo, Isaac, Marucha, Silvia L., Marcos V., y Jorge,*  
por el apoyo incondicional que nos brindaron,  
la disposición para compartimos su conocimiento,  
por la confianza plena que depositaron en nosotras  
y sobre todo por su amistad y gran calidad humana.

*A Irma Zaldivar,*  
por confiar en nuestra capacidad personal y profesional,  
por habernos compartido tu espacio,  
tu tiempo y tus conocimientos.

*A Carmen Merino,*  
por sus valiosos comentarios y observaciones.

*A Victor, Grabiél, Anita, Salvador, Sergio, Marcos y Lupita,*  
por la permanente disposición a ayudarnos y  
por encontrar en ustedes siempre una sonrisa amable.

*A Paty, Eduardo y Silvia,*  
porque su presencia y amistad  
han hecho más agradable nuestra  
permanencia en el Centro.

*A todos ustedes, nuestro más profundo agradecimiento.*

## DEDICATORIAS

A Lina y Victor, mis padres, por todas sus enseñanzas y por el amor y apoyo que me han brindado. Gracias por compartir mis tristezas y alegrías, por estar a mi lado en todos los momentos en que he necesitado una expresión de aliento y confianza. Los amo y admiro.

A mis hermanos Victor y Erick, porque su presencia, cariño, apoyo y alegría de vivir me impulsa día a día.

A Enrique por tu amor, confianza y apoyo incondicional. Por compartir conmigo las ilusiones, los desvelos y este cariño que crece y madura junto con nosotros.

A todos los profesores, amigos y compañeros que han contribuido de múltiples formas en mi desarrollo personal y profesional.

Mónica

## Agradecimientos y dedicatorias

A mi esposo, *Armando*,  
Por el amor, el apoyo y la confianza  
que hemos compartido durante más  
de la mitad de nuestras vidas.

A mi hijo, *Angel*,  
Por llenar mi vida de motivación  
y alegría; por tu paciencia, com-  
prensión y amor.

A mi madre, *Ma. de la Luz*,  
Con tu ejemplo me enseñaste a  
enfrentar los problemas que se  
presentan en la vida.

A mi padre, *David*,  
Por transmitirme la sed del cono-  
cimiento.

A ambos por darme la vida y la oportunidad de  
formar parte de la suya y la de mis hermanos;  
por su amor, apoyo y comprensión.

A mis hermanos, *Tere, Pilar, David, José y Toño*,  
Por estar conmigo ayer, hoy y siempre.

A mis cuñadas, *Carmen, Cecilia, Edima, Fabiola y Norma*,  
Por todo lo que me han brindado y compartido.

A mis sobrinas (os), *Ariadna, Iván, Aiko, Arturo, Brenda, Pamela, Alberto, Isafas, Aarón, Joshua, Ricardo, Andrea, Belem, Abril, Valeria, Vanesa, César y Ricardo,*  
Por permitirme trascender en la vida a través de cada uno de ustedes.

A mis amigas, *Rosa, Lucía, Dulce, Vania, Fabiola y Claudia,*  
Por formar parte de una de las mejores etapas de mi vida.

*A Mónica,*

Por haber aceptado compartir esta experiencia.

*A Dios,*

Por darme la oportunidad de seguir en este mundo, intentando brindar a los demás lo mejor de mí.

*A la UNAM,*

Por haberme abierto sus puertas para hacer posible uno de mis sueños.

A todos aquellos que no he mencionado pero que han estado presentes en algún momento de mi vida.

## ÍNDICE

RESUMEN	8
INTRODUCCION	9
<b>CAPITULO 1 PSICOLOGIA DE LA SALUD</b>	
1.1 Introducción	11
1.2 Modelo biomédico	11
1.3 Modelo biopsicosocial	12
1.4 Concepto de salud	12
1.5 La salud como comportamiento	14
1.6 La salud como experiencia subjetiva	14
1.7 Psicología de la salud	17
1.8 Psicología de la salud en México	19
<b>CAPITULO 2. ESTRES</b>	
2.1 Antecedentes	25
2.2 Estrés psicológico y evaluación cognitiva	30
2.3 Evaluación primaria	31
2.4 Evaluación secundaria	32
2.5 Factores personales que influyen en la evaluación	33
2.6 Factores situacionales que influyen en la evaluación	35
<b>CAPITULO 3. CREENCIAS Y AFRONTAMIENTO</b>	
3.1 Creencias	37
3.2 Afrontamiento	43
3.3 Funciones del afrontamiento	45
3.4 Afrontamiento dirigido al problema	45
3.5 Afrontamiento dirigido a la emoción	46
3.6 Formas básicas de afrontamiento	46
3.7 Recursos para el afrontamiento	46
Justificación	49

<b>METODO</b>	
Planteamiento del problema	51
Objetivo general	51
Objetivos específicos	51
Hipótesis	51
Variables	51
Definición conceptual de variables	52
Definición operacional de variables	52
Sujetos	53
Muestra	53
Diseño	53
Instrumentos	53
Procedimiento	54
<b>RESULTADOS</b>	55
<b>DISCUSION</b>	63
<b>CONCLUSIONES</b>	66
<b>SUGERENCIAS Y LIMITACIONES</b>	68
<b>REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS</b>	69
<b>ANEXOS</b>	
I. Ficha de Identificación	71
II. Instrumento "Locus de Control"	72
III. Instrumento "Modos de afrontamiento al estrés"	75



## RESUMEN

El objetivo de esta investigación fue explorar mediante un estudio transversal la relación entre las creencias generales de control y los modos de afrontamiento al estrés. La medición de estas variables se realizó a través de los instrumentos "Locus de Control" de La Rosa y "Modos de Afrontamiento al Estrés" de Lazarus, fueron aplicados a una muestra conformada por 97 jóvenes (73 mujeres y 24 hombres) de 18 a 24 años que solicitaron atención psicológica en el Centro de Servicios Psicológicos "Dr. Guillermo Dávila" de la Facultad de Psicología de la UNAM en los meses de abril y junio. El análisis estadístico se llevó a cabo por medio de la prueba de correlación rho Spearman. Los resultados mostraron relaciones bajas (positivas y negativas) estadísticamente significativas; sin embargo, al relacionar las subescalas tomando en cuenta también el motivo de consulta y el género de los participantes, se encontraron relaciones medias positivas y altas negativas en algunas subescalas. Los resultados son discutidos en términos de la interacción que variables personales como las creencias generales de control tienen con los modos afrontamiento al estrés de los sujetos cuando están en estrés psicológico.

## INTRODUCCIÓN

A partir de la Segunda Guerra Mundial la psicología ha intentado conocer cuáles son las variables que intervienen para que los individuos respondan de formas tan diversas ante una misma situación. El estrés es uno de los conceptos alrededor del cual se han analizado tanto las diferencias individuales como su participación en la salud social, fisiológica y psicológica.

Durante mucho tiempo la atención a la salud se llevó a cabo utilizando el modelo biomédico sin tomar en cuenta los procesos psicológicos ni el comportamiento como factores que influían en la conservación de la salud. Sin embargo, este modelo no fue suficiente para explicar por qué aún con los avances de la medicina, aumentaba la morbilidad y mortalidad como consecuencia de enfermedades crónicas y menos podía explicar por qué pacientes que tenían el mismo padecimiento reaccionaban de forma tan diversa ante el tratamiento. El replanteamiento del concepto salud hecho por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en 1946, contribuyó al surgimiento del modelo biopsicosocial para dar atención de forma integral a los problemas de salud. En el capítulo 1 se explica en que consisten los modelos biomédico y biopsicosocial y cuales han sido las variaciones en el concepto de salud; así mismo se resalta la importancia de considerar a la psicología como una profesión sanitaria al reconocerse que la conducta del ser humano puede ser crucial tanto en el mantenimiento, como en el origen y evolución de la enfermedad, razones por las que surge la Psicología de la Salud, la cual tiene como objetivos principales el cuidado de la salud y la prevención de enfermedades. Debido a que las demandas diarias de la vida originan que los individuos estén sometidos a constante estrés, esta disciplina está interesada en entender cómo los métodos y técnicas conductuales y cognitivas pueden ayudar a las personas a afrontar y controlar el estrés y en comprender la importancia de éste en la etiología y el proceso de adquisición de un gran número de problemas de salud.

Existen diversos modelos teóricos que se encargan del estudio del estrés, entre ellos se encuentra el modelo transaccional de Richard Lazarus enfocado en el análisis de los procesos de evaluación y en conocer la forma en que intervienen las variables personales

y situacionales en el afrontamiento cuando los sujetos se encuentran en estrés psicológico. En el capítulo 2 se presentan de forma breve los antecedentes del concepto estrés y los principales modelos teóricos que lo han estudiado; poniendo especial énfasis en el modelo transaccional de Lazarus debido a que la presente investigación se fundamenta en esta teoría.

Una de las variables personales que participa tanto en la evaluación cognitiva como en el proceso de afrontamiento son las creencias, por lo que el capítulo 3 está dedicado a definir qué son las creencias, la manera en que son adquiridas a lo largo de la vida y cómo es que a través de la experiencia los sujetos desarrollan creencias generales de control. También se define el afrontamiento y sus funciones; así como la participación de las creencias como un recurso del individuo para el afrontamiento.

Una de las razones por las que se llevó a cabo la presente investigación, es que aproximadamente el 50% de los usuarios del Centro de Servicios Psicológicos (CSP) "Dr. Guillermo Dávila" de la Facultad de Psicología de la UNAM son jóvenes. De acuerdo con el censo realizado en el año 2000 por el Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI) las principales causas de muerte en México son: enfermedades del aparato circulatorio, tumores y diabetes. Estas enfermedades están altamente relacionadas con el comportamiento de los individuos y con la forma en que enfrentan el estrés. Por lo que consideramos importante realizar investigaciones principalmente en población joven con el objetivo de ayudar al cuidado y mantenimiento de la salud y a la prevención de enfermedades mediante hábitos y estilos de vida saludables. En la medida en que conozcamos las relaciones que se presentan entre las diversas variables que intervienen cuando los sujetos se encuentran en estrés psicológico, estamos en mayor posibilidad de proporcionar ayuda mediante técnicas cognitivo-conductuales para el desarrollo de habilidades de afrontamiento eficaces para el manejo y control de estrés.

Por todo lo anterior, consideramos importante explorar la relación que existe entre las variables "creencias de control" y "modos de afrontamiento al estrés" en los jóvenes de 18 a 24 años que acudieron a solicitar servicio de atención psicológica al CSP durante los meses de abril y junio.

# Capítulo 1

## PSICOLOGÍA DE LA SALUD

### 1.1 Introducción

Independientemente de la edad, sexo, posición social y cultura, existen circunstancias que son inherentes a todos los seres humanos; tal es el caso de la enfermedad, el sufrimiento y la muerte.

Desde épocas muy remotas el ser humano ha intentado, por una parte, explicar el porqué de las enfermedades, por la otra, ha tratado de combatir las utilizando los recursos con los que cuenta. El espacio-tiempo en el que vive el hombre, contribuye a la concepción de salud-enfermedad. Por ello, en algunos momentos se concibió como algo sobrenatural, en otros, como natural y también, como algo moral.

- Modelo sobrenatural- Las enfermedades eran entendidas como poderes espirituales temibles que se apoderaban de los hombres (Stone and et al., 1979).
- Modelo natural- Basado en la teoría hipocrática de los humores, la enfermedad era el resultado del desequilibrio de los elementos que integran el cosmos (fuego, tierra, aire y agua) en el organismo.
- Modelo moral- Durante la Edad Media se concebía la enfermedad como el producto de una conducta moralmente reprobable. La curación, en gran medida, dependía de la fe de las personas (Bishop, 1994; en Ballester, 1997).

### 1.2. Modelo biomédico

El modelo biomédico tiene sus bases en dos supuestos. El primero es la doctrina del *dualismo mente-cuerpo* propuesta por Descartes en el siglo XVII, quien planteó que el cuerpo pertenece a una realidad física, por tanto, es visto como una máquina que puede ser analizada en términos de sus partes constituyentes; por otra parte, la mente pertenece a una realidad espiritual y su estudio no concierne a los médicos. El otro supuesto es el del *reduccionismo*, que explica todo proceso de enfermedad en términos bioquímicos, anatómicos y fisiológicos; los síntomas que reporta tener un individuo se deben a un desequilibrio biológico causado por la enfermedad y su objetivo es eliminarla.

La aceptación y prestigio de este modelo se debe a que los avances en el ámbito de la tecnología médica han permitido el diagnóstico de patologías orgánicas con un nivel de certeza, rapidez y precisión que antes resultaban impensables. Sin embargo, a menudo los profesionales de la medicina han relegado a un segundo término aspectos tales como el sufrimiento de los enfermos o el modo en que éstos vivencian su enfermedad, olvidando que un enfermo es algo más que un conjunto de órganos. El pensar que la enfermedad es unicausal ha llevado al modelo biomédico a ser rebasado al no poder explicar, entre otras cosas, el porque muchas personas reportan sintomatología sin existir una patología subyacente. En respuesta a esta insuficiencia surge el modelo biopsicosocial.

### **1.3. Modelo biopsicosocial**

Se apoya en la Teoría de Sistemas (Bertalanffy, 1968) que sostiene que cada sistema está compuesto por subsistemas más pequeños que al mismo tiempo forman parte de un sistema más amplio. Toma en cuenta los factores biológicos, psicológicos y sociales considerando que todos son igualmente importantes en la salud y la enfermedad, y, por último, defiende la idea de que la relación entre estos factores no es aditiva, sino de interacción entre ellos (Ballester, 1997).

### **1.4. Concepto de salud**

Por muchos años la salud se definió como ausencia de enfermedad o invalidez. Esta definición ha sido apoyada y alimentada dentro del modelo biomédico que, desde el mecanicismo, concibe al ser humano como una maquinaria que, en ocasiones, puede alterarse o romperse; lo cual significa que la enfermedad ha hecho acto de presencia y el objetivo del médico es restaurar el buen funcionamiento del cuerpo eliminando la pieza defectuosa o la patología orgánica. Mientras esto no sucediera se consideraba a la persona como sana. Esta definición trajo consigo varios problemas: primero, que los límites para el diagnóstico entre lo normal y patológico están establecidos de manera determinante; segundo, que el concepto de normalidad varía con el tiempo; y, por último, decir que salud es la ausencia de enfermedad no significa que porque exista una no puede coexistir la otra (Ballester, 1997).

A mediados del siglo XX se dieron varios acontecimientos que facilitaron la formulación de un nuevo concepto de salud: por un lado, el progreso médico hizo posible la eliminación de varias enfermedades; por otro, los avances en la psicología y la psiquiatría llevaron a pensar que los problemas mentales se podían eliminar, lo que extendía la posibilidad de que la salud estuviera a disposición de todo el mundo. Surge entonces la concepción de la salud en términos positivos y no como ausencia de un estado negativo. La Organización Mundial de la Salud (OMS) en 1946 en su Carta Magna definió la salud como “el estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de patología orgánica o enfermedad” (citado en Ballester, 1997 pg. 59).

Dos son los aspectos innovadores de ésta definición; uno de ellos es que está planteada en términos afirmativos o positivos al ser considerada no sólo como la ausencia de enfermedades, sino como un estado óptimo positivo abarcado en la frase “completo bienestar”; el otro es que no únicamente se hace referencia al ámbito físico, sino que también y por primera vez se incluyen las áreas mental y social. Al considerar también lo mental y lo social toma en cuenta la relación entre el organismo y su ambiente; por lo tanto, la salud implica una serie de factores físicos, psicológicos, sociales, ambientales, económicos, culturales, políticos que interactúan en forma constante.

Entre los aspectos negativos de esta definición está el establecer una relación necesaria entre bienestar y salud, que no se corresponden en realidad; así, la consideración de salud como completo bienestar físico, mental y social, constituye más bien, una declaración de principios que un objetivo accesible (Salleras, 1985, en Ballester, 1997).

Para Terris (1980) debería eliminarse la palabra “completo”, ya que la salud, al igual que la enfermedad, no se da en términos absolutos, por lo que la define de la siguiente manera “La salud es un estado de bienestar físico, mental y social, con capacidad de funcionamiento y no únicamente la ausencia de afecciones o enfermedades” (citado en Ballester, 1997 pg. 60). La dificultad que encontramos en esta definición es que hablar de “capacidad de funcionamiento” implica hablar tanto de grados como de ámbitos de funcionamiento, así como de la percepción subjetiva que cada persona puede

tener respecto de su propia capacidad de funcionamiento y su adaptación al medio dadas las exigencias del mismo.

Salleras (1985) apoya una concepción dinámica de la salud, según la cual, la salud y la enfermedad forman parte de un continuo cuyos extremos son el completo bienestar por un lado y la muerte por el otro. Resalta que llegar a uno de los extremos (la muerte) es inevitable, mientras que, el otro (completo bienestar), raramente es alcanzable debido a que existen diferentes grados de pérdida de salud (enfermedad) y de ganancia u optimización de la misma. (Ballester, 1997).

### **1.5. La salud como comportamiento**

Aunque la definición de la OMS no manifiesta la manera de alcanzar ese estado de "completo bienestar físico, mental y social" sí ha permitido tomar en cuenta la importancia del comportamiento y del estilo de vida como factores que conforman la salud del individuo. Matarazzo en 1984 utiliza los términos patógenos e inmunógenos conductuales para referirse a nuestro comportamiento. Define que los patógenos conductuales son patrones de conducta inadecuados que hacen al individuo más susceptible a la enfermedad, por ejemplo: fumar, beber alcohol, consumir drogas, no usar condón etc. Los inmunógenos conductuales son aquellas conductas que reducen el riesgo del sujeto a la enfermedad, por ejemplo: hacer ejercicio regularmente, dormir bien, buena alimentación, etc. (Oblitas, 2000).

En un estudio longitudinal realizado en Estados Unidos a 7000 personas durante nueve años y medio, se encontró una asociación muy estrecha entre la longevidad y siete conductas de salud como son: dormir de 7 a 8 horas, desayunar casi todos los días, alimentarse tres veces al día, sin comer entre comidas, mantener el peso corporal dentro de los límites normales, uso moderado de alcohol o no beberlo y no fumar (Belloc y Breslow, 1972; Belloc, 1973; citado en Oblitas, 2000).

### **1.6. La salud como experiencia subjetiva**

Una de las dificultades con las que se ha encontrado el modelo biomédico ha sido poder explicar aquellos casos en los que la manifestación de una enfermedad es desproporcionada con respecto a la patología orgánica subyacente (Ballester, 1990; en

Ballester, 1997). También se encuentran los casos en que los pacientes con la misma patología reportan experimentar síntomas muy diversos ((Mc Hugh y Vallis, 1986; en Ballester, 1997). Otro gran problema al que se enfrenta este modelo es el de "medicar" a pacientes que no tienen una enfermedad con base orgánica, lo que ha originado costos muy altos de salud para los países (Cott 1986a, 1986b; en Ballester, 1997). Por último, numerosos estudios epidemiológicos han mostrado que existen muchas más personas sintomáticas y con patologías orgánicas que las que están bajo tratamiento (Eisenberg, 1980; Verbrugge y Ascione, 1987; en Ballester, 1997). Existen estudios que evidencian que el tratamiento ha sido un éxito en tanto ya no existe la patología orgánica subyacente, sin embargo, los pacientes siguen quejándose de los mismos síntomas, los cuales son inexplicables a la luz de los exámenes médicos. También están los casos donde la desaparición de los síntomas no es garantía que la enfermedad se haya remitido (Eisenberg, 1980; en Ballester, 1997).

Lo anterior pone de manifiesto que no hay una correspondencia entre el estado objetivo de salud y la percepción que el paciente tiene de ésta, por lo que se hace necesario tomar en cuenta las diferencias individuales en la reacción ante determinadas condiciones médicas, como es el que unas personas atribuyan poca importancia a sus síntomas y eviten buscar ayuda, mientras que otras buscan rápidamente a un médico y al poco tiempo abandonan el tratamiento, o aquellos que ocupan el rol de enfermo durante muchos años en sus vidas. Esta variabilidad de reacción se produce por la influencia de múltiples factores como son: las experiencias tempranas con la enfermedad (Mechanic, 1983<sup>a</sup>) la formación específica respecto a los síntomas (Mechanic, 1986); la influencia de estilos culturales particulares (Zola, 1973); los valores étnicos; las disposiciones individuales como la introspección o grado de atención hacia uno mismo (Mechanic, 1983b); las motivaciones particulares en una situación dada (Cole y Lejeune, 1972); el estado emocional (Tessler, Mechanic y Dimond, 1976). El paciente se convierte así en un ser activo que procesa la información proveniente de su cuerpo a partir de sus valores y creencias (Ballester, Botella, Galdón y Gil, 1990).

En 1962 el sociólogo médico Mechanic introduce el concepto de "conducta de enfermedad" definiéndola como "el modo en que cada individuo percibe, evalúa e interpreta sus síntomas y emprende acciones para remediarlos". Para este autor hablar de



conducta de enfermedad es hacer referencia a un proceso dinámico de adaptación del individuo a las distintas dimensiones amenazantes de la enfermedad que van cambiando a lo largo del tiempo. En este proceso se dan las siguientes fases (Ballester, 1997):

1. La persona evalúa el significado y la consecuencia de los síntomas; si éstos no le son familiares y resultan difíciles de explicar, pueden generar estrés.
2. Busca las causas que han contribuido a su situación. Experimenta emociones como el sufrimiento, enojo, tristeza, cuando piensa que el origen de su enfermedad está en cierta conducta o comportamientos que ha venido realizando.
3. El paciente evalúa sus habilidades y capacidades de afrontamiento a través de un proceso de comparación social que incluye la forma en que otros han respondido al mismo problema y los resultados obtenidos, las experiencias propias anteriores, las repercusiones de la enfermedad en su relación con los demás y en su vida cotidiana y, por último, el apoyo social con que cuenta.
4. En el último paso de este proceso el sujeto busca dependiendo de la frecuencia y persistencia de los síntomas, umbrales de tolerancia al dolor, de sus conocimientos y valores culturales, del acceso a servicios de salud, de su capacidad económica, entre otras (Mechanic, 1962, 1977, citado en Ballester, 1997).

Mechanic hace énfasis en la importancia que tiene el tomar en cuenta no sólo las bases biológicas de los síntomas, sino además, los factores sociales, culturales e individuales que intervienen en el proceso de salud-enfermedad. Para Mc Hugh (1987) tomar en cuenta esos factores permite entender la diferencia entre enfermedad (disease) y sentirse enfermo (illness). *Enfermedad* hace referencia a los procesos orgánicos patológicos existentes, es decir, al daño estructural del organismo, lo que es evidente, y puede verificarse a través de diferentes pruebas de laboratorio y de la reconstrucción que el médico hace de la enfermedad a través de la reinterpretación de las experiencias del paciente. *Sentirse enfermo* (illness) se refiere a la experiencia subjetiva de malestar y sufrimiento del paciente que puede estar, o no, refrendada por una disfunción fisiológica; es una experiencia privada que afecta al paciente en su totalidad y que no es observable directamente. Lo anterior hace necesario que el servicio sanitario tenga equipos multidisciplinarios que se ocupen de todos los aspectos de la enfermedad, y que consideren al paciente en su totalidad (Ballester, 1997).

### 1.7. Psicología de la Salud

La Psicología de la Salud surge dentro del contexto de un modelo holístico de salud que permite comprender el proceso de interacción de las variables biológicas, psicológicas y sociales. Esto coincide con la propuesta formulada a finales de los años setenta de considerar a la Psicología como una profesión sanitaria, al reconocerse que la conducta del ser humano puede ser crucial, tanto en el mantenimiento de la salud como en el origen y la evolución de la enfermedad (Amigo Vázquez & cols., 1998).

Este mismo autor expone las razones del surgimiento de la psicología de la salud:

- El descubrimiento de los antibióticos y las vacunas han permitido que las enfermedades infecciosas se encuentren controladas en gran medida, por lo que el tiempo de vida ha aumentado. Por otro lado, los estilos de vida de las ciudades industrializadas han dado paso a trastornos de carácter crónico de etiología pluricausales como el cáncer o los problemas cardiovasculares que están altamente relacionados con hábitos de conducta poco saludables.
- Las enfermedades crónicas con las cuales el paciente tiene que convivir durante muchos años, conlleva a una serie de cambios en su calidad y estilo de vida.
- El modelo biomédico que asume el dualismo mente-cuerpo entendiendo que el cuerpo y la mente son dos entidades separadas. Este modelo no es suficiente para entender y tratar los problemas de salud crónicos que han emergido con fuerza a lo largo del siglo XX.

En 1978 la Asociación Americana de Psicología (APA) creó como una más de sus divisiones (la 38 concretamente), la Health Psychology (división de psicología de la salud) que al año siguiente, en 1979, publica su primer manual. "Health Psychology: A Handbook" (Stone, Cohen y Adler, 1979; citado en Amigo Vázquez & cols., 1998).

Matarazzo define Psicología de la Salud de la siguiente forma:

*La psicología de la salud es la suma de las contribuciones profesionales, científicas y educativas específicas de la psicología como disciplina, para la promoción y mantenimiento de la salud, la prevención y tratamiento de la enfermedad, la identificación de los correlatos etiológicos y diagnósticos de la salud, la enfermedad y la disfunción asociada, además del mejoramiento del sistema sanitario y la formulación de una política de la salud. (Matarazzo, 1980, citado en Amigo, 1998 p. 27).*

En ella quedan especificadas las cuatro líneas de trabajo fundamentales del psicólogo de la salud:

- *Promoción y mantenimiento de la salud* que incluye las campañas destinadas a promover hábitos saludables, por ejemplo: hacer ejercicio regularmente, dieta adecuada, exploración periódica de mamas, uso de condón, entre otras.
- *Prevención y tratamiento de la enfermedad*, haciendo énfasis en la necesidad de modificar los hábitos insanos con el propósito de prevenir enfermedades. También toma en cuenta a aquellos pacientes que padecen enfermedades en las cuales tienen gran importancia ciertos factores conductuales, con el fin de enseñarles a modificarlos, además de ayudarlos a adaptarse más exitosamente a su nueva situación.
- *Etiología y correlatos de la salud, enfermedad y las disfunciones*, en donde se hace referencia al estudio de las causas (conductuales y sociales) de la salud y enfermedad, se incluyen hábitos de consumo de alcohol, tabaco o el modo de enfrentarse a las situaciones de estrés.
- *Sistema sanitario y la formulación de una política de la salud*, en donde se trata de analizar el impacto de las instituciones sanitarias y de los profesionales de la salud sobre el comportamiento de la población para desarrollar recomendaciones para su cuidado.

Puesto que el objetivo ya no es tratar la enfermedad, sino conseguir y mantener un equilibrio entre el organismo, conducta y ambiente (físico y social) la Psicología ha adquirido un papel fundamental en el abordaje de las enfermedades, por lo que, la División de la Psicología de la Salud de la Asociación Americana de Psicología (APA) ha establecido diez objetivos prioritarios:

1. Comprender y evaluar la interacción existente entre el estado de bienestar físico y los diferentes factores biológicos, psicológicos y sociales.
2. Entender cómo las teorías, los principios y los métodos de investigación psicológica pueden aplicarse para potenciar los enfoques biomédicos en la promoción de la salud y el tratamiento de la enfermedad.
3. Comprender la naturaleza de la respuesta de estrés y su importancia en la etiología y el proceso de adquisición de un gran número de problemas de salud.

4. Entender cómo los métodos y técnicas conductuales y cognitivas pueden ayudar a las personas a afrontar y controlar el estrés.
5. Desarrollar las habilidades necesarias para diseñar y aplicar programas cuyo objetivo sea el de crear o incrementar hábitos y estilos de vida personales de salud.
6. Comprender las dificultades que experimentan los pacientes al decidir buscar tratamiento para sus molestias y problemas.
7. Ser consciente del estado y de las condiciones experimentadas por los pacientes en el ámbito hospitalario, así como de los factores que afectan la adherencia a los tratamientos médicos y las fuentes de problemas en lo que las relaciones médico-paciente se refiere.
8. Entender las diferencias existentes entre los métodos psicológicos y médicos para reducir el dolor y cómo se combinan éstos para mejorar la eficacia del tratamiento.
9. Ser conscientes del impacto que las enfermedades incapacitantes y terminales producen en los propios pacientes y sus familias.
10. Descubrir y entender cómo las técnicas y los principios psicológicos pueden aplicarse para ayudar a los pacientes a afrontar y tratar de controlar las enfermedades crónicas (Buela-Casal & cols., 1996 p.7).

### **1.8. Psicología de la Salud en México**

La participación formal de la Psicología en el área de la salud, es cada vez más importante a partir de las redefiniciones del concepto de salud y de los cambios epidemiológicos.

Aún cuando cada país cuenta con sus propias políticas de salud, la mayoría señala como prioridades temas como son: desarrollo de programas de fomento a la salud, prevención de enfermedades infecciosas, campañas de vacunación, prevención de enfermedades crónico degenerativas y la disminución de las tasa de fertilidad.

En la Conferencia Latinoamericana de Psicología de la Salud, diversos especialistas señalaron que el objeto de estudio de los psicólogos de la salud es la atención primaria enfocada a la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad, la salud reproductiva y materno-infantil, las enfermedades cardiovasculares, el estrés y la salud ocupacional. (Rodríguez y rojas, 1998). No obstante, dadas las condiciones políticas y económicas de la mayoría de los países de América Latina, el énfasis continúa

siendo el tratamiento y la rehabilitación, más que la prevención. En la década de los ochenta se establecieron los primeros programas (posgrado) de formación de psicólogos de la salud con énfasis en el trabajo comunitario, familia, salud mental, enfermedades crónico degenerativas y adicciones. Actualmente la investigación que se realiza abarca la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad, la rehabilitación y el cuidado de pacientes con padecimientos terminales, mediante aproximaciones individuales, grupales y comunitarias llevadas a cabo desde diferentes enfoques metodológicos (Rodríguez , Rojas, 1998).

En 1986 se estableció en México un programa académico universitario a nivel de Maestría de la Facultad de Psicología de la UNAM enmarcado en el modelo de las residencias médicas; por lo que se emplearon los campos clínicos de las instituciones del Sector Salud para el desarrollo del programa, lo que les permite a los psicólogos en formación participar en los diferentes escenarios de dicha institución.

A partir de 1992 el Instituto Nacional de Salud Pública de la Secretaría de Salud lleva a cabo el programa de Residencia de Atención Integral a la Salud. En este mismo año, fue organizado el Primer Congreso Internacional de Psicología de la Salud, y en 1996 la Facultad de Psicología de la UNAM llevó a cabo la Conferencia Latinoamericana de Psicología de la salud (Rodríguez y Rojas, 1998).

En México los servicios de salud están organizados en tres niveles de atención:

-El primero se lleva a cabo en las clínicas de atención primaria y su principal objetivo es atender las enfermedades más frecuentes, así como realizar actividades de promoción de la salud, brindando tanto información para su cuidado, como para la detección oportuna de enfermedades. En este nivel se resuelven aproximadamente el 80% de los problemas de salud.

-El segundo nivel se atienden problemas de salud que requieren el uso de tecnología relativamente compleja, actividad que se realiza en hospitales generales. Las principales áreas con que cuenta son: cirugía general, medicina interna, consulta externa, gineco-obstetricia, internamiento y urgencias.

-El tercer nivel brinda atención mediante subespecialidades, a través de unidades hospitalarias altamente especializadas. En este nivel es donde se genera la mayoría de la investigación científica al respecto.

La responsabilidad de promover la salud y prevenir las enfermedades se ha delegado principalmente a los centros de atención primaria, pasando por alto el importante trabajo que al respecto debería desarrollarse en los hospitales de segundo y tercer nivel, donde el principal objetivo sería evitar complicaciones y reeducar hacia condiciones de vida saludables aún con la presencia de alguna enfermedad.

La OMS señala que en nuestro país hay cuatro grupos de factores que afectan la salud del ser humano: la herencia, es decir la naturaleza y características del equipo biológico con que nace el ser humano, la nutrición, que abarca la calidad y cantidad de la alimentación incluso desde antes de nacer, el acceso a servicios de salud de alta calidad y finalmente el comportamiento humano (Soberón, 1998, citado en Rodríguez y Rojas, 1998).

Actualmente en nuestro país, los servicios de salud se enfrentan a problemas de diversa índole. Por una parte aún no se han abatido a un nivel deseable las enfermedades infecciosas, por lo que en ocasiones resurgen y, por otra, está el hecho de que han aumentado los padecimientos crónico-degenerativos. Ambos factores representan una alta proporción de pérdida de la salud y de la vida en nuestro país (Sánchez Sosa, 1998 en Rodríguez y Rojas 1998).

De tal forma, según el INEGI, (2000), las principales causas de muerte en México son producidas por:

1. Enfermedades del aparato circulatorio
2. Tumores
3. Diabetes
4. Aparato digestivo
5. Aparato Respiratorio
6. Accidentes
7. Infecciones intestinales
8. Suicidio

Como se puede observar, los primeros lugares están ocupados por las enfermedades de tipo crónico, con una base biológica indiscutible, pero en la que influyen de manera

considerable diversos factores de riesgo como hábitos inadecuados de alimentación, sedentarismo, ciertas creencias acerca de la enfermedad, condiciones ambientales y estilos de vida.

Por lo anterior, es fundamental desarrollar acciones encaminadas a la prevención de este tipo de enfermedades; sin embargo, debido a que la mayoría de la gente recurre con profesionales de la salud sólo cuando se encuentra enferma (siendo la prioridad en ese momento sentirse mejor). "... La prevención, en un sentido amplio, implica investigación para el diagnóstico de las condiciones de salud (individuales y comunitarias), promoción de la salud, educación para la salud e intervención preventiva" (Reynoso & Seligson, 2002 pag. 26). Por lo anterior, sería importante comenzar a darle mayor relevancia al trabajo de promoción de la salud en las comunidades, lo que permitiría identificar los factores (ambientales, personales y sociales) que ponen en riesgo la salud de una comunidad en particular.

Entre los aspectos importantes para lograr una eficiente participación entre el personal de salud y la comunidad se encuentran:

- Lograr el interés, participación, organización y sentido de responsabilidad de la gente que le motive a trabajar en conjunto, con el fin de mantenerse sana y evitar la enfermedad.

- Desarrollar programas de calidad que incluyan a todas las personas, independientemente de su edad, sexo y nivel socioeconómico, teniendo en cuenta sus características personales y culturales.

Al respecto, se ha realizado un esfuerzo importante a través del Programa de Educación Social Integral, desarrollado en Teocelo, Veracruz; en el que se enfatiza la anticipación y disminución de la exposición a los riesgos, desarrollando actividades que le permitan a la comunidad alcanzar un bienestar integral a nivel físico, mental, social y emocional.

Este programa considera el fortalecimiento de la autoestima, la visión del futuro y el manejo adecuado del estrés en la dinámica familiar como elementos básicos para el desarrollo personal y comunitario. Se basa en que la educación es un elemento fundamental para desarrollar la capacidad de asumir la responsabilidad personal en la búsqueda de soluciones a los problemas y necesidades que están presentes en la

comunidad. Los programas desarrollados abarcan aspectos biológicos, psicológicos, sociales y ambientales a nivel individual, familiar y comunitario.

La estrategia educativa incluye cuatro etapas:

- Diagnóstico de la situación de salud así como identificación de necesidades y características de la comunidad (intereses, características socioculturales, etc.).
- Elaboración de programas. Con base en los objetivos planteados a partir de la detección de necesidades, se planean las estrategias, procedimientos de enseñanza y métodos de evaluación que se pondrán en marcha.
- Ejecución. Implica llevar a cabo las actividades programadas de acuerdo con el programa elaborado.
- Evaluación. Se determina la eficiencia de las acciones desarrolladas y la participación de la comunidad, así como sus cambios conductuales y actitudinales; la participación del personal encargado de las acciones educativas y los materiales y métodos empleados. Esta etapa permite detectar si una estrategia no cumple con los objetivos planteados, con el fin de modificarla y aprender de los éxitos y limitaciones que se presentan.

El objetivo integral de este programa es crear “círculos virtuosos” en lugar de “círculos viciosos”, que permitan a los habitantes de éstas comunidades desarrollarse sanamente en cuanto a sus potencialidades físicas, psicológicas y sociales.

En la Ciudad de México el programa de Residencia en Medicina Conductual de la Facultad de Psicología de la UNAM, llevado a cabo en instalaciones hospitalarias de segundo y tercer nivel de atención en instalaciones de la Secretaría de Salud, contempla como algunos de sus objetivos de servicio: desarrollar en el estudiante las capacidades y habilidades que les permitan llevar a cabo programas preventivos de educación para la salud a nivel individual y comunitario, proporcionar alternativas educativas de modificación de estilo de vida con el fin de prevenir problemas y complicaciones médicas y desarrollar estrategias de intervención cognitivo conductuales que ayuden a resolver problemas psicológicos generados por problemas orgánicos (Documento informativo del programa de residencia en Medicina Conductual, UNAM 2002).



El trabajo en la comunidad de Teocelo y la Residencia en Medicina Conductual son dos precedentes de los cambios que se están llevando a cabo en nuestro país, para lograr de manera gradual la formación e inserción de psicólogos en la atención a los problemas de salud pública, los que deben ser vistos desde una perspectiva integral.

## Capítulo 2

### ESTRÉS

#### 2.1 Antecedentes

La palabra estrés viene del latín *stringere* que significa oprimir, apretar, atar (Stora, 1991). En mecánica, se utiliza para hacer referencia a una fuerza externa que actúa sobre un material y tiende a cambiar las dimensiones del mismo: comprimiéndolo, tensionándolo o causando esfuerzo cortante. En física, se refiere a un factor que actúa perturbando el equilibrio de un sistema. En algunas ocasiones se utiliza el término *strain* (deformación) para significar el cambio relativo de dimensiones de un cuerpo, en respuesta a una fuerza aplicada.

El término estrés fue introducido al campo de la medicina por el fisiólogo Walter Cannon (1932) quien postulaba que el organismo era un sistema encargado de mantener el equilibrio interno (*homeostasis*) a través de mecanismos internos de retroalimentación (*feedback*). Se entendió el estrés como *la reacción de alarma* que se realizaba por actividad simpático-adrenal, suponiendo una relación causal entre enfermedad y ruptura homeostática (Valdés, 1990).

Posteriormente el término fue retomado por Hans Selye (1956), quien lo utilizó para significar los cambios fisiológicos que se producen en el organismo en respuesta a un estímulo nocivo. A estos cambios les denominó *respuesta de estrés* y tienen una función adaptativa para la supervivencia del individuo. Sin embargo, si esta respuesta se mantiene durante largos períodos el organismo acaba siendo dañado. Selye encontró que las ratas que habían estado sometidas a situaciones cotidianas de estrés (manipulación experimental) acababan desarrollando múltiples alteraciones como úlceras pépticas, incremento notable en las glándulas suprarrenales o atrofia en los tejidos del sistema inmunitario; lo que lo llevó a la conclusión que todos los organismos tenían una reacción común a los estresores a la que denominó "Síndrome General de Adaptación". Consta de tres fases: alarma, resistencia y agotamiento.

- *Fase de alarma*- Se presentan una serie de cambios como: movilización de energía (glucosa, proteínas, grasas) hacia los músculos, incremento de la frecuencia cardíaca y respiratoria, aumento de la presión arterial, paralización de la

digestión, inhibición de la actividad del sistema inmunitario... Estos cambios preparan al organismo para hacer frente a situaciones de emergencia (lucha o huida) que demandan la movilización de los recursos fisiológicos del individuo.

- *Fase de resistencia*- Si la amenaza continua, entra en acción una vía denominada eje hipotalámico-hipofisiario-suprarrenal (HHS). Dentro de este proceso es posible aumentar el suministro de glucosa en sangre para que esté disponible más energía, además, el organismo se prepara para hacer frente a una lesión.
- *Fase de agotamiento*- Se produce cuando el organismo es incapaz de seguirse manteniendo en los mismos niveles de activación, originando alteraciones a nivel cardiovascular, gastrointestinal, inmunológico, entre otros.

De acuerdo con este modelo, si el organismo se activa repetidamente ante situaciones estresantes o no se desactiva una vez que dichas situaciones han cesado, existe una gran probabilidad de que el sujeto desarrolle algunas de las enfermedades asociadas al estrés (Vila, 1996; citado en Amigo, 1998). Esto no significa que el estrés sea el factor causal responsable, sino que éste aumenta el riesgo de que el organismo contraiga enfermedades o en su caso acelere el proceso patológico debido a todos los cambios fisiológicos que se generan ante una situación estresante.

Dentro de las teorizaciones de Freud y las teorías psicodinámicas, el estrés fue utilizado para pensar en situaciones psicopatológicas; sin embargo, se utilizó el término ansiedad en lugar del de estrés. Durante la mayor parte de la primera mitad del siglo XX, el concepto de ansiedad tuvo una gran influencia en las investigaciones y en el pensamiento en el campo de la Psicología.

La palabra estrés apareció en el índice de Psychological Abstracts hasta 1944. La segunda guerra mundial tuvo un efecto movilizador en las teorías e investigaciones sobre estrés. Uno de los primeros estudios sobre estrés en el campo de la psicología fue el de Glicker y Spiegel (1945), cuyo objetivo era conocer el efecto del estrés sobre el rendimiento de los militares en el combate. Posteriormente se realizaron otros estudios dirigidos a averiguar el efecto del estrés sobre la secreción de hormonas adrenocorticales y sobre el rendimiento del individuo. A partir de la década de los setenta se ha ido aceptando progresivamente la idea de que si bien el estrés es un aspecto inevitable de la

condición humana, su afrontamiento establece grandes diferencias en cuanto a la adaptación como resultado final (Lazarus, 1984).

Según Lazarus (1984) el aumento del interés por el estrés y su afrontamiento, podemos centrarlo en cinco puntos: la preocupación por las diferencias individuales, el resurgimiento del interés en materia psicosomática, el desarrollo de una terapia cognitivo-conductual dirigida al tratamiento y prevención de la enfermedad y de estilos de vida con elevado riesgo para la salud, el crecimiento de una perspectiva experimental del curso de la vida y una preocupación cada vez mayor por el papel del entorno en los problemas del hombre.

- *Diferencias individuales* – El interés por las diferencias individuales derivó de las investigaciones realizadas sobre los efectos del estrés en el rendimiento, como consecuencia de la Segunda Guerra Mundial y de la Guerra de Corea. El punto de vista dominante sostenía que el estrés o la ansiedad dan como resultado un deterioro en el rendimiento, bien por excesivo aumento de la tensión, o bien, como consecuencia de crear interferencia o distracción. Los psicólogos se apoyaban en una ley universal planteada por Yerkes y Dodson (1908), según la cual, incrementos de arousal o de tensión mejoraban el rendimiento hasta llegar a cierto nivel, a partir del cual aumentaba la desorganización, dando como resultado una disminución del rendimiento. Sin embargo, en 1952 Lazarus y Eriksen encontraron que algunos sujetos rendían mucho mejor y otros mucho peor en situaciones de estrés. Este y otros estudios pusieron de manifiesto que no se podía predecir el rendimiento por simple referencia a los estímulos estresantes, y que para pronosticar el resultado era necesario tener en cuenta los procesos psicológicos responsables de las diferencias individuales en la reacción.
- *Medicina psicosomática*- a partir de este modelo, enfermedades como la úlcera o colitis se explicaban sobre la base de algunas formas de procesos psicodinámicos. Como consecuencia, se intentó utilizar las bases psicodinámicas para identificar una “personalidad ulcerosa”, “personalidad colítica”, “personalidad migrañosa” entre otras. Sin embargo, los conceptos psicoanalíticos han perdido influencia en el campo de la salud y, retomando la contribución de Selye, se le ha dado una mayor importancia al papel de los factores sociales y psicológicos en el proceso

salud-enfermedad. Actualmente, se estudia la relación que existe entre el estrés y el sistema cardiovascular (Meisel, Kuts et al., 1991), gastrointestinal (Butterfield, 1975; Feldman, Walker, Green y Weingarden, 1986), endocrino, inmunitario (Rubio, Hernández, Cozar y Ulla, 199; Cohen, Tyrrell y Smith, 1991), entre otros.

- **Terapia cognitiva-conductual-** Durante los años 30, 40 y 50 el conductismo se convirtió en el enfoque dominante en el área de la psicología experimental, siendo el aprendizaje el área más activa de investigación. Además de la orientación operante o skinneriana y respondiente o pavloviana, surgieron dos amplios modelos teóricos de modificación de conducta: la Teoría de Aprendizaje Social de Bandura (1963) y la Modificación de Conducta Cognitiva como alternativa a la terapia psicodinámica tradicional. La terapia cognitiva considera como factor principal en la psicopatología y en el éxito en el afrontamiento a la forma en que el individuo interpreta sus experiencias. Se centra en las intervenciones necesarias para modificar los pensamientos y, con ello los sentimientos y las acciones (Lazarus, 1984). Ejemplo de ellas son: la Terapia Racional Emotiva (TRE) (Albert Ellis 1962), la Reestructuración Cognitiva (Beck 1976), la Inoculación al Estrés (Meichenbaum 1977, 1986), la Solución de Problemas (D' Zurilla y Goldfried 1971) (en Martin & Pear, 1999).
- *Crecimiento de una perspectiva experimental del curso de la vida-* La psicología del desarrollo se había centrado principalmente en la infancia y la adolescencia; pero en los años sesenta surge el interés por los adultos y sus problemas, debido al marcado incremento de personas que llegan a la vejez. Poniendo énfasis en el estrés de las transiciones, en los cambios sociales y en la manera en que éstos se afrontan. Existe por ejemplo, un gran interés por el síndrome del nido vacío, las crisis de la mitad de la vida, por el estado de viudez, la menopausia y por la situación de la jubilación.
- *El papel del entorno en los problemas del hombre-* La psicología ambiental está interesada en estudiar como el estrés depende, en parte, de las demandas sociales y físicas del entorno (Altman y Wohwill, 1977; Proshansky, Ittelson y Rivli, 1970; Stokols, 1977). Las limitaciones y los recursos de los que dependen las

posibilidades de afrontamiento (Klausner, 1971), son también factores importantes.

Por lo anterior, para Lázarus, el estrés debe ser considerado un concepto organizador, utilizado para entender diferentes fenómenos en la adaptación animal y humana. Propone que no es adecuado considerarlo como una variable, sino como una rúbrica de diferentes variables y procesos.

Es importante enfatizar que el proceso de adaptación no es un término que signifique lo mismo que estrés, puesto que mucha gente para adaptarse, actúa de manera automática y rutinaria, sin que esto signifique necesariamente estrés.

En Psicología se han llegado a considerar ciertos estímulos como inductores de estrés, Lazarus y Cohen han clasificado los acontecimientos que a la mayoría de la gente podrían provocarles estrés en tres grupos:

*Sucesos vitales traumáticos* que afectan a un amplio número de personas; como desastres naturales, guerras, etc. Su principal característica es que son altamente impredecibles e incontrolables, por lo que requieren que el individuo reorganice su vida a partir de ellos.

*Cambios mayores* que afectan sólo a una persona o una cantidad reducida de éstas; pueden estar incluidos acontecimientos normativos en la vida de una persona, como el matrimonio, el nacimiento de los hijos, los cambios laborales, la muerte de un ser querido, una enfermedad crónica, etc.; es necesario aclarar que no únicamente los acontecimientos negativos pueden tener un efecto estresante.

*Ajetreos diarios*, en esta categoría están incluidas situaciones que se presentan muy frecuentemente pero con una intensidad relativamente baja; como peleas con la pareja, contratiempos por el tráfico, etc. Aunque este tipo de acontecimientos causen menos impacto que los cambios mayores, pueden ser más importantes debido a su frecuencia en el proceso de adaptación del individuo y de conservación de la salud.

Existen otras aproximaciones que intentan organizar de manera formal los estímulos estresantes, teniendo en cuenta diferentes criterios, no obstante, hay que tener presente que existen diferencias individuales en la vulnerabilidad personal a diferentes estímulos.

Aún no existe un consenso en lo que se refiere al concepto de estrés, por ello, hay quienes lo ubican como un estímulo, mientras otros, lo ven como una respuesta; sin embargo, estas

conceptualizaciones no toman en cuenta que para entenderlo es importante adoptar una visión integradora que incluya los estímulos, el organismo y el contexto.

## **2.2. Estrés psicológico y evaluación cognitiva**

Teniendo en cuenta que el estrés no se puede definir haciendo referencia sólo al ambiente, dejando de lado las características del individuo y el contexto, es necesario adoptar una perspectiva que permita identificar la forma en que estas variables se relacionan, con el fin de comprender el proceso y las consecuencias adaptativas que tiene tal relación para el individuo. Dada la complejidad del término, es necesario delimitar el concepto de estrés psicológico que en adelante será un importante marco de referencia en el presente trabajo.

*"El estrés psicológico es una condición particular entre el individuo y el entorno que es evaluado por éste como amenazante o desbordante de sus recursos y que pone en peligro su bienestar" (Lazarus y Folkman, 1984, pag. 43).*

El énfasis en ésta definición está centrado en el proceso de evaluación cognitiva que cada persona lleva acabo a partir de características personales: percepción, estilos de pensamiento, sensibilidad, vulnerabilidad (física y psicológica), creencias, valores y compromisos, que se relacionan con las características del ambiente en un momento específico; por lo que el estrés resulta cuando hay un desequilibrio entre las demandas o requerimientos de la situación ambiental y las habilidades del individuo para enfrentarlas.

La evaluación cognitiva es un proceso que interviene en la aparición de pensamientos, sensaciones y acciones subsiguientes a un acontecimiento estresante. Ésta le permite al sujeto extraer el significado de la situación, afectando también su forma de reaccionar ante acontecimientos similares posteriores.

Durante la evaluación cognitiva se ponen en marcha dos aspectos valorativos básicos; el primero se encarga de discriminar si ciertas experiencias dañan, benefician, amenazan o retan; en qué medida, de qué forma, durante cuánto tiempo y qué tan importante es lo que está en riesgo (evaluación primaria). El segundo valora a partir de lo anterior, si puede hacerse algo al respecto, qué acciones podría llevar a cabo, cómo lo

haría y qué posibilidades de éxito tendría (evaluación secundaria). En ambos tipos de evaluación, los términos primario y secundario no denotan que uno sea jerárquicamente más importante que el otro, sino que esta clasificación obedece a la tradición en Psicología de darles estas denominaciones.

El proceso de evaluación es continuo y cambiante, por lo que las posteriores reevaluaciones que lleve a cabo el individuo a partir de la evaluación inicial, estarán basadas en la nueva información recibida del entorno y en la información de sus propias reacciones (conductuales, cognitivas y emocionales).

### **2.3. Evaluación primaria**

La evaluación de una situación determinada puede ser de tres clases:

*Irrelevante*: se da cuando la situación no implica problemas ni beneficios para el individuo; es decir, si un estímulo no es seguido de una consecuencia importante para el sujeto, éste solamente se adaptará a él.

*Benigno-positiva*: ocurre cuando las consecuencias de un evento se valoran como positivas ya que generan bienestar y sensaciones placenteras como alegría, amor, felicidad, tranquilidad, etc. Son raras las evaluaciones totalmente positivas, puesto que están en función de factores individuales y del contexto, por lo que suelen ser mixtas y muy complejas.

*Estresante*: incluye las evaluaciones que implican daño/pérdida, amenaza y desafío. La evaluación de **daño o pérdida** ocurre cuando el individuo ha aprendido que una determinada situación tiene consecuencias negativas y perjudiciales; como enfermedades, accidentes, daños a la estima propia, pérdida de un ser querido y todos aquellos acontecimientos en los que ha vivido o puede experimentar pérdidas de compromisos importantes.

Por otra parte, la **amenaza** se refiere a daños o pérdidas que aún no han ocurrido, pero que pueden suceder, de igual forma, las consecuencias negativas a futuro que implican las pérdidas son consideradas como amenazantes. Un factor adaptativo de la amenaza es que permite al sujeto prever y planear posibles dificultades, preparándose así, para anticipar los modos de afrontamiento que podría poner en marcha.

Aunque la amenaza y el **desafío** son muy parecidos, en éste hay una valoración de los recursos necesarios para vencer en la confrontación, lo que genera emociones placenteras



cómo impaciencia, alegría y excitación, mientras que en la amenaza, principalmente se valora el daño que puede ocasionar la situación, experimentando emociones negativas como miedo, ansiedad, etc.

Aunque las evaluaciones de amenaza y desafío son diferentes en cuanto a sus componentes cognitivos (valoración de daño Vs. dominio) y afectivos (emociones placenteras Vs. emociones negativas), están ampliamente relacionadas y pueden modificarse debido a los esfuerzos cognitivos de afrontamiento y a los cambios en el entorno.

Algunas investigaciones señalan que las evaluaciones de reto o desafío tienen implicaciones adaptativas, en el sentido de que las personas disponen de ventajas en calidad de funcionamiento, contando con mayor capacidad para desarrollar sus recursos, estado de ánimo positivo y salud adecuada. Este tipo de evaluaciones aparecen, principalmente, cuando el individuo percibe que tiene control de la situación.

Puesto que los individuos interpretan el entorno a partir de sus evaluaciones, si éstas no se aproximan a la realidad, se produce un desajuste lo que puede dar como resultado que la situación sea evaluada como amenazante, dañina o desafiante cuando no lo es; o que el individuo pase por alto aquella situación donde si existe el daño, la amenaza o el desafío.

#### **2.4. Evaluación secundaria**

Al evaluar una situación como estresante es preciso determinar qué acciones se pueden poner en marcha, ya que los resultados dependen de que pueda hacerse algo, de lo que se lleve a cabo y de lo que está en riesgo. A este proceso se le denomina evaluación secundaria. Mediante ésta, se evalúan las opciones que hay para el afrontamiento, se valora que opción servirá para obtener los resultados esperados y cuáles son sus posibles consecuencias, así como la certeza de que la persona puede aplicarla de manera efectiva; por lo que se prepara cognitivamente para desarrollar las estrategias de afrontamiento que pondrá en marcha.

Finalmente, ante un evento en particular, el estrés estará determinado por la interacción de la evaluación de lo que está en riesgo y de lo que puede hacerse al respecto, lo que a su vez modulará la intensidad y contenido de la respuesta emocional.

Puesto que las evaluaciones y reevaluaciones ocurren de manera frecuente, cambiante y espontánea, es posible que, según Lazarus, los individuos no estén conscientes de los valores y objetivos evaluados y de los factores internos y externos que contribuyen a las diferentes sensaciones de peligro o amenaza.

## **2.5 Factores que influyen en la evaluación ( personales y situacionales).**

### **2.5.1 Factores Personales**

Según Lazarus (1984) existen dos características del individuo que determinan la evaluación: los compromisos y las creencias. Estas variables influyen en la evaluación determinando:

- 1) Qué es lo más sobresaliente para conservar el bienestar.
- 2) De qué modo el individuo entiende la situación, poniendo en marcha reacciones emocionales y estrategias de afrontamiento.
- 3) Cuáles serán las bases para evaluar los resultados.

#### *Compromisos*

Un compromiso contiene elementos cognitivos, en cuanto se refiere a alternativas, valores y/o objetivos, lo que no implica que se dejen de lado las implicaciones motivacionales, su intensidad, su persistencia, su tinte afectivo y su dirección. Un individuo se halla comprometido con algo o con unas cuantas cosas en particular. Los grados de compromiso varían, se puede estar muy comprometido o el compromiso puede ser mínimo e inclusive puede no existir (Lazarus, Coyne y folkman, 1982; Lazarus, 1984). Los compromisos tienen varias funciones:

- a) Expresan aquello que es importante para el individuo.
- b) Deciden lo que se halla en juego en una determinada situación estresante. Cualquier situación en la que se involucre un compromiso importante, será evaluada como significativa en la medida en que los resultados del afrontamiento dañen, amenacen o faciliten la expresión de ese compromiso.
- c) Deciden las alternativas que el individuo elige para conservar sus ideales y/o conseguir determinados objetivos.

Los compromisos determinan la evaluación mediante varios mecanismos (cf. Wrubel et al., 1981; Lazarus, 1984):

- Pueden alejar o acercar al individuo de las situaciones, pueden amenazarle, desafiarle, beneficiarle o dañarle. Klinger (1975) en su estudio sobre depresión, opina que ésta, es la consecuencia natural del alejamiento de los compromisos cuando se vuelven abrumadores o insostenibles.
- Determinan la sensibilidad del sujeto respecto a las características de la situación. King y Sorrentino (1983) demostraron que las diferencias en la forma en que los individuos evalúan las situaciones son debidas, en parte, a las diferencias individuales en la importancia otorgada a distintos aspectos de esas situaciones: agradable-desagradable, físico-social o íntimo, relacionado-no relacionado o no íntimo. Mechanic (1962) en una investigación hecha con estudiantes, se refiere al aumento de la sensibilidad a distintas señales en los participantes que esperan saber si han aprobado su examen de licenciatura. Los alumnos se volvieron extremadamente sensibles hacia todas las expresiones y conductas observadas en los miembros de la facultad.
- La relación que establecen los compromisos con la vulnerabilidad psicológica del individuo. Esta relación tiene resultados paradójicos. La situación puede resultar amenazante o dañina, dependiendo de la intensidad del compromiso establecido; sin embargo, esa misma intensidad de compromiso, puede también impulsarle a actuar para reducir la amenaza y ayudarle a desarrollar recursos para hacer frente a los obstáculos que se le presenten (Lazarus, 1984).

### *Vulnerabilidad*

Está determinada por la relación entre el grado de compromiso de un individuo y los recursos con los que cuenta para hacer frente a una situación estresante. Una persona es vulnerable al estrés en aquellas situaciones ambientales que pongan en peligro valores u objetivos con los que tenga desarrollados compromisos importantes, así como en las situaciones que signifiquen daño o amenaza y, especialmente, en las que favorezcan las creencias negativas sobre sus expectativas.

### *Creencias*

Según Lazarus (1984) en la evaluación, las creencias determinan la "realidad" de cómo son las cosas en el entorno y modelan el entendimiento de su significado.

Puesto que en el presente trabajo se empleó la variable *creencias de control*, consideramos importante dedicar un capítulo para su definición y el empleo que se le da en esta investigación.

### 2.5.2 Factores situacionales

El grado en que un acontecimiento es estresante se determina por la interacción de los factores personales y situacionales. Por ello, es importante conocer aquellas propiedades de las situaciones que son especialmente relevantes para los individuos y que influyen en los procesos de evaluación. Se tomarán en cuenta aquellas propiedades de la situación que intervienen en un momento dado para que sea considerada como amenazante, dañina o desafiante, éstas son: novedad de la situación, predictibilidad e incertidumbre, factores temporales (inminencia, duración e incertidumbre temporal), así como la ambigüedad y la cronología de los acontecimientos estresantes respecto del ciclo vital.

- *Novedad de la situación*- A menudo el ser humano experimenta situaciones nuevas, es decir, situaciones en las que no se dispone de experiencia previa. Sin embargo, cuando esto sucede busca encontrar relaciones con acontecimientos que guarden cierto parecido o que tengan algún aspecto que resulte familiar, a partir de lo cual realiza inferencias. Por lo tanto, una situación puede resultar estresante dependiendo de la claridad de su significado e importancia para el individuo. El conocimiento general puede no ser suficiente para interpretar un acontecimiento nuevo, lo que podría dar como resultado que los recursos de afrontamiento empleados para tales demandas no fueran los adecuados.
- *Predictibilidad*- Implica que existen características ambientales que pueden ser discernidas, descubiertas o aprendidas. Son especialmente útiles sobre todo en aquellas situaciones donde está presente el dolor o la amenaza. Tener información sobre la situación permite, de cierto modo, la posibilidad de un afrontamiento anticipatorio y la reducción de la capacidad aversiva del agente estresante.
- *Incetidumbre*- Hace referencia tanto a la probabilidad de ocurrencia de un acontecimiento, como a la confusión que un individuo tenga sobre el significado del entorno. El no saber con certeza si va a ocurrir un acontecimiento determinado puede ocasionar que en la evaluación y reevaluación se generen pensamientos,

sentimientos y conductas que pueden provocar que el sujeto no sepa qué hacer, experimentando confusión y desesperanza.

#### **Factores temporales:**

- *Inminencia*- Hace referencia al tiempo que transcurre antes de que ocurra un acontecimiento. Cuando más prolongado es el tiempo de anticipación, es mayor la probabilidad de que la evaluación y la reevaluación se torne más compleja.
- *Duración*- Tiempo de duración del acontecimiento estresante. Desde el modelo de Síndrome General de Adaptación (SGA) de Selye, este factor se considera de importancia en la aparición de las enfermedades.
- *Incertidumbre temporal*- Hace referencia al desconocimiento de cuándo o en qué momento se va a producir un determinado acontecimiento.

Todos los factores anteriormente mencionados, influyen en la evaluación de los intereses que están en juego, de su importancia para el bienestar y de qué puede hacerse ante la situación en cuestión; por lo que a partir de ellos se configura la claridad o ambigüedad de la situación.

- *Ambigüedad*- Cuando en una situación la información de que se dispone es poco clara o insuficiente, decimos que la situación es ambigua. Cuando existe ambigüedad, son los factores individuales (creencias, compromisos, experiencias y rasgos de personalidad) los que determinan la comprensión de la situación. Debido a estas diferencias individuales, no todas las situaciones ambiguas llevan a la evaluación de amenaza, daño o desafío; ya que podemos encontrar, por una parte, que un individuo puede sentirse amenazado ante la percepción de un limitado control de la situación, y por la otra, que aun existiendo signos de daño o peligro se utilice la ambigüedad para reducir la amenaza, lo que permite realizar interpretaciones alternativas del significado de la situación (Lazarus y Folkman, 1984).
- *Cronología de los acontecimientos estresantes dentro del ciclo vital*- Son acontecimientos normales de la vida (nacimiento de los hijos, casarse, jubilación, muerte del cónyuge,.....) que ocurren "fuera de tiempo" por lo que pueden resultar más estresantes que si ocurrieran dentro del tiempo que se esperan.

## CAPÍTULO 3 CREENCIAS Y AFRONTAMIENTO

### 3.1. Creencias

Como hemos mencionado, cuando un individuo se encuentra en estrés psicológico, realiza una evaluación donde toma en cuenta los recursos que tiene para hacer frente a las demandas del entorno. Las creencias intervienen en la evaluación como un factor personal, por lo que adquieren particular importancia para la evaluación de una situación estresante y en la forma de afrontar la misma; es por ello que consideramos importante dedicar este apartado para definir las.

Según Rokeach y Rothman (1965) la creencia es una "combinación única de dos estímulos cada uno de los cuales tiene significados diferentes, esa configuración única posee dos componentes: un *sujeto* (S) capaz de ser caracterizado de muchas maneras, y una *caracterización* (C) capaz de ser aplicada a muchos sujetos" (citado en Jones, 1990; p.171).

Sujeto	Caracterizaciones
Todos los hombres	son inteligentes. son agresivos. no pueden entender los sentimientos. son comprensivos. creen que tienen la razón.

Sujetos	Caracterización
El cigarro El estrés Una impresión fuerte Una mala alimentación Tomar café	produce cáncer.

Fishbein y Ravein (1962) dividen a las creencias en dos categorías: creencias en (*son aceptaciones de la existencia de algún objeto*) y creencias respecto a (*son relaciones aceptadas entre dos objetos*).

Para Wrubel (1981) las creencias son configuraciones cognitivas formadas individualmente o compartidas culturalmente (citado en Lazarus y Folkman, 1984).

Según Bem (1970) se puede dividir a las creencias en: primitivas y de orden superior.

- Las *creencias primitivas* se basan en la premisa de que el que cree no está dispuesto a cuestionar. Son fundamentalmente de dos tipos: basadas en la experiencia sensorial y basadas en la autoridad. Son ejemplos de experiencia sensorial el que creamos que un objeto continúa existiendo aún cuando dejemos de mirarlo y también que los objetos guardan el mismo tamaño y forma cuando nos separamos de ellos y sus imágenes cambien (es lo que Piaget llamó permanencia de objeto y constancia de tamaño, respectivamente). Las creencias basadas en la autoridad, como su nombre lo indica, se fundamentan en lo que las autoridades que se encuentren a nuestro alrededor digan; por ejemplo, una madre dice que no cepillarse los dientes después de cada comida hace que se caigan los dientes; lo que significa que es un hecho que esto suceda porque ella lo dijo. Son creencias de las que no nos percatamos, sino hasta que llaman nuestra atención o las ponemos en duda porque se alteran algunas de las circunstancias en las que aparecen.
- Las *creencias de orden superior* se llaman así porque son creencias primitivas susceptibles de ser analizadas por medio del razonamiento inductivo, con base en la experiencia del individuo. Las creencias de orden superior que se construyen a partir de la fe y de la experiencia, pueden llegar a mantenerse sin contar con ninguna referencia de su evidencia. En este punto, la creencia ya no puede cambiarse apelando a la razón, por lo que pasa a ser una creencia "primitiva".

También existen las creencias que tienen que ver con el control. Las creencias sobre el control personal son evaluaciones cognitivas que están asociadas con sensaciones de dominio y de confianza en un contexto específico y las creencias generales sobre el control que son consideradas una disposición estable de la personalidad e incluyen el

grado en que el individuo asume que puede controlar los acontecimientos y situaciones importantes. Esta distinción es similar a la que se hace entre rasgo-estado (Lazarus, 1984).

Julian Rotter (1966) con base en su Teoría del aprendizaje social, fue uno de los primeros interesados en formular sistemáticamente el estudio del control percibido. Propuso que las acciones de una persona pueden predecirse con base en su valores, expectativas y las situaciones en las que se encuentre. La probabilidad de ocurrencia de comportamiento depende de la satisfacción de necesidades potenciales y está en función de: las expectativas de que las conductas serán seguidas de reforzadores (libertad de movimiento) y del valor que se le dé a éstos .

Definió *libertad de movimiento* como una expectativa para obtener satisfacciones positivas como resultado de un conjunto de conductas dirigidas hacia el logro de un grupo de reforzadores potencialmente relacionados. Una persona tendrá una baja libertad de movimiento cuando sus expectativas de ser reforzado sean de castigo o falla. Este término fue empleado como base para hablar sobre el control percibido

El "*Control Percibido*" se define como la expectativa generalizada para el control de los reforzamientos, resulta de la habilidad de una persona para recordar y reflexionar sobre sus expectativas y las secuencias del resultado de sus conductas. Llevándose a cabo un análisis causal de éxitos y fracasos, éstos se pueden atribuir a características personales o a situaciones ambientales, dependiendo de la interpretación del individuo y no sólo de la percepción de contingencias. Por lo tanto, el control percibido se puede presentar en dos dimensiones: *control interno* y *control externo de reforzamientos*. La expectativa de control interno, se refiere a la percepción de eventos (positivos o negativos) que son consecuencia de sus propias acciones y que por lo tanto están bajo el control personal. La expectativa generalizada de control externo se refiere a la percepción de eventos positivos o negativos que no se relacionan con su comportamiento y por lo tanto están fuera de su control personal.

En la Teoría del aprendizaje social, una conducta particular o evento que sea seguido de un reforzamiento, servirá para mantener una expectativa de tal secuencia. Cuando el reforzamiento es visto como no contingente hacia la propia conducta del sujeto, la ocurrencia no incrementará la expectativa. Contrariamente, cuando el reforzamiento es



visto como contingente a la conducta, incrementará la expectativa. Sin embargo, parece probable que dependiendo de la historia de reforzamiento de los individuos, habrá diferencias en el grado en que los reforzamientos se atribuyan o no a sus propias acciones. Por lo tanto, las expectativas se pueden generalizar de una situación específica, a una serie de situaciones que son percibidas de manera similar o que se relacionan. Consecuentemente, una expectativa generalizada para una clase de eventos relacionados, tiene propiedades funcionales y cubre una clase de variables importantes en la descripción de la personalidad. Tales expectativas generalizadas actúan para determinar la elección de conducta dependiendo del valor del reforzamiento potencial y de cuestiones culturales, lo que da como resultado diferencias individuales. Estas evaluaciones acerca de la percepción del control marcan la pauta para que el individuo desarrolle creencias.

A partir del concepto de "Control Percibido" se desarrolla el constructo de "*Locus de Control*"; que hace referencia a la forma en que una persona se ve a sí misma en relación con las cosas que le suceden y el significado que extrae a partir de su interacción con el ambiente. Una actitud generalizada, creencia o expectativa con respecto a la naturaleza de la relación causal entre la propia conducta y sus consecuencias puede afectar el comportamiento en diferentes circunstancias. (Rotter, 1966; citado en Lefcourt, 1976).

Rotter define control interno y control externo de la siguiente forma:

"Cuando un refuerzo es percibido por un sujeto como no contingente a alguna acción suya, en nuestra cultura, típicamente percibe esto como resultado de la suerte, el destino, el control de otros poderosos, o como impredecible por causa de la gran complejidad de las fuerzas que lo rodean. Cuando el acontecimiento es interpretado de este modo se denomina a esto como una creencia en control externo. Si la persona percibe que el evento es contingente a su conducta o a sus características relativamente permanentes, se denomina creencia en el control interno" ( Rotter, 1966, p.1; citado en De la Rosa, 1986).

Rotter desarrolló un instrumento para medir Locus de Control en las dimensiones (interna y externa) que él propone. Esta escala es de elección forzada (sí/no), y las puntuaciones obtenidas ubican al individuo en uno de los dos polos (locus de control interno-locus de control externo).

Este instrumento ha sido utilizado en diferentes investigaciones, asociándolo a variables tales como: ansiedad (Feather, 1967); motivación al logro (Ray, 1980); inteligencia (Romero, 1980).

Posteriormente Levenson (1973, 1974, 1981), desarrolló una escala multidimensional para medir "Locus de Control", en la que distingue dos tipos de orientación externa 1) creencia en la naturaleza desordenada y azarosa del mundo y, 2) creencia en un mundo ordenado y predecible, asociado con la expectativa de que las personas que tienen el poder, tienen el control; existiendo la posibilidad de obtener el control a través de determinadas acciones. El instrumento está compuesto por tres subescalas: Control Interno, Azar (suerte) y Otros Poderosos.

- Control interno mide la creencia que uno tiene de que puede controlar su propia vida.
- Azar (suerte) mide el grado en que el control está relacionado con percepción azarosa.
- Otros poderosos mide la creencia que uno tiene de que las personas que tienen el poder, tienen el control.

A diferencia de la escala de Rotter, la de Levenson se presenta en formato Likert y el objetivo de su medición es conocer la percepción de la persona con respecto al control de lo que sucede (La Rosa, 1986).

Posteriormente, La Rosa (1985) aplicó las pruebas traducidas de Rotter (1966) y de Levenson (1974), a una muestra de 289 estudiantes (hombres y mujeres) de Ingeniería, Economía y Psicología de universidades de la Ciudad de México. El análisis de los resultados no comprobó la posición teórica de unidimensionalidad del constructo de Locus de Control de Rotter. Los resultados del análisis factorial de la prueba de Levenson, proporcionaron un soporte empírico para las tres dimensiones (azar, control interno y otros poderosos). A partir de estos resultados, La Rosa, elaboró una escala multidimensional y realizó una prueba piloto a 483 estudiantes (hombres y mujeres) para medir "Locus de Control", definiéndolo como " la creencia que uno tiene respecto a quién o qué factores controlan su vida" (idem. p. 40). El instrumento incluyó las dimensiones de Internalidad instrumental, Afectividad, Fatalismo/suerte y Otros poderosos. Cabe mencionar que el análisis de resultados, arrojó un nuevo factor. Tras

haber realizado las modificaciones al instrumento, finalmente se aplicó a una muestra de 1083 estudiantes alumnos de la UNAM; quedando constituido por cinco subescalas: Fatalismo/Suerte, Poderosos del Macrocosmos, Afectividad, Internalidad Instrumental y Poderosos del Microcosmos.

- *Fatalismo suerte* se refiere a creencias en un mundo no ordenado, donde los refuerzos dependen de la suerte o destino.
- *Poderosos del macrocosmos* se refiere a personas que tienen el control porque tienen el poder y están alejadas del individuo, pero su acción repercute en su vida.
- *Afectividad* describe situaciones en que el individuo consigue sus objetivos a través de relaciones afectivas con quienes le rodean.
- *Internalidad instrumental* se refiere a situaciones en que el individuo controla su vida debido a su esfuerzo, trabajo y/o capacidades.
- *Poderosos del microcosmos* se refiere a las personas que tienen el poder, están más cercanas del individuo y controlan los refuerzos que le interesan.

Desde la perspectiva de la Teoría del aprendizaje social, Rotter (1966, 1975) consideró que las creencias generales sobre el control tenían mayor influencia en situaciones ambiguas y nuevas. Por lo tanto, determinarían el significado de la configuración del entorno y como consecuencia su modo de afrontar la situación estresante. Como resultado, ante una situación sumamente ambigua, un individuo con un locus de control interno; evaluaría la situación como controlable, mientras que otro con locus de control externo, podría evaluarla como incontrolable. Sin embargo, cuando la situación es clara, los juicios sobre su control potencial estarán en función de las características de la situación (Lazarus, 1984).

Al parecer en su planteamiento Rotter no consideró el grado de incertidumbre (confusión del individuo sobre el significado de la configuración del entorno) que una situación particular puede provocar a diferentes personas. Es decir, el que yo sepa a qué me estoy enfrentando (claridad en la situación) no significa que sepa qué voy a hacer al respecto.

Para Lazarus (1984) las creencias sobre el control podrían ser: una creencia en un contexto específico (evaluación cognitiva del control situacional) o bien, una creencia

general (disposición del individuo). Las creencias en una situación específica son evaluaciones que se refieren al grado en que el individuo cree que puede modificar sus relaciones estresantes con el entorno en un momento particular.

Tanto las creencias generales, como las creencias en un contexto específico, son importantes e influyen en los procesos de evaluación y afrontamiento. Tal como se observó en el estudio de Anderson (1977), quien encontró que los individuos con "Locus de Control" interno utilizaban más estrategias activas (dirigidas al problema) que los que disponían de un "Locus de Control" externo, quienes tendían a responder con estrategias más defensivas (dirigidas a la emoción). Por otra parte, Folkman, Aldwin y Lazarus, (1981), realizaron una investigación cuyos resultados no mostraron una relación directa como en el estudio de Anderson, sin embargo, los resultados mostraron una relación mixta. Blanchard-Fields & Irion (1988), encontraron que el "locus de control" y el "Afrontamiento" se relacionaban de manera diferente de acuerdo a la edad de los participantes. En jóvenes, la subescala de internalidad se relacionó positivamente con la subescala de evitación, las mismas escalas se relacionaron negativamente en los adultos en plenitud. La subescala otros poderosos se relacionó positivamente con la subescala de afrontamiento dirigido al problema en los adultos en plenitud, contrariamente, en los jóvenes, las mismas escalas se relacionaron negativamente.

Puesto que Insko & Schotler (1980) consideran que las creencias se pueden medir por medio de la indicación que haga un sujeto de hasta qué punto está de acuerdo o no con la proposición en cuestión; para medir creencias generales de control se utilizó el instrumento de La Rosa (1984) de "locus de control" quien la define como " la creencia que uno tiene respecto a quién o qué factores controlan su vida" (p.40)

### **3.2 Afrontamiento**

Desde la década de los cuarentas, los psicólogos han estudiado el afrontamiento en diferentes áreas, sin embargo, al igual que con el término "estrés" ha sido empleado indiscriminadamente, situación que dificulta su comprensión.

Las perspectivas teóricas que más se han ocupado de este término son: la basada en el modelo de adaptación de Darwin, la derivada del modelo psicoanalítico del ego y la que se basa en el modelo transaccional de Lazarus.

La primera, sostiene que la supervivencia de los animales depende de su capacidad para predecir y controlar las características del entorno, con el fin de evitar y/o escapar de todo lo que pudiera amenazar su vida; por lo que el afrontamiento es definido, a partir de esta teoría, como *los actos que controlan las condiciones aversivas del entorno, disminuyendo el grado de perturbación psicofisiológica producida por éstas* (Lazarus y Folkman, 1984 pg 141). Este modelo está basado en la activación fisiológica del animal, por lo que lo central en el afrontamiento es la conducta de huida o evitación que permita disminuir tal activación. Esta perspectiva resulta de gran utilidad, sin embargo, implica dejar de lado los procesos cognitivos y emocionales que se presentan a la par de los fisiológicos.

Desde el modelo psicoanalítico, el afrontamiento es un “...conjunto de pensamientos y actos realistas y flexibles que solucionan los problemas, y por tanto, reducen el estrés”. (op. Cit pg 141). Este enfoque utiliza estratos para tratar la relación individuo-ambiente; jerarquizados en relación del nivel de organización interna, identificando en el punto más adaptativo a las estrategias más “sanas” que permiten controlar el estrés, posteriormente identifica mecanismos neuróticos y finalmente, procesos psicóticos como resultado de distorsiones de la realidad y de la propia desorganización del sujeto. De acuerdo con lo anterior, sólo los mecanismos “realistas “ y bien estructurados pueden ser considerados de afrontamiento.

Los primeros intentos por realizar clasificaciones de los estilos de afrontamiento, fueron hechos desde la perspectiva psicoanalítica, que consideraban el afrontamiento en términos de rasgo o estilo. Un estilo hace referencia a formas generalizadas que permiten clasificar a los individuos, en tanto que un rasgo se refiere a las propiedades de que dispone un individuo, susceptibles de aplicar en diferentes situaciones. Ambas denominaciones denotan que un individuo posee cierta predisposición estable para afrontar diversos acontecimientos, pero dejan de lado la naturaleza multidimensional del proceso de afrontamiento.

Desde la perspectiva de Lazarus, el afrontamiento es tomado como un proceso que se realiza cuando un individuo se encuentra bajo estrés psicológico, y lo define “ *como aquellos esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas externas y o internas que son*

*evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo" (Lazarus y Folkman, 1984, p.164).*

El proceso de afrontamiento hace referencia a tres aspectos principales:

- Las observaciones y valoraciones relacionadas con lo que el individuo realmente piensa o hace, y no lo que generalmente hace o haría.
- El contexto específico en el que se llevan a cabo las evaluaciones y reevaluaciones.
- El cambio en los pensamientos y las acciones como consecuencia de las evaluaciones a medida que la interacción individuo-entorno se desarrolla; debido a que no existe estabilidad en el individuo ni en el entorno se llevan a cabo constantes reevaluaciones. El proceso de reevaluación, a su vez, influye en la actividad de afrontamiento posterior.

### **3.3 Funciones del afrontamiento**

Billings y Moos (1981) señalan que la función principal del afrontamiento es aumentar o disminuir las demandas de la vida y los estresores; mencionan que la efectividad de los recursos de afrontamiento están en función del evento, su contextualización, las evaluaciones continuas y los recursos personales. Por otra parte, Pearlin & cols. (1981) consideran que el afrontamiento puede tener tres funciones: eliminar o modificar la fuente de estrés con respuestas directas activas, cambiar el significado psicológico que se le da a un evento y mantener tolerables las consecuencias emocionales del estrés (Navarrete, Salas y Soto, 1999).

Para Lazarus la función del afrontamiento tiene que ver con el objetivo que persigue cada estrategia, y no con la resolución del problema. De acuerdo con lo anterior, el afrontamiento tiene dos funciones: dirigido a manipular o alterar el problema (afrontamiento dirigido al problema) y el dirigido a regular la respuesta emocional a que el problema da lugar (afrontamiento dirigido a la emoción). El resultado del afrontamiento hace referencia al efecto que cada estrategia tiene en la situación estresante.

### **3.4 Afrontamiento dirigido al problema**

Tiene mayor probabilidad de aparecer cuando las situaciones son evaluadas como susceptibles de cambio. Está dirigido a la definición del problema, a la búsqueda de

soluciones alternativas, a la consideración de tales alternativas en base a su costo y beneficio y a su elección y aplicación; todo esto en función de las evaluaciones que el individuo haya realizado a partir de sus recursos.

### **3.5 Afrontamiento dirigido a la emoción**

Tiene mayor probabilidad de aparecer cuando ha habido una evaluación de que no se puede hacer nada para modificar las condiciones lesivas, amenazantes o desafiantes del entorno. El afrontamiento dirigido a la emoción es privado y consiste en lo que el sujeto se dice a sí mismo para controlar la angustia y disfunción que el evento genera.

Ambas funciones no son mutuamente excluyentes, pueden presentarse en diferente grado y en diversas circunstancias.

### **3.6 Formas básicas de afrontamiento**

Con el propósito de establecer las formas comunes de afrontamiento que utilizan las personas ante una situación estresante, (Folkman y Lazarus 1980, en Navarrete et al. 1999 ), señalan cuatro estilos o formas de afrontamiento:

- Acción directa, enfocada a alterar la interacción individuo-ambiente.
- Inhibición de la acción, donde el individuo se resiste a actuar, debido a que evalúa la situación como riesgosa.
- Búsqueda de información, a partir de la que se reúnen los elementos que podrían dar paso a una reevaluación.
- Afrontamiento cognoscitivo, se busca alterar la sensación de malestar, cambiando el significado del evento estresante, aún cuando no haya modificación del ambiente.

### **3.7 Recursos para el afrontamiento**

Como mencionamos en capítulos anteriores, el afrontamiento viene determinado por las evaluaciones, principalmente por la evaluación secundaria; donde a partir de los recursos (del individuo y del ambiente) se toman decisiones acerca de lo que se puede hacer y de lo que se hace ante una situación estresante. Decir que una persona tiene muchos recursos, no sólo significa que dispone de un gran número de ellos, sino que también tiene habilidad para aplicarlos ante las distintas demandas del entorno.

Principales categorías de recursos para el afrontamiento:

- *Salud y energía*, el bienestar físico es fundamental al enfrentarse o interactuar en situaciones estresantes que exigen una movilización importante.
- *Creencias positivas*, incluye las creencias generales y específicas, que sirven de base para la esperanza y que favorecen el afrontamiento.
- *Técnicas para la resolución de problemas*, incluyen habilidades para conseguir información, analizar las situaciones, examinar posibles alternativas, predecir opciones útiles para obtener los resultados deseados y elegir un plan de acción apropiado. (Janis, 1974; Janis y Mann, 1977; Lazarus y Folkman, 1984).
- *Habilidades sociales*, se refieren a la capacidad de comunicarse y de actuar con los demás en una forma socialmente adecuada y efectiva; aportando al individuo un control más amplio sobre las interacciones sociales.
- *Apoyo social*, de tipo emocional, informativo y/o tangible que se recibe.
- *Recursos materiales*, hace referencia al dinero y a los bienes y servicios que puedan adquirirse con él.

Es importante señalar que conocer los recursos del individuo no es suficiente para predecir su modo de afrontamiento, ya que éstos no son constantes en el tiempo, tienden a modificarse dependiendo del momento de la vida y están en función de la experiencia.

Con la intención de medir los modos de afrontamiento al estrés más empleados en una situación particular, Lazarus y Folkman desarrollaron un instrumento (Ways of Coping) para identificar cómo y en que medida se da el afrontamiento. Este instrumento lo constituyen ocho subescalas: confrontación, distanciamiento, autocontrol, búsqueda de apoyo social, aceptación de responsabilidad, escape-evitación, reevaluación positiva y planificación y/o solución de problemas. Sotelo y Maupome (2000) lo tradujeron y estandarizaron en una población de 1365 estudiantes de la U.N.A.M., en un rango de edad de 15 a 24 años. Consta de seis factores:

- *Afrontamiento dirigido* al problema: son acciones conductuales dirigidas a confrontar activamente el problema y tienen efectos positivos en el bienestar de la persona.
- *Pensamiento Mágico*: se refiere a las fantasías voluntarias y conscientes que realiza un sujeto para solucionar el problema sin tener una participación activa.



- ***Distanciamiento***: el sujeto evade todo contacto con el problema y su solución para reducir la angustia que éste le provoca.
- ***Dirigido a lo positivo***: describe los esfuerzos para extraer las características positivas de la situación.
- ***Flexibilidad de afrontamiento***: se refiere a múltiples esfuerzos realizados para disminuir el malestar emocional.
- ***Revaloración positiva***: el sujeto intenta ver la situación desde el punto de vista de otras personas.

De acuerdo con Lazarus, cuando un sujeto se encuentra en estrés psicológico uno de los factores que interviene en los procesos de evaluación y afrontamiento son las creencias. Por una parte éstas son una característica individual importante que determina la evaluación y por otra, constituyen un recurso para el afrontamiento. En la presente investigación se utilizarán los instrumentos "Locus de control" para medir creencias de control y "Modos de afrontamiento al estrés" para medir los modos de afrontamiento de los participantes que conformarán nuestra muestra con el objetivo de explorar si las creencias de control se relacionan con los modos de afrontamiento al estrés en una situación específica.

## JUSTIFICACIÓN

Formar parte del programa "Tratamiento Psicológico para Alteraciones Fisiológicas" ha constituido un importante acercamiento a la práctica clínica, enriqueciendo ampliamente nuestro desarrollo profesional. A través del contacto con los pacientes pudimos observar que comparten ciertas características como son:

- En su gran mayoría, las personas asignadas a este programa son jóvenes que acuden a solicitar tratamiento después de un prolongado periodo en el que se han mantenido en estrés psicológico.
- Frecuentemente los motivos de consulta que manifiestan implican tanto problemas afectivos como fisiológicos.
- Algunos pacientes son canalizados por el médico quien les sugiere llevar también tratamiento psicológico; otros, han sido remitidos al no haber encontrado que sus síntomas tengan un correlato biológico.
- Las evaluaciones que los pacientes realizan de su problema se basan, entre otras cosas, en una serie de creencias que no siempre se corresponden con la realidad.
- Los modos de afrontamiento que emplean no logran eliminar la tensión debido a que los recursos con los que cuentan no han sido suficientes o no han sido utilizados adecuadamente para hacer frente a las demandas del entorno; situación que puede poner en riesgo su salud.

Existe la premisa de que el estrés, las emociones y el afrontamiento se hallan relacionados de forma causal con la enfermedad, aunque la evidencia al respecto es poco clara, según Lazarus (1984) el afrontamiento puede influir en la frecuencia, intensidad, duración y forma de las reacciones neuroquímicas al estrés; además considera que conductas de afrontamiento como el uso excesivo de alcohol, drogas y tabaco aumentan el riesgo de mortalidad y morbilidad y, por último, que el empleo del afrontamiento dirigido a la emoción puede impedir conductas encaminadas a la preservación de la salud

Nuestra práctica profesional ha consistido en proporcionar tratamiento psicológico a través de técnicas cognitivo-conductuales y de retroalimentación biológica para ayudar al individuo a restablecer el funcionamiento fisiológico, entender su

problema y a desarrollar habilidades que pueda utilizar como recursos para llevar a cabo un afrontamiento eficaz.

Hemos observado que al incidir en el área fisiológica, afectiva, conductual y cognitiva de los pacientes se llevan a cabo cambios que se ven reflejados también en sus creencias y en la forma de afrontar sus problemas. Por lo anterior consideramos importante explorar si existe relación entre el perfil general de creencias de control y los modos de afrontamiento al estrés en nuestra muestra.

## MÉTODO

### - *Planteamiento del problema*

¿Existe relación entre las creencias de control y los modos de afrontamiento al estrés en jóvenes de 18 a 24 años que acuden a solicitar atención psicológica al Centro de Servicios Psicológicos "Dr. Guillermo Dávila" de la Facultad de Psicología de la UNAM?

### - *Objetivo General*

Explorar si existe relación entre las creencias de control y los modos de afrontamiento al estrés en jóvenes de 18 a 24 años que acuden a solicitar atención psicológica al Centro de Servicios Psicológicos "Dr. Guillermo Dávila" de la Facultad de Psicología de la UNAM.

### -*Objetivos Específicos*

-Explorar si existe relación entre las creencias de control y los modos de afrontamiento al estrés, tomando en cuenta el motivo de consulta

-Explorar si existe relación entre las creencias de control y los modos de afrontamiento al estrés, tomando en cuenta el género de los sujetos que constituyen nuestra muestra.

### -*Hipótesis*

H<sub>i</sub>: Si existe relación entre las creencias de control y los modos de afrontamiento al estrés en jóvenes de 18 a 24 años que acuden a solicitar atención psicológica en el Centro de Servicios Psicológicos de la Facultad de Psicología de la UNAM.

H<sub>o</sub>: No existe relación entre las creencias de control y los modos de afrontamiento al estrés en jóvenes de 18 a 24 años que acuden a solicitar atención psicológica en el Centro de Servicios Psicológicos de la Facultad de Psicología de la UNAM.

### - *Variables.*

Intervinientes (locus de control y modos de afrontamiento al estrés) y atributivas (edad, género y motivo de consulta).

### -*Definición conceptual de variables*

*Locus de control*: es la creencia que un individuo tiene respecto a quién o qué factores controlan su vida (De la Rosa, 1986).

*Modos de afrontamiento al estrés*: conjunto de respuestas cognitivas, conductuales y emocionales que se aplican para lograr un nivel de funcionamiento que permita manejar el estrés psicológico.

*Edad*: tiempo de vida de un individuo expresado en años desde su nacimiento hasta el momento en que le fueron aplicados los instrumentos.

*Género*: características anatomofisiológicas de un individuo, que permiten clasificarlo en femenino o masculino.

*Motivo de consulta*: expresiones escritas que explican las razones por las que un individuo acude a solicitar atención psicológica.

#### ***-Definición operacional de variables***

*Locus de control*: se define por las puntuaciones obtenidas como resultado de la aplicación del instrumento Locus de Control.

*Modos de afrontamiento al estrés*: se define por las puntuaciones obtenidas como resultado de la aplicación del instrumento Modos de afrontamiento al estrés.

*Edad*: se define por la respuesta de los sujetos expresada en años en la ficha de identificación.

*Género*: se define por la respuesta de los sujetos (masculino/femenino) expresada en la solicitud de servicio.

*Motivo de consulta*: Se clasifica de acuerdo a las razones que los sujetos exponen en la solicitud de servicio y son:

*Afectivos*: personas que consideran tener baja autoestima, dificultad para relacionarse socialmente, problemas de pareja y/o de familia, problemas de comunicación.

*Salud*: declaración de encontrarse bajo algún tratamiento médico o padecer alguna enfermedad, estando o no medicado.

*Académicos*: declaración de cualquier problema, cuyo motivo principal sea su situación académica.

*Adicción*: declaración de problemas debidos al uso de cualquier sustancia adictiva.

*Abuso sexual*: declaración de haber sido objeto de abuso sexual.

Mixto: manifestación de dos o más de los motivos anteriormente mencionados.

*-Sujetos*

Hombre y mujeres voluntarios de 18 a 24 años que acuden a solicitar atención psicológica al Centro de Servicios Psicológicos "Dr. Guillermo Dávila" de la Facultad de Psicología de la UNAM, los días 29 de abril y 3 de junio de 2002.

*-Muestra*

No probabilística o intencional, seleccionada a partir del rango de edad.

*-Diseño*

No experimental, transeccional, correlacional; de un solo grupo que consta de 97 sujetos.

*-Instrumentos*

Escala "Locus de Control" (De la Rosa, 1986) validada y estandarizada en una población de jóvenes mexicanos de edades comprendidas entre 16 a 24 años. Consta de 61 reactivos divididos en cinco subescalas: fatalismo-suerte, poderosos del macro cosmos, afectividad, internalidad y poderosos del micro cosmos. El índice de consistencia interna a través del alfa de Cronbach es de .838, su formato de respuesta es tipo Likert con opciones de uno a cinco (de completamente en desacuerdo a completamente de acuerdo). La calificación se obtendrá sumando los valores marcados en cada subescala, para obtener un perfil de creencias.

Escala "Modos de Afrontamiento al Estrés" (Sotelo y Maupome, 2000) validada y estandarizada en una población de jóvenes mexicanos de edades comprendidas entre 15 a 24 años. Consta de 66 reactivos divididos en seis factores: flexibilidad de afrontamiento, afrontamiento dirigido a lo positivo, pensamiento mágico, distanciamiento, afrontamiento dirigido al problema y revaloración positiva. El índice de consistencia interna a través del alfa de Cronbach es de .858, su formato de respuesta es tipo Likert con opciones de cero a tres (valor más bajo es "no, de ninguna manera", el valor más alto es "siempre, en gran medida). La calificación se realiza sumando los valores obtenidos en cada factor (puntuación bruta) que se convierten a puntuación normalizada, clasificando los

resultados en niveles de afrontamiento alto, medio o bajo. Para esta investigación, sólo se tomaron en cuenta los puntajes crudos.

Solicitud de servicio o ficha de admisión: utilizada por el Centro de Servicios Psicológicos "Dr. Guillermo Dávila" para obtener información general acerca del solicitante: lugar de procedencia, nombre, dirección, edad, estado civil, escolaridad, ocupación, motivo de consulta y áreas afectadas.

Ficha de identificación: en ésta se informó a los participantes que los datos que proporcionaron servirían para conocer las características de la población que acude a solicitar atención psicológica; también se pidió que contestaran con la mayor sinceridad posible. En esta ficha se expresaba que los datos que se obtuvieran se manejarían de manera confidencial; además de incluir preguntas sobre: grado de control sobre su problema y tiempo que tienen con el mismo.

Lápices del 2 ó 2 ½ y goma.

### *Procedimiento*

Se repartieron solicitudes a todas las personas que acudieron al Centro de Servicios Psicológicos "Dr. Guillermo Dávila" a solicitar atención psicológica los días 29 de abril y 3 de junio en un horario de 09:00 a 18:00 hrs., a los solicitantes que se encontraron en el rango de edad de 18 a 24 años; les fueron proporcionadas de manera individual los instrumentos "Locus de Control", "Modos de Afrontamiento al Estrés" y la "ficha de identificación".

### *Análisis estadístico de datos*

Confiabilidad de los instrumentos a través del análisis de confiabilidad alfa de Cronbach.

Correlación de las escalas de "Locus de Control" y "Modos de Afrontamiento al Estrés", aplicando el coeficiente de correlación *rho* Spearman, tomando en cuenta un nivel de significancia  $\alpha = .05$ .

## RESULTADOS

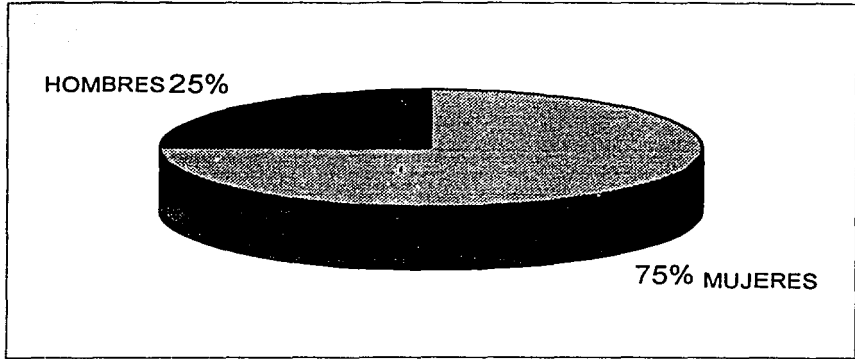
La secuencia de la información que se presenta en este apartado corresponde al diseño y objetivos planteados.

- Distribuciones de frecuencias de la muestra tomando en cuenta género, edad y motivo de consulta; así como información acerca del estado civil y escolaridad de los participantes.
- Nivel de confiabilidad de los instrumentos "Locus de Control" y "Modos de Afrontamiento al Estrés".
- De acuerdo con el objetivo general, se presenta la relación entre las subescalas de ambos instrumentos en la muestra total.
- Relación de las subescalas de los instrumentos tomando en cuenta el motivo de consulta de los participantes como uno de los objetivos específicos.
- Relación de las subescalas de los instrumentos tomando en cuenta el motivo de consulta y el género de los participantes para cubrir el último de los objetivos específicos.
- Distribución de frecuencias de respuestas a los reactivos de la ficha de identificación .



**Gráfica 1**

Porcentajes de hombres y mujeres que formaron parte de la muestra integrada por 97 participantes.



**Tabla 2**

Distribución del rango de edad (18 a 24 años)

EDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
17-18	10	10.31%
19-20	38	39.17%
21-22	26	26.80%
23-24	23	23.71%

El 94.84% de los participantes reportaron ser solteros, el 81.44% tienen un nivel de escolaridad de licenciatura y el 81.05% son estudiantes de la UNAM.

Tomando en cuenta las razones que expresaron los participantes como motivo de consulta, en la tabla 2 se presentan los rubros que se establecieron para su clasificación.

**Tabla 2**  
Distribución de frecuencia de los motivos de consulta

<b>AFFECTIVOS</b>	PERSONAS QUE MANIFESTABAN BAJA AUTOESTIMA, DIFICULTAD PARA RELACIONARSE SOCIALMENTE, PROBLEMAS DE RELACIONES DE PAREJA Y DE FAMILIA, PROBLEMAS DE COMUNICACIÓN.	N= 61 62.88%
<b>SALUD</b>	PERSONAS QUE MANIFESTABAN ESTAR BAJO TRATAMIENTO MÉDICO O QUE PADECÍAN ALGUNA ENFERMEDAD.	N= 11 11.34%
<b>ACADÉMICOS</b>	CUALQUIER PROBLEMA RELACIONADO CON SU SITUACIÓN ESCOLAR.	N= 3 3.09 %
<b>ADICCIONES</b>	USO DE CUALQUIER SUSTANCIA ADICTIVA	N= 2 2.06%
<b>ABUSO SEXUAL</b>	SOBREVIVIENTES DE ABUSO SEXUAL EN LA INFANCIA.	N= 2 2.06%
<b>MIXTO</b>	PERSONAS QUE MANIFESTARON DOS O MÁS DE LOS MOTIVOS DE ESTAS CATEGORÍAS.	N= 18 18.55%

El análisis de confiabilidad para nuestra muestra se realizó mediante alpha de Cronbach, obteniendo .8329 para "Locus de Control" y .8541 para "Modos de Afrontamiento al Estrés".

Puesto que el objetivo general de esta investigación es explorar la relación entre las creencias de control y los modos de afrontamiento al estrés, en la siguiente tabla se muestran los resultados estadísticos de la relación entre las subescalas de los instrumentos "Locus de Control" y "Modos de Afrontamiento al Estrés" en la muestra total (97 sujetos, hombres y mujeres) mediante la prueba de correlación rho Spearman.

**Tabla 3**

Relación entre las subescalas de los instrumentos "Locus de Control" y "Modos de Afrontamiento al Estrés" en la población total.

SUBESCALAS		INDICE DE CORRELACIÓN
Locus de Control	Modos de afrontamiento al estrés	
Fatalismo/suerte	Flexibilidad de afrontamiento	0.158
Fatalismo/suerte	Pensamiento Mágico	0.105
Fatalismo/suerte	Distanciamiento	**0.324
Fatalismo/suerte	Dirigido al problema	-0.066
Fatalismo/suerte	Revaloración positiva	0.102
Fatalismo/suerte	Dirigido a lo positivo	-0.184
Poderosos del Macrocosmos	Flexibilidad de afrontamiento	0.035
Poderosos del Macrocosmos	Pensamiento Mágico	0.077
Poderosos del Macrocosmos	Distanciamiento	0.155
Poderosos del Macrocosmos	Dirigido al problema	*-0.222
Poderosos del Macrocosmos	Revaloración positiva	-0.049
Poderosos del Macrocosmos	Dirigido a lo positivo	*-0.232
Afectividad	Flexibilidad de afrontamiento	0.144
Afectividad	Pensamiento Mágico	**0.288
Afectividad	Distanciamiento	*0.242
Afectividad	Dirigido al problema	-0.035
Afectividad	Revaloración positiva	0.196
Afectividad	Dirigido a lo positivo	-0.047
Internalidad	Flexibilidad de afrontamiento	-0.007
Internalidad	Pensamiento Mágico	0.084
Internalidad	Distanciamiento	*-.210
Internalidad	Dirigido al problema	0.104
Internalidad	Revaloración positiva	0.082
Internalidad	Dirigido a lo positivo	0.168

**Tabla 3 (continuación)**

SUBESCALAS		INDICE DE CORRELACIÓN
<b>Locus de Control</b>	<b>Modos de afrontamiento al estrés</b>	
Poderosos del Microcosmos	Flexibilidad de afrontamiento	0.092
Poderosos del Microcosmos	Pensamiento Mágico	0.149
Poderosos del Microcosmos	Distanciamiento	*0.249
Poderosos del Microcosmos	Dirigido al problema	-0.140
Poderosos del Microcosmos	Revaloración positiva	0.042
Poderosos del Microcosmos	Dirigido a lo positivo	-0.136

\*Nivel de significancia .01

\*\*Nivel de significancia .05

Uno de los objetivos específicos fue explorar la relación entre las creencias de control y los modos de afrontamiento al estrés a partir del *motivo de consulta*, se llevó a cabo el análisis correspondiente en todas las categorías y únicamente se incluyen los datos que mostraron un nivel de significancia  $\alpha=.05$ .

La tabla 4 muestra la relación entre las subescalas de los instrumentos "Locus de Control" y "Modos de Afrontamiento al Estrés" a partir del motivo de consulta "salud" y la tabla 5 a partir del motivo de consulta "mixto".

**Tabla 4.**

MUESTRA TOTAL Y MOTIVO DE CONSULTA SALUD (N=11)		
SUBESCALAS		INDICE DE CORRELACIÓN
Modos de afrontamiento al estrés	Locus de control	
Dirigido a lo positivo	Internalidad	0.760
Dirigido a lo positivo	Poderosos del macrocosmos	-0.698
Dirigido al problema	Internalidad	0.645
Distanciamiento	Poderosos del microcosmos	0.675
Revaloración positiva	Internalidad	0.629

**Tabla 5.**

MUESTRA TOTAL Y MOTIVO DE CONSULTA MIXTO (N=18)		
SUBESCALAS		INDICE DE CORRELACIÓN
Modos de afrontamiento al estrés	Locus de control	
Dirigido al problema	Internalidad	-0.5

De acuerdo con el objetivo específico de explorar la relación entre las creencias de control y los modos de afrontamiento al estrés tomando en cuenta el *género y el motivo de consulta* de los participantes, los resultados obtenidos se presentan en las tablas 6, 7 y 8. Únicamente se incluyen los datos que mostraron un nivel de significancia  $\alpha=.05$ .

**Tabla 6.**

<b>HOMBRES Y MOTIVO DE CONSULTA MIXTO (N=6)</b>		
SUBESCALAS		INDICE DE CORRELACIÓN
Modos de afrontamiento al estrés	Locus de control	
Dirigido al problema	Internalidad	-0.940
Distanciamiento	Internalidad	-0.883
Revaloración positiva	Poderosos del microcosmos	0.841

**Tabla 7**

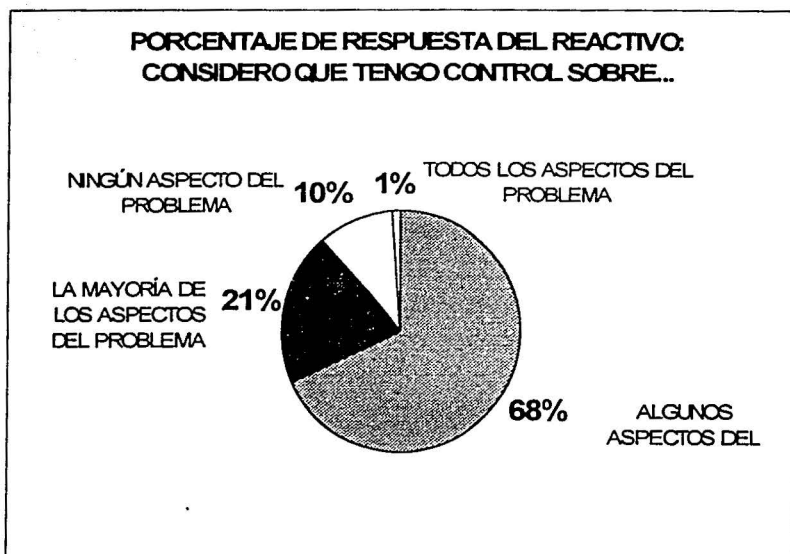
<b>MUJERES Y MOTIVO DE CONSULTA MIXTO (N=12)</b>		
SUBESCALAS		INDICE DE CORRELACIÓN
Modos de afrontamiento al estrés	Locus de control	
Dirigido al problema	Afectividad	0.633

**Tabla 8**

<b>MUJERES Y MOTIVO DE CONSULTA SALUD (N=9)</b>		
SUBESCALAS		INDICE DE CORRELACIÓN
Modos de afrontamiento al estrés	Locus de control	
Dirigido a lo positivo	Fatalismo/suerte	-0.706
Dirigido a lo positivo	Internalidad	0.748
Dirigido a lo positivo	Poderosos del macrocosmos	-0.749
Dirigido al problema	Fatalismo/suerte	-0.797
Dirigido al problema	Internalidad	0.784
Dirigido al problema	Poderosos del macrocosmos	-0.676
Distanciamiento	Poderosos del microcosmos	0.705

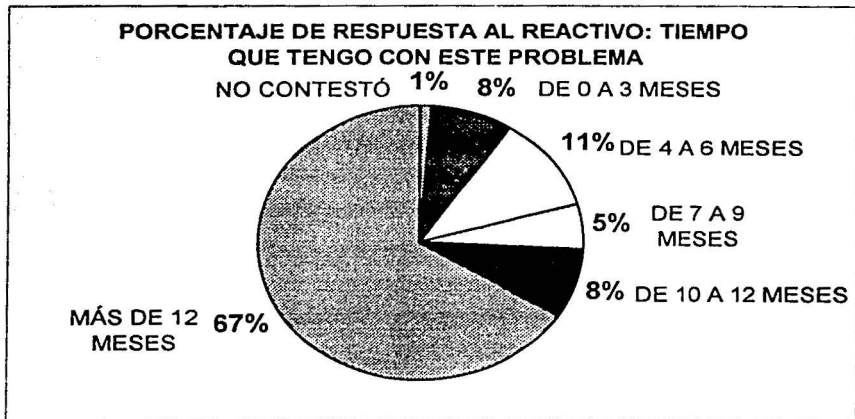
Con la finalidad de conocer la evaluación de control de los participantes con respecto a su problema (motivo de consulta) se pidió que contestaran a la afirmación "Considero que tengo control sobre..." (ver anexo 3). La distribución se presenta en la gráfica 2.

Gráfica 2



Con el objetivo de saber cuánto tiempo tienen con su problema (motivo de consulta) se pidió que contestaran a la afirmación "Tiempo que tengo con este problema" (ver anexo 3). La distribución se presenta en la gráfica 2.

Gráfica 3



## DISCUSIÓN

Los resultados obtenidos en esta investigación sirvieron para cubrir el objetivo general de explorar la relación entre las creencias de control y los modos de afrontamiento al estrés en una muestra de jóvenes de 18 a 24 años que acude a solicitar atención psicológica por encontrarse en estrés psicológico ante una situación determinada.

La presente investigación se basó en la hipótesis de que si existe relación entre las creencias generales de control y los modos de afrontamiento al estrés en los jóvenes de 18 a 24 años que acudieron ( durante los meses de abril y junio) a solicitar atención psicológica al Centro de Servicios Psicológicos "Dr. Guillermo Dávila" de la Facultad de Psicología de la UNAM. Los instrumentos empleados para la medición de las variables, arrojaron los siguientes coeficientes de confiabilidad .8329 para "Locus de Control y .8541 para "Modos de Afrontamiento al Estrés" lo que confirma su consistencia. Debido a que las variables creencias de control y modos de afrontamiento al estrés tienen una escala de medición ordinal, se aplicó la prueba de correlación rho Spearman para medir la relación entre las subescalas de ambos instrumentos encontrando lo siguiente:

1. La existencia de la relación entre algunas de las subescalas de los dos instrumentos, confirma nuestra hipótesis de trabajo (tabla 3), sin embargo, aunque estos datos son estadísticamente significativos el grado de correlación que presentan es bajo tanto positiva como negativamente; lo que indica que estas variables actuaron de manera independiente en nuestra muestra. Aún cuando Lazarus (1984) indica que el grado de generalización de un determinado sistema de creencias influye sobre su papel en el afrontamiento, las investigaciones han arrojado resultados diversos. Anderson (1977) relacionó locus de control interno y externo con estrategias de afrontamiento activas y defensivas encontrando que los individuos con locus interno utilizaban más estrategias activas, mientras los que presentaban locus externo utilizaban más estrategias defensivas. Por otra parte, Lazarus (1981) realizó un estudio con adultos de 45 a 65 años, encontrando que el locus de control interno no guardaba una relación directa con el afrontamiento dirigido al problema. Es importante resaltar que en estos estudios la escala de



“locus de control” que se empleó es la de Rotter la cual mide el control únicamente en dos dimensiones (interno-externo).

2. De acuerdo con el objetivo específico planteado, se relacionaron los instrumentos a partir del *motivo de consulta* (declaración que hicieron los individuos sobre su problema); observando que éste intervino de manera importante en la forma en que se presentaron las relaciones entre las subescalas de los instrumentos. En el caso de motivo de consulta “afectivos”, “abuso sexual”, “académicos” y “adicciones” no hubo relaciones significativas, sin embargo, como se puede ver en la tabla 4 cuando se tomó en cuenta el motivo de consulta “salud” las correlaciones entre algunas de las subescalas fueron medias y en su mayoría positivas; en el caso de los sujetos cuyo motivo de consulta se clasificó en la categoría de “mixto” (tabla 5), sólo se encontró relación media negativa entre la escala de internalidad y afrontamiento dirigido al problema (-.50). Al parecer la evaluación que los individuos han realizado para identificar su problema es una variable que interactúa junto con sus creencias de control y sus modos de afrontamiento al estrés.
3. De acuerdo con el objetivo específico de analizar las relaciones entre los instrumentos a partir del *género* y del *motivo de consulta*. No se encontraron relaciones significativas en hombres ni en mujeres con los motivos de consulta “afectivos”, “abuso sexual”, “académicos” y “adicciones”, sin embargo, cuando se toma en cuenta el motivo de consulta “mixto” y hombres (tabla 6) las correlaciones que se presentaron en tres subescalas de ambos instrumentos son altas; específicamente la de internalidad y afrontamiento dirigido al problema es alta y negativa (-.940) al igual que en la subescalas de internalidad y distanciamiento (-.883). De forma contraria, en las subescalas de poderosos del microcosmos y revaloración positiva la relación encontrada es alta y positiva (.841). En el caso de las mujeres con motivo de consulta “mixto” (tabla 7) únicamente se presentó una relación media positiva (.633) entre las subescalas de afrontamiento dirigido al problema y afectividad. En las mujeres con motivo de consulta “salud” (tabla 8) se observa que las creencias de control basadas en la capacidad personal se relacionan positivamente con los modos de afrontamiento

dirigido al problema y dirigido a lo positivo, lo que concuerda con las relaciones negativas presentadas entre las subescalas fatalismo suerte y poderosos del macrocosmos con los modos de afrontamiento dirigido al problema y a lo positivo; esto corresponde con los datos encontrados en estudios donde se relaciona el locus de control y las actitudes y conductas relacionadas con la salud, donde se ha observado que los individuos con locus de control interno utilizan principalmente estrategias dirigidas al problema (Wallston, Wallston et al., 1976; Meichembaum y Best, 1970; Williams, 1973; citado en Lazarus y Folkman, 1984).

De acuerdo con el modelo transaccional de Lazarus, un sujeto que se encuentra en estrés psicológico realiza evaluaciones y reevaluaciones constantes, por ello, consideramos importante explorar en los participantes su evaluación acerca del grado de control personal que consideraban tener sobre su situación en el momento de solicitar servicio psicológico. Los resultados reportaron (gráfica 2) que el 68% del total de la muestra consideró tener control sobre *"algunos aspectos del problema"* y sólo el 10% manifestó *"no tener control de ningún aspecto de su problema"*. De acuerdo con la Teoría del Aprendizaje Social de Rotter (1956), el "control percibido" se define como la expectativa generalizada para el control de los reforzamientos que resulta de la habilidad de una persona para recordar y reflexionar sobre sus expectativas y las secuencias del resultado de sus conductas. Al llevarse a cabo un análisis causal de éxitos y fracasos, éstos, se pueden atribuir a características personales o a situaciones ambientales, dependiendo de la interpretación del individuo y no sólo de la percepción de contingencias. Lazarus toma en cuenta las diferencias individuales y expresa que la forma de afrontar una situación depende de los compromisos y de las creencias, así como de la interacción de éstos con los factores situacionales. Uno de los factores situacionales que exploramos fue la "duración" (tiempo con el acontecimiento estresante) por considerar que está relacionado con la aparición de enfermedades según el modelo del Síndrome General de Adaptación de Selye (Lazarus y Folkman, 1984); encontrando que el 67% del total de nuestra muestra (gráfica 3) reportó tener *"más de 12 meses con su problema"*; lo que significa que los sujetos han estado en constante desgaste fisiológico y psicológico durante un prolongado periodo.

## CONCLUSIONES

La variabilidad estadística que presentó nuestra muestra nos permite confirmar que si bien es cierto que las creencias de control están relacionadas con los modos de afrontamiento al estrés; existen variables personales como el grado de compromiso y la vulnerabilidad psicológica; así como variables situacionales como la incertidumbre y la ambigüedad que también intervienen de manera importante en la forma en que se da esta relación.

Al realizar el análisis tomando en cuenta el motivo de consulta y el género los resultados mostraron una variabilidad importante aún cuando nuestra muestra estuvo constituida principalmente por mujeres, lo que nos lleva a pensar que estas diferencias podrían deberse además de las variables personales y situacionales a cuestiones culturales como: valores, roles sociales y tipos de educación entre hombres y mujeres. Tal como se puede observar cuando se analizaron los datos tomando el total de hombres y mujeres de nuestra muestra y el motivo de consulta las relaciones que se presentaron se consideran de grado medio, sin embargo, cuando este mismo análisis se realizó por género, los datos mostraron una variación importante en cuanto al grado que presentaron algunas de las subescalas.

Las relaciones medias (positivas y negativas) que presentaron las creencias de control y los modos de afrontamiento al estrés en las mujeres que manifestaron que su problema estaba relacionado con algún aspecto de "salud" y las relaciones medias y altas (positivas y negativas) que se dieron en los hombres cuyo motivo de consulta era mixto (por declarar que su problema incluía dos o más de las categorías señaladas) sugieren una mayor participación de las creencias de control como un recurso que los individuos utilizan para llevar a cabo las estrategias de afrontamiento. El análisis específico de las relaciones entre subescalas se encuentra más allá del objetivo de esta investigación, sin embargo, el perfil que presentan nos permite suponer que las diferencias entre estos dos grupos pudieran estar asociadas a factores culturales y a la ambigüedad e incertidumbre de la situación. Probablemente en el caso de las mujeres cuyo motivo de consulta es más específico (salud), durante las evaluaciones que han realizado sobre su situación consideren que realizar acciones encaminadas a modificar el problema así como resaltar

las cosas positivas que implica su situación pudieran ser las estrategias adecuadas para resolverlo. En el caso de los hombres, probablemente el grado de incertidumbre y la ambigüedad de su situación (motivo de consulta "mixto") ocasione que sus creencias de control específicamente de internalidad se relacionen de manera negativa con la subescala de afrontamiento dirigido al problema, lo que nos haría suponer que en sus evaluaciones han considerado que ante el problema es poco lo que pueden hacer. Esto podría corroborarse con la puntuación alta y negativa que presentaron en las subescalas de internalidad y distanciamiento. La obtención de estos perfiles reflejan algunas características relativamente estables aprendidas a lo largo de su vida con respecto de ambas variables. Esto no significa que sean las únicas con las que cuentan y/o que no puedan aprender y desarrollar otro tipo de creencias y modos de afrontamiento, dependiendo de las demandas de las situaciones con las que se enfrenten y de la importancia que tengan para ellos.

Conocer las relaciones que tienen las creencias de control y los modos de afrontamiento al estrés en las diferentes áreas de un individuo, no nos permite emitir juicios sobre la efectividad del afrontamiento; ya que como Lazarus comenta, la eficacia de una estrategia de afrontamiento se determina solamente por sus efectos en una situación determinada así como por sus efectos a largo plazo; por lo tanto, estamos de acuerdo con él en que "...el mejor afrontamiento es aquél que modifica la relación individuo-entorno en el sentido de mejorarla" (p. 161).

Aun cuando los resultados de esta investigación no pueden generalizarse a toda la población de jóvenes que solicitan atención psicológica, sería importante explorar estas variables en muestras más amplias, con la finalidad de conocer cómo se relacionan las creencias de control y los modos de afrontamiento al estrés y si es posible que existan similitudes en el comportamiento entre estas variables.

Investigar acerca de los procesos de afrontamiento permitirá entender cómo las técnicas y métodos cognitivo-conductuales pueden ayudar a las personas a controlar el estrés lo que ayudaría a disminuir riesgos para la salud.

Por otra parte, sabemos que una de las formas que la Psicología tiene para conocer acerca de los factores que intervienen en el comportamiento humano es a través de los instrumentos de medición; por lo que consideramos que la alta confiabilidad de los

instrumentos que utilizamos, nos permite tenerlos presentes como herramientas útiles para la realización de nuestro trabajo profesional; sin olvidar que su análisis se debe realizar teniendo en cuenta el contexto espacial y temporal de cada paciente y sus características personales.

## SUGERENCIAS

-Dado que en nuestra muestra se presentaron correlaciones medias y altas cuando se tomaron en cuenta además de la edad, las variables motivo de consulta y género; consideramos importante que en futuras investigaciones se apliquen estos instrumentos en jóvenes con problemas de salud diversos para conocer y comparar la forma en que se comportan las creencias de control y los modos de afrontamiento en este tipo de población; ya que en la medida en que podamos educar a nuestra población para que adquiera estilos de vida saludables, no sólo estaremos garantizando una mejor calidad de vida para los futuros adultos, sino que también se contribuirá a disminuir los altos costos que ocasionan para el sistema de salud las enfermedades.

-Realizar estudios longitudinales para conocer la estabilidad y variabilidad de las creencias de control y los modos de afrontamiento al estrés que presentan los sujetos en diferentes momentos de la vida.

-Puesto que nuestra muestra tiene características muy particulares, los resultados obtenidos no pueden ser utilizados como estadígrafos para toda la población joven, por lo que sugerimos realizar investigación utilizando una muestra más amplia para explorar la consistencia de los instrumentos y la forma en que se relacionan las variables.

## LIMITACIONES

-La aplicación de los instrumentos únicamente en las fechas mencionadas y no durante un periodo más amplio, lo que hubiera permitido tener una muestra representativa de la población del Centro de Servicios Psicológicos.

-No haber realizado medición longitudinal de las variables para conocer si se presenta algún tipo de estabilidad en ellas.

-No haber comparado nuestra muestra con una muestra conformada por jóvenes que no requirieran apoyo psicológico.

-Haber tomado la variable edad sin realizar el análisis comparativo entre los rangos de edad resultantes de la muestra y las relaciones de las subescalas de los instrumentos.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AMIGO VÁZQUEZ, I. & cols. (1998) *Manual de Psicología de la Salud*. Edit. Pirámide. Madrid, España.
- BALLESTER ARNAL, RAFAEL (1997) *Introducción a la Psicología de la Salud: Aspectos conceptuales*. Edit. Promolibro. Valencia, España.
- BLANCHARD-FIELDS & IRON (1988). The relation between locus of control and coping in two contexts: Age as a moderator variable. *Psychology & Aging*. Vol. 3 (2) June. P.p. 197-203.
- BUELA CASAL, GUALBERTO & cols. (1996) *Manual de evaluación en psicología clínica y de la salud*. Editorial Siglo XXI. Madrid, España.
- DE LA ROSA, JORGE (1986). *Escalas de locus de control y autoconcepto: construcción y validación*. Tesis de doctorado, UNAM. México.
- INSKO, CHESTER A. & SCHOPLER JOHN (1980). *Psicología social experimental*. Editl Trillas. México.
- JONES, EDWARD E. & GERARD, HAROLD B (1990). *Fundamentos de psicología social*. Edit. Limusa. México.
- LAZARUS, RICHARD S. & FOLKMAN, SUSAN. (1984). *Estrés y procesos cognitivos*. Ediciones Martínez Roca. Barcelona, España.
- LAZARUS, RICHARD S. (1999). *Stress and Emotion*. Springer Publishing Company, Inc. New York.
- LEFCOURT, HERBERT M. (1976) *Locus of Control. Current Trends in Theory and Research*. Lawrence Erlbaum Associates, Inc., New York.
- MARTIN G. & PEAR J. (1999) *Modificación de conducta. Qué es y cómo aplicarla*. Prentice Hall. Madrid.
- NAVARRETE SONIA, SALAS MIREYA & SOTO GUADALUPE (1999) *Los estilos de afrontamiento al estrés en los estudiantes de psicología*. Tesis de licenciatura, ENEP Iztacala. México.
- OBLITAS G. LUIS A. & BECOÑA I. ELISARDO (2000) *Psicología De la Salud*. Editorial Plaza y Valdés. México.

- PINEL, JOHN P.J. (2000) Biopsicología. Editorial Prentice Hall. España.
- SOTELO ARIAS & MAUPOME (2000). *Traducción y estandarización del cuestionario Modos de afrontamiento al estrés de Lazarus y Folkman, para una población de adolescentes mexicanos*. Tesis de licenciatura, UNAM. México.
- REYNOSO E. LEONARDO & SELIGSON N. ISAAC Coordinadores (2002). Psicología y Salud. UNAM. Facultad de Psicología. México.
- REYNOSO E. LEONARDO (2002) Programa de Residencia en Medicina Conductual. Documento informativo. UNAM. México.
- RODRÍGUEZ ORTEGA & ROJAS RUSSEL Coordinadores (1998). La Psicología de la Salud en América Latina. Edit. Porrúa. UNAM, México.
- VALDÉS, MANUEL (1990) Psicobiología del estrés. Ediciones Martínez Roca. Barcelona.

## ANEXO I

Adjunto a esta forma te son proporcionados dos cuestionarios; te pedimos que los contestes con la mayor sinceridad posible. No hay respuestas correctas ni incorrectas. Tu participación contribuye a realizar trabajos de investigación por lo que la información que nos proporcionas será totalmente confidencial y únicamente se reportarán datos estadísticos generales.

### FICHA DE IDENTIFICACIÓN

Por favor anota el número de la solicitud que se te proporcionó \_\_\_\_\_

De acuerdo con el motivo de consulta que manifestaste, elige una opción en cada uno de los enunciados siguientes:

1. Considero que tengo control sobre.....

- a) todos los aspectos del problema.
- b) la mayoría de los aspectos del problema.
- c) algunos aspectos del problema
- d) ningún aspecto del problema.

2. El tiempo que tengo con este problema es:

- a) De 0 a 3 meses.
- b) De 4 a 6 meses.
- c) De 7 a 9 meses.
- d) De 10 a 12 meses.
- e) Más de 12 meses.



## CUESTIONARIO LOCUS DE CONTROL

A continuación hay una lista de afirmaciones. Usted debe indicar en que medida está de acuerdo o en desacuerdo con cada una de ellas. Hay cinco respuestas posibles: 1 = completamente en desacuerdo; 2 = en desacuerdo; 3 = ni en acuerdo ni en desacuerdo; 4 = de acuerdo; 5 = completamente de acuerdo. Especifique su respuesta haciendo un círculo alrededor del número que mejor exprese su opinión. No hay respuestas correctas o incorrectas, hay puntos de vista diferentes. CONTESTE TODAS LAS AFIRMACIONES. Gracias.

completamente de acuerdo (5)  
de acuerdo (4)  
ni en acuerdo ni en desacuerdo (3)  
en desacuerdo (2)  
completamente en desacuerdo (1)

- |  |   |   |   |   |   |
|--|---|---|---|---|---|
| 1. El problema del hambre está en manos de los poderosos y no hay mucho que yo pueda hacer al respecto ..... | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 2. El que yo llegue a tener éxito dependerá de la suerte que tenga.....                                      | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 3. El caerle bien a la gente me ayuda a resolver muchos problemas.....                                       | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 4. Los precios, en general, dependen de los empresarios y no tengo influencia al respecto.....               | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 5. No puedo influir en la solución del problema de la vivienda ya que depende del gobierno.....              | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 6. Que yo tenga un buen empleo es una cuestión de suerte.....  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 7. Puedo mejorar mi vida si le caigo bien a la gente.....  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 8. Lo que me pasa es consecuencia de mis acciones.....   | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 9. La paz entre los pueblos depende de los gobiernos y mi contribución al respecto es insignificante.....    | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 10. El que yo llegue a tener mejores puestos en mi trabajo dependerá mucho de la suerte.....                 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 11. Para conseguir muchas cosas necesito ayuda de gente que tiene poder.....                                 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 12. El hecho de que yo tenga pocos o muchos amigos se debe al destino.....                                   | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 13. Mi futuro depende de mis acciones presentes.....   | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 14. Puedo tener éxito en la vida si soy simpático.....   | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 15. Que yo tenga mucho o poco dinero es cosa del destino.....  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 16. El problema de la contaminación está en manos del gobierno y lo que yo hago no cambia en nada.....       | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

ni en acuerdo ni en desacuerdo (3)  
 en desacuerdo (2)  
 completamente en desacuerdo (1)

17. El puesto que yo ocupe en una empresa dependerá de las personas que tienen el poder.....	1	2	3	4	5
18. Puedo mejorar mis condiciones de vida si tengo suerte.....	1	2	3	4	5
19. Que yo tenga éxito en mi empleo (ocupación) depende de mí.....	1	2	3	4	5
20. Los problemas mundiales están en manos de los poderosos y lo que yo haga no cambia nada.....	1	2	3	4	5
21. Si le caigo bien a mi jefe puedo conseguir mejores puestos en mi trabajo.....	1	2	3	4	5
22. Normalmente soy capaz de defender mis intereses personales.....	1	2	3	4	5
23. Mi éxito dependerá de lo agradable que soy.....	1	2	3	4	5
24. Para subir en la vida necesito ayuda de gentes importantes.....	1	2	3	4	5
25. Casarme con la persona adecuada en cuestión de suerte.....	1	2	3	4	5
26. Me va bien en la vida porque soy simpático(a).....	1	2	3	4	5
27. Mi vida está determinada por mis propias acciones.....	1	2	3	4	5
28. Para resolver la mayoría de los problemas necesito ayuda de gentes importantes.....	1	2	3	4	5
29. Siento que es difícil influir en lo que los políticos hacen.....	1	2	3	4	5
30. Como estudiante siento (sentí) que las calificaciones dependen mucho de la suerte.....	1	2	3	4	5
31. Mi éxito en el trabajo dependerá de que tan agradable sea yo.....	1	2	3	4	5
32. Puedo subir en la vida si tengo suerte.....	1	2	3	4	5
33. Yo siento que la gente que tiene poder sobre mí (padres, familiares, jefes, etc.) trata de decidir lo que sucederá en mi vida.....	1	2	3	4	5
34. Mejorar mis condiciones de vida es una cuestión de esfuerzo personal.....	1	2	3	4	5
35. El éxito en el trabajo dependerá de las personas que están arriba de mí.....	1	2	3	4	5
36. Si soy buena gente con mis profesores puedo mejorar mis calificaciones.....	1	2	3	4	5
37. Mi país está dirigido por pocas personas en el poder y lo que yo haga no cambia nada.....	1	2	3	4	5
38. El que yo llegue a tener éxito depende de mí.....	1	2	3	4	5
39. La gente como yo tiene muy poca oportunidad de defender sus intereses personales cuando estos son opuestos a los de las personas que tienen el poder.....	1	2	3	4	5

completamente de acuerdo (5)  
de acuerdo (4)  
ni en acuerdo ni en desacuerdo (3)  
en desacuerdo (2)  
completamente en desacuerdo (1)

40. Cuando logro lo que quiero es porque he tenido suerte.....	1	2	3	4	5
41. El que mejoren mis condiciones de vida depende principalmente de las personas que tienen poder.....	1	2	3	4	5
42. Puedo conseguir lo que quiero si agrado a los demás.....	1	2	3	4	5
43. No tengo influencia en las decisiones que se toman respecto al destino de mi país.....	1	2	3	4	5
44. Que yo tenga el dinero suficiente para vivir depende de mí.....	1	2	3	4	5
45. Yo siento que mi vida está controlada por gente que tiene el poder.....	1	2	3	4	5
46. Cuando lucho por conseguir algo, en general lo logro.....	1	2	3	4	5
47. No siempre es bueno para mí planear el futuro porque muchas cosas son cuestión de buena o mala suerte.....	1	2	3	4	5
48. El hecho de que conserve mi empleo depende principalmente de mis jefes.....	1	2	3	4	5
49. Mis calificaciones dependen de mi esfuerzo.....	1	2	3	4	5
50. Mi éxito dependerá de las personas que tienen el poder.....	1	2	3	4	5
51. Muchas puertas se me abren porque tengo suerte.....	1	2	3	4	5
52. La cantidad de amigos que tengo depende de lo agradable que soy.....	1	2	3	4	5
53. Que yo consiga un buen empleo depende de mis capacidades.....	1	2	3	4	5
54. Las guerras dependen de los gobiernos y no hay mucho que yo pueda hacer al respecto.....	1	2	3	4	5
55. En la vida puedo conseguir muchas cosas si soy buena gente.....	1	2	3	4	5
56. Si tengo un accidente automovilístico ello se debe a mi mala suerte.....	1	2	3	4	5
57. Muchas puertas se me abren porque soy simpático(a).....	1	2	3	4	5
58. Que yo obtenga las cosas que quiero depende de mí.....	1	2	3	4	5
59. Mi sueldo dependerá principalmente de las personas que tienen el poder económico.....	1	2	3	4	5
60. Puedo llegar a ser alguien importante si tengo suerte.....	1	2	3	4	5
61. La mejoría de las condiciones de vida depende de los poderosos y no tengo influencia sobre esto.....	1	2	3	4	5

**Por favor , verifique si contestó todas sus afirmaciones. GRACIAS.**

### ANEXO III

## CUESTIONARIO "MODOS DE AFRONTAMIENTO AL ESTRÉS".

#### Instrucciones:

El siguiente cuestionario tiene la finalidad de conocer qué es lo que hacen las personas como tú, cuando tienen un problema. Para esto, te pedimos que recuerdes algún problema que hayas tenido recientemente y contestes los reactivos siguientes escogiendo una de las cuatro opciones de respuesta; la que más se acerque a tu caso.

Recuerda que sólo puedes elegir una de las cuatro opciones, marcando con una cruz el número de la opción que elegiste y de acuerdo al número de reactivo.

	No. de ninguna manera	En alguna medida	Generalmente, usualmente	Siempre, en gran medida
1. Sólo me concentré en lo que tenía que hacer próximamente.	0	1	2	3
2. Traté de analizar el problema para entenderlo mejor.	0	1	2	3
3. Me puse a trabajar o a realizar otra actividad para olvidarme del problema.	0	1	2	3
4. Creí que el tiempo resolvería el problema y lo único que tenía que hacer era esperar.	0	1	2	3
5. Me propuse sacar algo positivo del problema.	0	1	2	3
6. Hice algo en lo que no creía, pero al menos no me quedé sin hacer nada.	0	1	2	3
7. Traté de encontrar al responsable del problema para que cambiara su actitud.	0	1	2	3
8. Hablé con alguien para averiguar más sobre el problema.	0	1	2	3
9. Me criticé o cuestioné a mí mismo (a).	0	1	2	3
10. No agoté mis posibilidades de solución, sino que dejé alguna posibilidad abierta.	0	1	2	3
11. Esperé a que ocurriera un milagro.	0	1	2	3
12. Seguí adelante con mi destino (simplemente algunas veces tengo mala suerte).	0	1	2	3
13. Seguí adelante como si no hubiera pasado nada.	0	1	2	3
14. Intenté guardar para mí mis sentimientos.	0	1	2	3
15. Busqué un poco de esperanza, intenté mirar las cosas por su lado bueno.	0	1	2	3
16. Dormí más de lo acostumbrado.	0	1	2	3

17. Expresé mi enojo a la (s) persona (s) que creí responsable (s) del problema.	0	1	2	3
18. Acepté la lástima y comprensión de los demás.	0	1	2	3
19. Me dije cosas que me ayudaron a sentirme mejor.	0	1	2	3
20. Me inspiré para hacer algo creativo.	0	1	2	3
21. Traté de olvidarme por completo del problema.	0	1	2	3
22. Busqué la ayuda de un profesional.	0	1	2	3
23. Cambié y maduré como persona.	0	1	2	3
24. Esperé a ver qué pasaba antes de hacer algo.	0	1	2	3
25. Me disculpé o hice algo para compensar el problema.	0	1	2	3
26. Desarrollé un plan y lo seguí.	0	1	2	3
27. Acepté la segunda posibilidad después de la que yo quería.	0	1	2	3
28. Hice mis sentimientos a un lado.	0	1	2	3
29. Me di cuenta de que yo mismo (a) causé el problema.	0	1	2	3
30. Me sentí más fuerte después de resolver el problema, que antes de tenerlo.	0	1	2	3
31. Platicué con alguien que podía hacer algo concreto con el problema.	0	1	2	3
32. Me "escapé" por un rato, traté de descansar o tomar vacaciones.	0	1	2	3
33. Intenté sentirme mejor comiendo, bebiendo, fumando, tomando drogas o medicamentos más de lo acostumbrado.	0	1	2	3
34. Hice algo muy arriesgado.	0	1	2	3
35. Intenté no actuar impulsivamente o hacer lo primero que se me ocurriera.	0	1	2	3
36. Tuve fe en algo nuevo.	0	1	2	3
37. Mantuve mi orgullo y puse "al mal tiempo buena cara".	0	1	2	3
38. Pensé en las cosas buenas de la vida.	0	1	2	3
39. Hice cambios para que las cosas volvieran a la normalidad.	0	1	2	3
40. Evité estar con la gente.	0	1	2	3
41. No permití que el problema me venciera evitando pensar mucho en él.	0	1	2	3
42. Le pedí consejo a un amigo o familiar a quien respeto.	0	1	2	3
43. Evité que los demás se enteraran de lo mal que estaban las cosas.	0	1	2	3
44. Tomé lo positivo del problema y lo demás no lo tomé en cuenta.	0	1	2	3
45. Le platicué a alguien cómo me sentía.	0	1	2	3
46. Me mantuve firme y luché por lo que quería.	0	1	2	3
47. Me disculpé con los demás.	0	1	2	3

48. Pensé en experiencias pasadas y me di cuenta de que ya había vivido algo parecido.	0	1	2	3
49. Sabía lo que tenía que hacer, así que me esforcé más para que las cosas funcionaran.	0	1	2	3
50. Me negué a creer lo que estaba pasando.	0	1	2	3
51. Me prometí que las cosas serían diferentes la próxima vez.	0	1	2	3
52. Pensé en algunas soluciones al problema.	0	1	2	3
53. Lo acepté, no había nada que pudiera hacer al respecto.	0	1	2	3
54. Traté de que mis sentimientos no interfirieran con otras cosas.	0	1	2	3
55. Deseaba poder cambiar lo que estaba pasando o la forma como me sentía.	0	1	2	3
56. Cambié algo de mí mismo (a).	0	1	2	3
57. Soñé o imaginé que las cosas eran mejores.	0	1	2	3
58. Tuve el deseo de que el problema se acabara o terminara.	0	1	2	3
59. Tuve fantasías o imaginé el modo en que podrían cambiar las cosas.	0	1	2	3
60. Recé.	0	1	2	3
61. Me preparé para lo peor.	0	1	2	3
62. Repasé mentalmente lo que haría o diría.	0	1	2	3
63. Pensé lo que haría en mi lugar la persona que más admiro y lo tomé como modelo.	0	1	2	3
64. Traté de ver las cosas desde el punto de vista de otra persona.	0	1	2	3
65. Me consolé pensando que las cosas podrían ser peores.	0	1	2	3
66. Salí a correr o hice ejercicio.	0	1	2	3

**¡ Gracias por tu colaboración!**

**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**