



UNIVERSIDAD ANDINA
SIMÓN BOLÍVAR

UNIVERSIDAD ANDINA SIMÓN BOLÍVAR

SEDE CENTRAL

Sucre – Bolivia

**CURSO DE MAESTRÍA (ESPECIALIDAD) EN
SALUD MENTAL COMUNITARIA**

**ESTUDIO SOBRE LOS ESTILOS Y ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO
Y CALIDAD DE VIDA EN UNIVERSITARIOS**

**Tesis presentada para obtener el Grado
Académico de Magíster (especialista) en
Salud Mental Comunitaria**

ALUMNO: César Roberto Flores Torrejón

Sucre

2006



**UNIVERSIDAD ANDINA
SIMÓN BOLÍVAR**

UNIVERSIDAD ANDINA SIMÓN BOLÍVAR

SEDE CENTRAL

Sucre – Bolivia

**CURSO DE MAESTRÍA EN
SALUD MENTAL COMUNITARIA**

**ESTUDIO SOBRE LOS ESTILOS Y ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO
Y CALIDAD DE VIDA EN UNIVERSITARIOS**

**Tesis presentada para obtener el Grado
Académico de Magíster (especialista) en
Salud Mental Comunitaria**

**ALUMNO: César Roberto Flores Torrejón
TUTORA: Dra. María José Ferraces Otero**

Sucre
2006

RESUMEN

La presente investigación relaciona los estilos y estrategias de afrontamiento con la calidad de vida relacionada a la salud. Se parte del problema de la múltiple interacción que existe entre las formas y maneras de afrontar los problemas y su relación con los indicadores de la calidad de vida en los estudiantes universitarios de la Universidad San Francisco Xavier de Chuquisaca de la ciudad de Sucre (Usfx).

El objetivo es investigar el tipo y características de la interacción entre los estilos y estrategias de afrontamiento al estrés con la calidad de vida. La investigación es de tipo cuantitativa.

La población de estudiantes son todos los universitarios de San Francisco Xavier, con un muestreo estratificado de las 8 facultades y 44 carreras, se saca una muestra de 394 estudiantes a los que se les aplica por única vez el Inventario de Estilos y Estrategias de Afrontamiento (EEA) de Fernández-Abascal, que es un instrumento que consta de 72 ítems y agrupa 18 estrategias y 8 estilos; y el Cuestionario de Salud SF-36 (SF-36); que agrupa ocho tipos de escalas y una puntuación valorada acerca de la percepción de salud respecto al pasado año.

Luego de aplicar los instrumentos, se procesan los datos en el paquete estadístico SPSS 12.0 en español y se proceden a realizar los análisis de los datos en función a estadísticos descriptivos (medias y desviaciones) y estadísticos de contraste (t de Student, Anova y variantes y, finalmente, la correlación de Pearson).

Los estudiantes en general, habitualmente utilizan la estrategia de afrontamiento de crecimiento personal, seguida de la planificación y reevaluación positiva. Como estilos de afrontamiento, utilizan habitualmente el método activo, la focalización orientada a la emoción y la actividad cognitiva.

Realizando MANOVAS, se concluye que las interacciones no son significativas en tanto las estrategias de afrontamiento no inciden determinadamente en la calidad de vida. Cuando se realizan las interacciones con MANOVAS Y ANOVAS con los estilos de afrontamiento según el método, focalización y actividad como variables independientes, se concluye que los indicadores de función física, rol físico, vitalidad, función social, rol emocional y salud mental son los afectados, y entre éstos, el grupo de las mujeres respecto a los hombres tiene mayor incidencia.

En el análisis de los estilos y estrategias, afrontan con estrategias activas de carácter cognitivo para la alteración y manipulación de los problemas consistiendo principalmente en la focalización de la emoción para disminuir el distrés y sensaciones desagradables producidas por las situaciones conflictivas.

Se recomienda para ello, la implantación de un programa de prevención del estrés en salud mental en el marco del seguro universitario gratuito para los estudiantes de la Usfx.

AGRADECIMIENTOS

Este es el momento de hacer explícita mi gratitud a todas aquellas personas que me acompañaron y apoyaron, tanto a nivel académico como personal, en la realización de este trabajo. Sin ellas no estaría ahora escribiendo estas líneas.

A María José Ferraces Otero, Tutora de esta tesis, por toda su dedicación en mi formación como investigador y profesional, gracias infinitas por su disponibilidad, su apoyo, por sus consejos siempre claros y fundamentalmente oportunos.

Al Vicerrector de la Universidad San Francisco Xavier de Chuquisaca, por autorizarme a realizar el trabajo sin ningún tipo de prejuicios.

A los decanos y directores de todas las carreras, por su apoyo y colaboración desinteresada.

A mis amigos de todos los días que me apoyaron con sus consejos.

A mis compañeros de trabajo y de la Maestría en Salud Mental Comunitaria de la Universidad Andina, por alentarme a continuar con la investigación.

A las personas que me ayudaron de forma directa o indirecta en la recogida de los datos del presente trabajo.

A mi familia, mis padres y hermano, por su colaboración y su presencia en los momentos más difíciles.

¡GRACIAS!

Sucre, Septiembre de 2006.

INDICE

INTRODUCCION.....	1
ANTECEDENTES.	8
SITUACIÓN PROBLÉMICA.	9
JUSTIFICACIÓN.	10
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.	10
OBJETIVO GENERAL.	11
OBJETIVOS ESPECÍFICOS.	11
HIPÓTESIS.	11
MARCO TEORICO	12
LA SALUD MENTAL.....	12
<i>Orígenes y evolución del término salud mental.</i>	13
LA SALUD MENTAL DESDE UNA PERSPECTIVA POSITIVA/NEGATIVA	14
LA SALUD MENTAL DESDE UNA PERSPECTIVA DE NORMALIDAD.....	15
<i>a) Normalidad como promedio</i>	15
<i>b) Normalidad clínica</i>	16
<i>c) Normalidad utópica</i>	17
<i>d) Normalidad como proceso</i>	17
<i>e) Normalidad jurídico-legal</i>	18
LA SALUD MENTAL DESDE UNA PERSPECTIVA DE MÚLTIPLES CRITERIOS	18
LA EVALUACIÓN DE LA SALUD MENTAL.	21
LOS SISTEMAS CLASIFICATORIOS EN SALUD MENTAL.	22
<i>Tipos de clasificaciones.</i>	22
ESCALAS PARA LA EVALUACIÓN CLÍNICA DE LOS TRASTORNOS PSICOLÓGICOS ESPECÍFICOS.	26
ESCALAS PARA LA EVALUACIÓN DE LA SALUD	26
<i>Escalas para evaluar la capacidad funcional</i>	28
<i>Escalas para evaluar la salud general</i>	29
LA ESCALA SF-36.....	30
<i>Escalas generales para evaluar la calidad de vida</i>	32
<i>Escalas para evaluar la calidad de vida en problemas de salud crónicos</i>	33
<i>Escalas para evaluar el bienestar psicológico</i>	33
<i>Escalas para evaluar el estado de ánimo</i>	34
<i>Escalas para evaluar la interacción y el ajuste social</i>	35
<i>Escalas para evaluar las actitudes hacia sí mismo y el crecimiento personal</i>	38
EL ESTRÉS.	38
<i>Historia del concepto estrés.</i>	38
<i>El estrés en el campo de la sociología.</i>	40
<i>Los primeros estudios sistemáticos del estrés en la psicología.</i>	41
<i>La evolución del concepto de estrés después de las grandes guerras.</i>	41
EL CONCEPTO DEL ESTRÉS.....	43
<i>Los estímulos.</i>	43
<i>Las respuestas.</i>	46
<i>Las relaciones.</i>	47
AFRONTAMIENTO.	49
<i>Planteamientos tradicionales.</i>	49
<i>Rasgos y estilos de afrontamiento.</i>	50
<i>El patrón A como estilo de afrontamiento.</i>	51
ESTILOS COGNITIVOS.	53
<i>Afrontamiento versus conducta adaptativa automática.</i>	53
<i>La negación o la evitación.</i>	54
EL AFRONTAMIENTO CON EL DOMINIO DEL ENTORNO.	54
DEFINICIÓN DE AFRONTAMIENTO.....	55
<i>Los recursos del afrontamiento.</i>	56

<i>Las respuestas de Afrontamiento</i>	57
ESTILO DE AFRONTAMIENTO	58
ESTILOS Y ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO	58
<i>Escala de afrontamiento orientada al problema</i>	59
<i>Escala de afrontamiento orientada a la emoción</i>	59
<i>Otras escalas de afrontamiento</i>	60
LA ESCALA DE ENRIQUE G. FERNÁNDEZ-ABASCAL	60
MARCO EMPÍRICO	67
POBLACIÓN	67
MUESTRA	68
INSTRUMENTOS	71
<i>Escala de Estilos y Estrategias de Afrontamiento</i>	71
<i>Cuestionario de Salud SF-36</i>	75
PROCEDIMIENTO	77
ANÁLISIS DE DATOS	77
RESULTADOS	79
RESULTADOS DE LOS ESTUDIOS PREVIOS	79
<i>Inventario de estilos y estrategias de afrontamiento (EEA)</i>	79
<i>Cuestionario de Salud SF-36 (SF-36)</i>	80
RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN	80
<i>Estadísticos descriptivos del inventario de estilos y estrategias de afrontamiento</i>	80
<i>Estadísticos descriptivos del Cuestionario de Salud SF-36</i>	91
ESTADÍSTICOS Y PRUEBAS INFERENCIALES Y/O DE CONTRASTE	95
CONCLUSIONES Y DISCUSIÓN	102
CONSIDERACIONES DE LAS ESTRATEGIAS Y ESTILOS DE AFRONTAMIENTO Y CALIDAD DE VIDA	103
RECOMENDACIONES FINALES	106
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	109
ANEXOS	122
ANEXO 1	122
INVENTARIO DE ESTILOS Y ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO	122
ANEXO 2	124
INVENTARIO SF-36	124

INTRODUCCION

La Salud Mental no es simplemente ausencia de enfermedad mental reconocible sino un estado de bienestar en el que el individuo manifiesta sus propias habilidades, trabaja productivamente y es capaz de contribuir al bienestar de la comunidad. El Contexto Social en cuyo seno se desarrollan los problemas de salud mental es fundamental para un análisis exhaustivo porque ahí se desarrolla la interacción que también genera las consecuencias para la salud individual y colectiva de todos los individuos.

Se entiende la salud o la enfermedad mental en un contexto histórico en el que se han ido desarrollando las diferentes concepciones de los aspectos que tienen que ver con lo normal y lo patológico.

Es innegable el carácter biológico de algunas enfermedades mentales, la riqueza radica en relacionar y destacar también el origen social de los trastornos psicológicos. El concepto de salud mental también permite establecer una diferencia entre salud mental positiva y enfermedad mental. Salud Mental Positiva no es equivalente a la ausencia de enfermedad mental, ni un nivel bajo de salud mental, implica un bienestar psicológico o equilibrio emocional.

Una salud mental positiva no se caracteriza por la ausencia de experiencias de afecto negativo sino por la presencia de un mayor número de situaciones de afecto positivo. Por ello, el deterioro psicológico no es entendido como característica estable de la personalidad sino como una respuesta instrumental a una situación social. Desde esta perspectiva, el problema de la salud mental se conecta con la estratificación y el cambio social y aspectos de salud de un estado de bienestar, y no con un modelo biomédico de enfermedad mental y terapia individual.

El estudio del estrés, la emoción, el afrontamiento y la resolución de los conflictos; todo esto, ligado a la calidad de vida relacionada a la salud, se convierten en una prioridad de la Psicología por su implicancia en los ámbitos de la Salud Mental Comunitaria.

Lázarus y Folkman (1984) afirman que la aparición del estrés y otras reacciones emocionales están mediatizadas por el proceso de valoración cognitiva que la persona

realiza, primero sobre las consecuencias que la situación tiene para el mismo (valoración primaria) y posteriormente, si el saldo de la valoración es de amenaza o desafío, el sujeto valora los recursos de que dispone para evitar o reducir las consecuencias negativas de la situación (valoración secundaria).

La Calidad de Vida Relacionada con la Salud (CVRS) es un subconjunto de la calidad de vida global. La calidad de vida puede ser vista como determinada por la salud, y a su vez determinante de la salud.

La OMS define a la calidad de vida como una “percepción del individuo de su posición respecto de la vida en el contexto de la cultura y de un sistema de valores en el cual vive, con relación a sus metas, expectativas, normas y preocupaciones”. La CVRS se refiere en particular a los efectos de las enfermedades y de sus tratamientos en la vida cotidiana de los individuos.

La definición de Calidad de Vida de la OMS implica directamente la propia definición de salud. Sin embargo, entre la definición de salud y la de calidad de vida y la de CVRS, se pueden hallar en la literatura una variedad de términos relacionados. Estos términos son estado de salud (health status), bienestar (well-being), y estado funcional (functional status). Si bien los mismos fueron utilizados como sinónimos, y en algunos casos todavía se usan de este modo, sus definiciones son distintas.

Antecedentes.

“La Salud Mental de las personas depende, desde su gestación, de un normal desarrollo neurobiológico, de factores hereditarios, de la educación familiar y escolar, del nivel de bienestar social en el seno de la comunidad, del grado de realización personal en el medio sociolaboral, de una relación de equilibrio entre la capacidad del individuo y las demandas sociolaborales, socioeconómicas, socioculturales y psicosociales, y de un envejecimiento digno. Todos estos aspectos son determinantes para la Calidad de Vida de los individuos. La consecución de ese equilibrio es función de la medida en la que las personas son capaces de manejar los acontecimientos estresantes que ocurren en su vida y conseguir o no una adaptación adecuada, y depende, a su vez, de factores biológicos,

psicológicos, interpersonales y socioculturales” (Vásquez, Fernández y Pérez. 2003. pag. 103).

El estudio de los estilos y estrategias de afrontamiento en los estudiantes universitarios tiene una especial importancia puesto que en este grupo poblacional y según reportes del Departamento de Salud Mental del Ministerio de Salud de Bolivia tiene una incidencia del 4% del total de los trastornos mentales reportados en consulta externa en Bolivia y del 5% en la ciudad de Sucre.

Estudios sobre el afrontamiento en estudiantes universitarios españoles concluyen en que la mayoría de éstos presentan *negación* o evitación al afrontamiento, distanciamiento al conflicto y focalización emocional (Martín, Jiménez y Fernández-Abascal, 2001).

En Latinoamérica, Chile (González de Rivera, 1993), presenta interesantes conclusiones respecto a estudios relacionados con la calidad de vida y los estilos y estrategias de afrontamiento generales como también al estrés.

En Bolivia, las investigaciones relacionadas con los estilos y estrategias de afrontamiento relacionados en forma extensa a la Salud Mental son casi inexistentes, Flores (2004), demuestra que en cuanto a los estilos y estrategias de afrontamiento, los universitarios de la carrera de psicología de la Usfx, presentan como resultados, estrategias centradas en la búsqueda de apoyo social, religión y planificación.

Situación problémica.

La Universidad San Francisco Xavier de Chuquisaca actualmente reúne en sus aulas a más de 24 mil estudiantes repartidos en sus ocho facultades y 44 carreras. De hecho, Sucre, es una ciudad Universitaria y gran parte del movimiento económico y social que se genera es dinamizado por la Universidad.

La expresión “calidad de vida” lleva también al estudio del impacto de la enfermedad en el funcionamiento diario, el bienestar físico, emocional y social percibido.

Una definición de la calidad de vida usualmente aceptada es la percepción de un individuo de su posición en la vida, en el contexto cultural y el sistema de valores en que vive, en relación con sus metas, objetivos, expectativas, valores y preocupaciones.

Justificación.

Los estilos y estrategias de afrontamiento en los universitarios son un aspecto que rompe el equilibrio frágil que existe en la relación de la salud mental y la enfermedad y la calidad de vida relacionada a la salud. Por eso, el estudio de los estilos y estrategias de afrontamiento en los estudiantes universitarios y la calidad de vida implican considerar también variables relacionadas a condiciones de estrés:

Las condiciones sociales objetivas que conducen al estrés.

- Las percepciones individuales del estrés.
- Las respuestas individuales al estrés percibido.
- Los resultados a corto y largo plazo del estrés percibido y las respuestas dadas.
- Las variables individuales y situacionales que influyen las relaciones entre las cuatro variables anteriores.

Por otra parte:

- Una evaluación personal de los aspectos positivos y satisfactorios de la vida
- El grado en el cual las necesidades individuales se encuentran satisfechas
- La diferencia entre las expectativas y los logros personales
- La satisfacción general con la vida

Planteamiento del problema.

De esta reflexión surge el planteamiento del problema en el sentido del estudio de los siguientes aspectos:

El primero, el estilo y las estrategias de afrontamiento de los estudiantes universitarios en Usfx, que a lo largo de la carrera están sometidos a diferentes cantidades de estrés y expuestos a múltiples circunstancias o estresores psicosociales.

El segundo, la evaluación de la calidad de vida y su relación con la salud existiendo íntima relación con el rendimiento académico, salud general, salud mental, éxito, expectativas, metas y objetivos, etc.

Por ello conviene la siguiente formulación en el planteamiento del problema central:

¿Cuál será el tipo de interacción existente entre los estilos y estrategias de afrontamiento y la calidad de vida relacionada a la salud en los estudiantes de la Universidad San Francisco Xavier de Chuquisaca de la ciudad de Sucre?

Objetivo General.

Investigar la interacción entre los estilos y estrategias de afrontamiento con la calidad de vida relacionada a la salud en los estudiantes de la Universidad San Francisco Xavier de Chuquisaca de la ciudad de Sucre.

Objetivos Específicos.

- Determinar criterios de elección en el uso habitual de los estilos y estrategias de afrontamiento por facultad y sexo.
- Determinar los valores de selección en las diferentes escalas del cuestionario de salud.
- Analizar las estrategias de afrontamiento por facultad y sexo.
- Analizar los estilos de afrontamiento por facultad y sexo.
- Analizar la calidad de vida en función del sexo y la facultad.
- Analizar la calidad de vida en función del sexo y el tipo de afrontamiento.

Hipótesis.

1. Los estilos de afrontamiento afectan a la calidad de vida relacionada a la salud en los estudiantes.
2. El afrontamiento focalizado en la emoción está relacionado a un deterioro en los indicadores de calidad de vida.
3. Las mujeres tienen mayor grado de afección que los hombres en la función física y vitalidad y salud mental como indicadores de calidad de vida.

MARCO TEORICO

La revisión del marco teórico recoge los siguientes conceptos: inicialmente, una revisión de la evolución y las principales definiciones y paradigmas de la salud mental y la calidad de vida, posteriormente, la evolución sus conceptos y paradigmas acerca del afrontamiento y el estrés.

La salud mental.

El concepto salud mental surge a mediados del siglo XX y se utiliza para referirse tanto a estados de salud como de enfermedad. La implantación del término ha ido paralela a la concepción integral del ser humano, entendida desde una perspectiva biopsicosocial.

Posteriormente a su nacimiento, se pretende romper con el principio de que la salud mental es simplemente la ausencia de enfermedad y, colocarla en una vertiente positiva, es decir, la prevención y la promoción.

Las organizaciones oficiales, como la Organización Mundial de la Salud y la Federación Mundial de Salud Mental y las legislaciones de los diferentes países, que regulan las políticas y normativas en materia de salud, recogen la “ideología” positiva de: “prevención y promoción para todos”. Sin embargo, la realidad práctica, en el campo de la salud mental, se ajusta más a: “tratamiento, rehabilitación y algo de prevención”.

El primer problema relacionado con el término salud mental es el de definir su contenido. La salud mental es un campo plural e interdisciplinario que recibe aportaciones de diferentes disciplinas (psicología, psiquiatría, sociología, enfermería, economía, etc.). Asimismo, en cada disciplina existen diversas orientaciones que tienen concepciones idiosincrásicas y defienden abordajes diferentes y, a veces, difíciles de conjugar, sobre la salud mental.

Por otra parte, el objeto de estudio: la psicología del ser humano, es bastante compleja para sintetizar en una definición universal que permita recoger sus múltiples matices. Esta intrincada miscelánea ha generado múltiples intentos de definición de la salud mental pero, por el momento, las divergencias superan a los acuerdos.

Orígenes y evolución del término salud mental.

La salud mental tiene una historia tan prolongada como el propio ser humano y a través del tiempo la concepción del trastorno mental ha recibido diferentes denominaciones y formas de tratarlo. A principios del siglo XX, la salud mental sufre un importante avance y aparecen términos como profilaxis mental (en Europa) e higiene mental (en Estados Unidos); ambos precursores del actual concepto de salud mental.

El término profilaxis mental acaba diluyéndose y se consolida el de higiene mental que surge en Estados Unidos con la publicación que C. Wittingham Beers (ex-enfermo mental) hace en 1908. Éste explica sus propias experiencias en la asistencia psiquiátrica y, sobre todo, y lo que es más importante, sobre posibles soluciones, estableciendo así la base para un nuevo enfoque de la enfermedad mental: el de la prevención. En Nueva York, se crea, auspiciado por Adolfo Meyer, psiquiatra de gran prestigio, el primer Comité de Higiene Mental.

Los avances científicos, unidos a un cambio de actitud social, fueron definiendo un nuevo enfoque de la salud mental, basado en un abordaje integral y multidisciplinario, en el que se contempla la interacción de factores biológicos, psicológicos y sociales.

En este contexto, surgió, a partir de los años 50-60, la etapa de la salud mental comunitaria, que condujo a la implantación de servicios comunitarios. El objetivo central era abordar el trastorno mental dentro del propio entorno de la persona, haciendo hincapié en la prevención y rehabilitación con una participación amplia de la comunidad. Cabe señalar que, además de los Estados Unidos, en el movimiento comunitario tuvo un papel relevante Inglaterra, que sirvió como modelo para varios países europeos. (Linares, 1981)

La definición de un término tan complejo y polifacético como el de salud mental conlleva muchas dificultades y, por tanto, no existe una definición única del concepto.

La salud mental puede considerarse como un *constructo* que no tiene una definición directa. Desde esta óptica, para darle contenido, es necesario recurrir a conceptos más concretos. Esta opción resuelve algunos problemas pero genera otros de nuevos; para intentar definir la salud mental se utilizan términos como "bienestar/malestar psíquico"

"felicidad" o "satisfacción", que son, igualmente, abstractos o difíciles de operativizar. El término salud mental es el concepto oficialmente aceptado para referirse tanto a la salud como a la enfermedad mental y, en la práctica, las intervenciones van siempre encaminadas a la recuperación de la salud, dando así un cierto sentido al macro concepto de salud mental.

La salud mental no es algo estático y definitivo sino un estado dinámico y cambiante. La salud nunca es permanente sino que tiene que ir "reciclándose" continuamente, cada vez que las circunstancias internas y/o externas de las personas cambian.

Se pueden agrupar los múltiples enfoques en tres grandes perspectivas que reflejan las diversas concepciones de la salud mental:

- La Salud Mental desde una perspectiva Positiva/negativa.
- La Salud Mental desde una perspectiva de Normalidad.
- La Salud Mental desde una perspectiva de Múltiples Criterios.

Ninguna de estas perspectivas tiene la supremacía definitoria, todas las concepciones tienen su parte de razón y es necesario recurrir a definiciones aproximativas y pluralistas que, en muchos casos, pueden ser complementarias.

La Salud Mental desde una perspectiva positiva/negativa

La perspectiva negativa define la salud mental tomando como referencia la enfermedad. Su postulado básico es: "salud igual a ausencia de enfermedad" y su objetivo fundamental es la curación.

Esta perspectiva se corresponde fundamentalmente con el modelo clínico tradicional, responde a la necesidad de tratar los trastornos mentales y refleja la realidad asistencial actual basada en la curación de las personas enfermas. Sin embargo, es un enfoque reduccionista que omite los aspectos positivos inherentes al concepto de salud mental.

La perspectiva positiva intenta definir la salud mental a través de la salud. Su postulado básico es: "salud igual a algo más que ausencia de enfermedad" y, al menos sobre el

papel, permite trabajar en la curación, la prevención y la promoción. En esta línea se definió la Organización Mundial de la Salud (OMS, 1961) cuando señaló que "la salud es el estado de bienestar físico, psíquico y social y no la mera ausencia de enfermedad o minusvalía". De forma similar, la Federación Mundial para la Salud Mental, en 1962, la definió como "el mejor estado posible dentro de las condiciones existentes".

La perspectiva positiva concibe la salud mental como el estado de funcionamiento óptimo de la persona y, por tanto, defiende que hay que promover las cualidades del ser humano y facilitar su máximo desarrollo potencial.

La salud mental desde una perspectiva de normalidad

La definición del término salud mental desde esta perspectiva implica aceptar un paralelismo entre normal y sano y, lógicamente, establecer criterios que den contenido a la palabra normalidad. Las principales concepciones de normalidad son:

- a) Normalidad como promedio.
- b) Normalidad clínica.
- c) Normalidad utópica.
- d) Normalidad como proceso.
- e) Normalidad jurídico-legal.

a) Normalidad como promedio.

Esta concepción engloba fundamentalmente dos criterios, íntimamente relacionados: el criterio estadístico y el criterio sociocultural.

El **criterio estadístico** presupone que lo normal (lo sano) es lo más frecuente; la salud mental es aquella forma de ser, estar y sentir de la mayoría de las personas. La normalidad como promedio implica la existencia de unas normas o estándares que la mayoría acepta y, por tanto, son las medidas de tendencia central (media, mediana y moda) las que definen la salud/enfermedad (Vázquez, Fernández y Pérez, 2003).

El **criterio sociocultural** implica que lo normal viene determinado por las pautas sociales; el comportamiento sano es el que se ajuste a los cánones establecidos en el contexto sociocultural y depende, por tanto, del momento y del lugar. Es lo que Vallejo (1998) denomina "normalidad adaptativa" y, en este sentido, como señala Scharfetter (1977): "sano equivale a socialmente adaptado y enfermo a socialmente inadaptado". Una definición quizás más operativa de la normalidad adaptativa es la que propone Costa (1994) quién la considera como el resultado de un proceso exitoso entre las demandas ambientales y los recursos personales. En la misma línea, Belloch, Sandin y Ramos (1995) enfatizan la importancia de adaptarse al rol social que se nos adscribe. Sin embargo, todos estos autores están de acuerdo en que el significado de adaptación no siempre está claro y, además, alertan de los errores que podrían cometerse al presuponer que adaptación equivale a salud mental.

Ambos criterios tienen un papel importante en la consideración /valoración de la salud mental. Evidentemente, el comportamiento de la mayoría es un referente que no podemos obviar y, como señala Vallejo (1998) es difícil interpretar los síntomas clínicos sin conocer la sociedad donde estos aparecen. Sin embargo, estos criterios conllevan un cierto riesgo si se utilizan como criterios definitivos exclusivos, ya que ni todo lo normal es sano ni todo lo anormal es patológico.

b) Normalidad clínica

La salud se define como la ausencia de sintomatología clínica. Esta concepción se corresponde con la perspectiva negativa y se basa en el modelo médico tradicional. La mayoría de autores (Vásquez, Fernández y Pérez, 2003) critican este tipo de definiciones por dos razones básicas: a) omiten algunos trastornos que cursan sin sintomatología aparente y b) invalidan o, al menos, dificultan la posibilidad de prestar servicios de tipo preventivo o profiláctico.

Algunos autores citan el concepto de *normalidad subjetiva*: valoración que el propio sujeto hace de su estado de salud, prescindiendo de la opinión de los demás, incluidos los expertos (Mesa, 1986; Vallejo, 1998). Es evidente que este criterio tiene importantes limitaciones en el campo de la salud mental, puesto que algunos trastornos (p.e. psicosis o demencias) se caracterizan, precisamente, por la falta de conciencia de trastorno. Sin

embargo, la percepción subjetiva es un dato importante para evaluar el estado de salud. Como señalan Vásquez, Fernández y Pérez (2003) muchas veces es el propio paciente quien detecta el problema y la información que aporta sobre sí mismo es una fuente de datos necesaria e imprescindible.

c) Normalidad utópica

Esta concepción de la normalidad está fundamentada, según algunos autores como por ejemplo Vallejo (1998), en el modelo psicodinámico. Considera la salud como un estado de equilibrio armónico entre las diferentes instancias del aparato psíquico y enfatiza el manejo adecuado de los procesos inconscientes. Es utópica por cuanto tiende a algo difícilmente alcanzable pero estimula el estudio de los procesos psicológicos que subyacen a la conducta meramente observable. Otros autores indican que está basada en las corrientes psicológicas humanistas y la vinculan a los conceptos de potencial de crecimiento (Rogers), actualización (Maslow), o personalidad madura (Allport), como metas del desarrollo personal.

Este criterio incluye también el concepto de *normalidad funcional* que, según Costa (1994), "considera normal a todas aquellas personas que están razonablemente libres de dolor injustificado, malestar o dificultades personales". En realidad, la normalidad utópica está reflejada en la propia definición de salud de la OMS y tiene una estrecha relación con el concepto de salud mental positiva de Jahoda (1967).

d) Normalidad como proceso

Es una perspectiva basada en la capacidad de adaptación de la persona y la madurez de sus sistemas de respuesta a lo largo del desarrollo. La normalidad (o salud) se entiende como el resultado positivo de un proceso continuo de interacción persona-entorno, en el que se valora el estado actual pero contemplando todo el proceso evolutivo. Es decir, el ser humano está siempre en un proceso de desarrollo continuo, cuyo objetivo va orientado hacia la autorrealización y, por tanto, para evaluar la salud es necesario considerar no solo el momento actual sino también los acontecimientos y cambios que se han ido produciendo a lo largo de su vida.

Vallejo (1998) indica que las experiencias significativas de cualquier etapa de la vida pueden modificar o alterar el funcionamiento de la persona (tanto en sentido positivo como negativo) y refleja, muy acertadamente, la filosofía de este acercamiento a la definición de la salud mental:

"El desarrollo de la personalidad es un proceso continuo, siempre sensible a las influencias pasadas, actuales y futuras. En cualquier momento, durante la adolescencia y la edad adulta, las experiencias significativas pueden modificar, incluso alterar drásticamente la organización y buen funcionamiento de la personalidad, para bien o para mal. Cabe afirmar, por tanto, que nadie está destinado a convertirse en un paciente mental por su herencia o por sus experiencias infantiles: Por el contrario, una buena dotación genética o una niñez favorables pueden incrementar la resistencia de una persona a las influencias adversas en las últimas etapas de la vida, pero no garantizan la inmunidad contra un trastorno de la conducta" (Vallejo, 1998, pág. 67)

e) Normalidad jurídico-legal

El criterio forense valora la conducta en función del nivel de imputabilidad del acto y de la responsabilidad jurídica. El objetivo fundamental es el de determinar:

- cuando una persona será considerada mentalmente incompetente.
- cuando una persona es o no responsable de sus actos (por ejemplo ante casos de criminalidad).
- cuando una persona puede o debe ser hospitalizada debido a un trastorno mental.

La perspectiva jurídica es la más fácil de objetivar y estudiar ya que todas las sociedades tienen establecidos unos criterios jurídico-legales sobre el trastorno mental y sus consecuencias ante la ley.

La Salud Mental desde una perspectiva de Múltiples Criterios

El objetivo central de esta perspectiva es el de intentar definir la salud mental a partir de múltiples criterios operativos y, a ser posible, para grupos de poblaciones concretas en contextos definidos. No hay ningún criterio que, por si mismo o aisladamente, sea

suficiente para definir un comportamiento, un sentimiento o una actividad mental como desviada, anormal y/o psicopatológica. En este sentido, los sistemas clasificatorios que se utilizan en la clínica habitual podrían considerarse definiciones de múltiples criterios.

Según Vallejo-Nagera (1998), el abordaje de la salud mental a partir de múltiples criterios surge ante el fracaso para localizar una definición “universal” o “teóricamente irreprochable” de normalidad psíquica. Sin embargo, las definiciones multicriteriales resultan menos operativas y concretas de lo que sus presupuestos teóricos pretenden. Se continúa encontrando términos abstractos y difíciles de operativizar y medir, como por ejemplo, adaptación, autonomía, independencia o relaciones satisfactorias. Asimismo, la mayoría de criterios son “universales” y no están planteados para poblaciones concretas ni contextos definidos

Por otra parte, es posible que, en un sentido estricto, no haya ninguna persona completamente sana, pues quien más quien menos, puede presentar déficits en algún indicador. Por ello, el hecho de no cumplir todos los criterios no significa que no haya salud mental.

En definitiva, la filosofía implícita en la perspectiva de múltiples criterios resulta, a priori, posiblemente el mejor acercamiento a la definición de la salud mental. Sin embargo, el principal problema es que no hay un acuerdo unánime sobre cuales son los criterios que describen a la persona sana y, por tanto, siguen existiendo diferentes definiciones y concepciones de salud mental. La mayoría de ellas hacen referencia a aspectos subjetivos, adaptativos y/o funcionales. A continuación, se presentan algunas definiciones planteadas desde esta perspectiva.

Tabla 1. Conceptos y definiciones sobre salud mental

Organización Mundial de la Salud.	“Capacidad de un individuo para establecer relaciones armoniosas con otros y para participar en modificaciones de su ambiente físico y social o de contribuir en ello de modo constructivo”.
Definiciones tomadas de Llucht (1999)	"un proceso en el que el individuo pueda: - interrelacionarse satisfactoriamente con sus semejantes. - conocer bien su ambiente (ventajas e inconvenientes) con el propósito de contribuir a su mejora jugando un papel activo y productivo.

	<ul style="list-style-type: none"> - identificar y asumir un rol social específico con objeto de potenciar su personalidad. - solventar satisfactoriamente los conflictos y tensiones que vayan surgiendo. - adaptación flexible a su medio y al juego de influencias e interacciones que ello comporta."
<p>Para diagnosticar o calificar el grado de salud mental de una persona hay que considerar parámetros tales como:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Autonomía funcional. - Percepción correcta de la realidad. - Adaptación eficaz y respuesta competente a las demandas del entorno. - Relaciones interpersonales adecuadas. - Percepción de autoeficacia. - Buen autoconcepto. - Estrategias adecuadas para afrontar el estrés. 	
<p>"La Salud es aquella manera de vivir que se da cuando la persona va alcanzando la propia realización -un "buen ser" individual y social- mediante un proceso dinámico que parte de unas capacidades genéticas en constante interacción con el medio. Se cuenta como elementos de este "buen ser":</p> <ul style="list-style-type: none"> - La reacción ante las dificultades y los cambios del medio interno o externo, ya sea en orden a adaptarse a él, ya sea en orden a transformarlo. - Un progresivo proceso de desarrollo: crecimiento madurativo que conduce al hombre a la capacidad de compenetrarse con otros y de establecer con ellos buenas relaciones (de buena estima). - Capacidad de creatividad: nuevas formas constructivas de pensar o de vivir en cualquier dimensión humana. - Autonomía de realización propia; capacidad del hombre de poder establecer por si mismo la propia norma a seguir; es decir de "normalizar" o mejor aun "tipificar" las informaciones que él recibe, conservando la propia función asimilativa y normativa dentro de las fluctuaciones del ambiente. - Identidad o unidad mental, de manera que la persona pueda hacerse cargo de todo el proceso vital y de la propia vida y de la propia muerte (situación final de la limitación de la propia vida, anticipada en cada enfermedad) o pérdida de posibilidades. - Relaciones interpersonales que sean integradoras no solo para el propio yo, sino para la sociedad donde se vive. - Gozar de las satisfacciones que comporta la búsqueda de los objetos que se ha propuesto. Para alcanzar "un buen ser" se precisa que la misma sociedad presente unas estructuras y sistemas de valores que permitan fomentar la salud. Y en cuanto al entorno, que sea viable ecológicamente". 	
<p>Otras definiciones de la salud:</p> <ul style="list-style-type: none"> - la adaptación al amor - la adaptación al trabajo - el poder defenderse de las agresiones externas e internas - poseer un núcleo de pertenencia, status y un rol en la sociedad conseguidos por medios lícitos - que el trabajo que realice sea de acuerdo a su aptitud y vocación <p>En resumen, capacidad de funcionamiento.</p>	
<p>Los trazos definitorios de una conducta normal son:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Una calidad del funcionamiento social y de las relaciones interpersonales satisfactoria, por la cual el sujeto esté integrado eficazmente al grupo social, participe en las finalidades colectivas y reciba el soporte y la aprobación de los otros. La posibilidad de integración afectiva y de establecer intercambios positivos es fundamental. - El sujeto ha de poder utilizar con eficacia sus funciones psicológicas, las cuales han de estar integradas armónicamente entre ellas. - La actuación del individuo ha de estar bajo el control voluntario, se ha de poder modificar libremente y poseer autonomía personal para poder decidir, en todo momento, lo que hace falta hacer. Esta pérdida o reducción de la libertad es, para muchos autores, el aspecto crucial de la enfermedad psíquica. <p>El enfermo se tiene que comportar de una manera determinada, a veces incluso en contra de los propósitos conscientes del mismo.</p> <ul style="list-style-type: none"> - No hay conducta normal que no sea valorada positivamente por parte de la sociedad. Aunque, con algunas excepciones, no se puede pretender la unanimidad total. - Es importante, aunque tampoco decisiva, la valoración positiva por parte del individuo mismo." 	

La conducta normal podría caracterizarse por:

- Un funcionamiento psicológico eficaz (competencia en la autoevaluación, en la percepción de la realidad, en el aprendizaje y en satisfacer las necesidades de la vida).
- Un funcionamiento social apropiado (comunicación coherente y demostración de confianza hacia los demás, conducta responsable, capacidad para la propia atención y adecuación para con las costumbres y valores de la cultura).
- Autocontrol e integración de la personalidad.
- El efecto del funcionamiento normal y anormal sobre el individuo y la sociedad añade otros dos criterios diferenciales.

La conducta normal es: personalmente satisfactoria y socialmente aceptable.

Mientras que la conducta anormal es una fuente de incomodidad y estrés para el individuo, su familia y relaciones, siendo además socialmente reprobable.

Por tanto, para determinar la normalidad/anormalidad de una conducta hay que:

- Considerar la adecuación de la conducta.
- Determinar el grado de deterioro en el funcionamiento.
- Evaluar el efecto o las consecuencias de la conducta sobre el individuo y su sociedad.

La "normalidad" supone:

- Ausencia de una patología, reconocible como alguna de las estructuras clínicas que se incluyen en la nosología actual.
- Existencia de una organización madura de la personalidad.
- Adaptación adecuada de la persona a los distintos conflictos y momentos evolutivos de su vida.

La evaluación de la salud mental.

El objetivo es presentar una visión global de lo que en la actualidad se está trabajando en el campo de la evaluación.

Inicialmente se describen las principales funciones de la clasificación y las ventajas e inconvenientes que generan los modelos dimensionales y categoriales. También se comentan las nosologías psiquiátricas oficiales (*Clasificación Internacional de las Enfermedades y de los Problemas de Salud Relacionados – CIE-10* y *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales – DSM-IV-TR*) y los instrumentos estandarizados que estas clasificaciones han generado. Los métodos estandarizados de medición presentan inconvenientes, vinculados especialmente a la complejidad de su aplicación e interpretación, pero favorecen la realización de estudios comparativos y replicables.

Luego se presenta una muestra de las múltiples escalas que puede utilizar el clínico para medir algunos trastornos psicológicos específicos como esquizofrenia, ansiedad, depresión, etc.

Finalmente, se cita una relación de cuestionarios que evalúan aspectos como salud general, funcionalidad, salud social, calidad de vida, satisfacción o bienestar psicológico.

Los sistemas clasificatorios en salud mental.

La clasificación, como procedimiento, forma parte del quehacer científico general y constituye el método tradicional para organizar, comprender y transmitir la información (Sadock y Kaplan, 1997; Zubin, 1991). En el ámbito de la salud mental, los sistemas clasificatorios han recibido un fuerte impulso en este siglo y, actualmente, tienen un papel significativo tanto en el trabajo clínico como en la investigación.

Los especialistas han elaborado diversos sistemas clasificatorios que se revisan periódicamente y permiten ordenar y organizar los fenómenos psicopatológicos que se observan en la práctica asistencial. Estas clasificaciones dotan al clínico de un instrumento para aumentar la precisión de los diagnósticos y permiten al investigador contar con criterios operativos y unificados que facilitan la realización de estudios comparativos (Alarcón, 1995).

La nomenclatura utilizada en las clasificaciones tiene sus particularidades. Así, la palabra “enfermedad” (cuyo significado conlleva connotaciones etiológicas) se sustituye por el término “trastorno”. Este cambio está plenamente justificado puesto que las clasificaciones actuales en salud mental, están basadas en la sintomatología y no en la etiología. Por otra parte, encontramos los términos clasificación, nosología y taxonomía que a pesar de que tienen algunas matizaciones diferentes, en la práctica se utilizan, en general, de forma indistinta y como sinónimos.

Tipos de clasificaciones.

Existen dos “modelos” básicos de clasificación: el modelo categorial, que se fundamenta en criterios disyuntivos y cuyas entidades son de tipo discreto, autónomo y separables; y el modelo dimensional, basado en criterios de continuidad e interrelación. A continuación, se comentan las principales ventajas e inconvenientes de cada tipo de clasificación (Sadock y Kaplan, 1997).

Tabla 2. Clasificaciones categoriales.

CLASIFICACIONES CATEGORIALES	
VENTAJAS	INCONVENIENTES
<ul style="list-style-type: none"> - Facilitan la comunicación entre los distintos profesionales, unificando el lenguaje. - Son fáciles de memorizar. - Se adaptan bien a los requerimientos de carácter organizativo-institucional (administración asistencial, archivo de historias clínicas, planificación de servicios, etc.). - Facilitan la elaboración de diseños de investigación y la realización de estudios epidemiológicos. - Integran los diversos síntomas que presenta la persona en una configuración única. 	<ul style="list-style-type: none"> - Contribuyen a mantener la falacia de que los trastornos psicopatológicos son entidades discretas, cuando en realidad, para la mayoría de los casos, las estructuras categóricas son sólo sistemas útiles para organizar las observaciones. - Plantean la duda de si las categorías son artificiales o bien derivadas empíricamente y, por tanto, existe el riesgo de imponer a los datos una estructura que tal vez no exista. - La necesidad de que las categorías tengan un número limitado de características aumenta las probabilidades de perder o despreciar información. - El número y la diversidad de las categorías suele ser muy inferior al de las diferencias interindividuales apreciadas en la práctica diaria.

Tabla 3. Clasificaciones dimensionales.

CLASIFICACIONES DIMENSIONALES	
VENTAJAS	INCONVENIENTES
<ul style="list-style-type: none"> - Permiten interpretar la psicopatología y la normalidad como extremos de un continuo y no como fenómenos separados. - Generan una pérdida mínima de información; pueden realizarse combinaciones de los diferentes atributos en representaciones multifactoriales, utilizando pruebas estadísticas, como por ejemplo, análisis factoriales o escalamientos multidimensionales. - Aportan más información clínica porque registran atributos que podrían estar debajo del umbral en un sistema categorial. - Permiten detectar con más facilidad los cambios experimentados por los sujetos, bien sean espontáneos, bien como resultado de un tratamiento. - Al clasificar los cuadros clínicos en base a la cuantificación de atributos en lugar de asignarlos a categorías, permiten describir mejor los fenómenos continuos y que no tienen límites claros. Igualmente, facilitan la asignación de los casos atípicos. - Son más aplicables desde el ámbito de la normalidad. 	<ul style="list-style-type: none"> - Desde el punto de vista conceptual resulta difícil aceptar la continuidad entre salud y enfermedad. - Las descripciones dimensionales de los trastornos mentales se utilizan menos y, por tanto, son más difíciles de aprender. - Es difícil determinar el número de dimensiones necesarias para representar los problemas psicológicos. El número de dimensiones puede modificar la visión del cuadro: si se utilizan muchas se generan esquemas muy complicados y si se consideran pocas se puede caer en descripciones reduccionistas. - Para la clínica y la investigación pueden resultar menos útiles porque los problemas están poco delimitados.

A continuación se describen las características básicas de los dos grandes sistemas clasificatorios actuales.

Tabla 4. Sistemas clasificatorios actuales.

	DSM-IV (Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales)	CIE-10 (Clasificación Internacional de Enfermedades- Capítulo V: Trastornos mentales y del comportamiento)
Tipo de codificación	Numérica. Cada entidad clínica se identifica por un código de 4 dígitos; en ocasiones se añade un quinto dígito para codificar subtipos y modificadores del trastorno.	Alfanumérica: una letra inicial -la F para los trastornos mentales seguida de hasta 4 números. Los 2 primeros son de carácter internacional.
Documentos que lo componen	<ul style="list-style-type: none"> - Un manual diagnóstico y estadísticos de los trastornos mentales. - Un breviario con criterios diagnósticos - Un libro de casos. - Un manual de diagnóstico diferencial. - Un manual diagnóstico para atención primaria. - Una guía de entrevista clínica. 	<ul style="list-style-type: none"> - Un manual de descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico. - Una guía con criterios diagnósticos para investigación. - Un sistema multiaxial para la descripción de enfermos y para el diagnóstico. - Una clasificación simplificada para asistencia primaria. - Un breve glosario para administrativos, codificadores no profesionales y para hacer comparaciones con otras clasificaciones.
Enfoque conceptual	Descriptivo y ateorico. No hace planteamientos teóricos acerca de la etiología, enfoque o tratamiento. Describe las manifestaciones clínicas, proporcionando criterios diagnósticos específicos para cada alteración mental.	Descriptivo y ateorico. Aunque de una manera muy básica, la etiología forma parte de la estructura, considerada en términos de: origen orgánico, relacionado con sustancias o relacionado con el estrés.
Descripción del trastorno	Cada trastorno tiene la siguiente estructura descriptiva: <ul style="list-style-type: none"> - Criterios diagnósticos - Rasgos y trastornos asociados - Rasgos específicos relacionados con la edad, la cultura o el sexo - Prevalencia, incidencia y riesgo - Curso clínico - Complicaciones - Factores predisponentes - Patrón familiar - Diagnóstico diferencial 	Cada trastorno se acompaña de: <ul style="list-style-type: none"> - Descripción de características clínicas principales - Descripción de características clínicas secundarias - Pautas para el diagnóstico (número y síntomas específicos que se requieren para un diagnóstico fiable)
Nº de clasificaciones	Hay 17 categorías diagnósticas principales y 366 alteraciones específicas (o categorías diagnósticas).	Contiene 21 capítulos que cubren todo el espectro médico. En el capítulo V se clasifican los trastornos mentales y del comportamiento. Esta estructurado en 10 categorías diagnósticas principales que incluyen 100 categorías diagnósticas mayores que, a su vez, agrupan a 329 entidades clínicas individuales.
Normas específicas para el diagnóstico	<ul style="list-style-type: none"> - Cuando la información es insuficiente propone los términos de diagnóstico diferido o provisional. - Cuando el cuadro clínico o la anamnesis no reúnen todos los criterios de una categoría se habla de diagnóstico 	<ul style="list-style-type: none"> - La consistencia del diagnóstico puede variar desde diagnóstico seguro hasta provisional o tentativo (catalogación que depende mucho del juicio clínico). - Permite, y hasta alienta, la inclusión de diagnósticos múltiples, dando preferencia

	atípico, residual o no especificado dentro de la categoría general. - Cuando coexisten más de un diagnóstico (diagnóstico múltiple) se indica en primer lugar el diagnóstico principal.	al que motivo la consulta o al diagnóstico de fondo.
Estructura multiaxial	Tiene 5 ejes	Tiene 3 ejes
Apéndices	- Un apéndice de síndromes relacionados con la cultura donde se intenta considerar la influencia cultural y étnica en el diagnóstico y la evaluación de los trastornos psiquiátricos. - Un apéndice denominado "grupos de criterios y ejes propuestos para estudio ulterior". En él se incluyen las nuevas categorías propuestas que se consideran controvertidas o con información insuficiente. - Un apéndice que enumera los códigos correspondientes de la CIE-10 para los trastornos del DSM-IV.	- Un apéndice sobre "Otros trastornos somáticos que se asocian con frecuencia a trastornos mentales y del comportamiento".

Estos sistemas clasificatorios han generado la elaboración de instrumentos de evaluación (básicamente entrevistas estructuradas) dirigidos a obtener datos compatibles con las categorías diagnósticas establecidas. En el diseño de estos instrumentos también se refleja la filosofía de unificar criterios y el principio de compatibilidad. Inicialmente cada entidad (APA y OMS) elaboró sus propias escalas de medición pero, en la actualidad, algunas son compatibles con ambos sistemas clasificatorios (DSM-IV y CIE-10). A continuación, se presentan las principales entrevistas diagnósticas.

Tabla 5. Instrumentos estandarizados en la evaluación psiquiátrica.

Instrumentos Estandarizados de Evaluación Psiquiátrica de la CIE-10 y del DSM-IV-TR
- Examen del Estado Mental Actual (Present State Examination, PSE) de Wing, Cooper y Sartorius (1974). Tiene adaptado un programa informático, denominado CATEGO, para la ordenación de datos y la estructuración de diagnósticos.
- Inventario de la Entrevista Diagnóstica (Diagnostic Interview Schedule, DIS) de Robin, Hetzer, Croughan y Ratcliff (1981).
- Entrevista Clínica Estructurada para el DSM-III-R (Structured Clinical Interview for DSM-III- R, SCID) de Spitzer, Williams, Gibbon y First (1987; 1992).
- Entrevista Diagnóstica Internacional Compuesta (Composite International Diagnostic Interview, CIDI) de WHO-Versión 1.0 (1990); WHO-Versión 2.1 (1997): Wittchen (1994)
- Entrevista Diagnóstica Internacional Compuesta- Forma Breve (Composite International Diagnostic Interview Short Form, CIDI-SF) de Kessler, Andrews, Mroczek, Ustun y Wittchen (1999, citada en Kessler, 1999).
- Inventario para la Evaluación Clínica en Neuropsiquiatría (Schedules for Clinical Assessment in Neuropsychiatry, SCAN) (WHO, 1992)
- Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional Reducida (Mini International Neuropsychiatric Interview, MINI) de Lecubrier, Sheehan, Weiller, Amorim, Bonora, Sheehan, Janavs y Dunbar (1998).

Para la evaluación del Eje V del DSM-IV se utilizan las siguientes escalas:

- Escala de Evaluación de la Actividad Global (Global Activity Assessment, GAS) de Endicott, J., Spitzer, R.L., Fleiss, J. y Cohen, J. (1976)
- Escala de Evaluación de la Actividad Social y Laboral (SOFAS) de Goldman, Skodol y Lave (1992)
- Escala de Evaluación Global de la Actividad de Relación (GARF) de American Psychiatric Association (1994)
- Escala de la Actividad Defensiva, de American Psychiatric Association (1994).

Fuentes citadas en el DSM-IV-TR y CIE-10.

Escalas para la evaluación clínica de los trastornos psicológicos específicos.

Las escalas para evaluar patología psíquica específica se utilizan para obtener información detallada del tipo, características y evolución clínica del trastorno, reforzar el diagnóstico criterial, predecir la respuesta al tratamiento y evaluar el cambio.

En este apartado se presenta una muestra de las escalas que se citan con mayor frecuencia en la bibliografía y que se aplican habitualmente, en el campo asistencial y en la investigación, para evaluar algunos de los trastornos más frecuentes.

A continuación, y con el propósito de mostrar el esfuerzo de la psiquiatría y la psicología en su afán de medir las patologías psíquicas específicas desarrolladas a lo largo de muchos años, se citan varias escalas con diversos propósitos:

- a) Escalas para evaluar la depresión.
- b) Escalas para evaluar la ansiedad.
- c) Escalas mixtas para evaluar la ansiedad y depresión.
- d) Escalas para evaluar el trastorno obsesivo –compulsivo.
- e) Escalas para evaluar la esquizofrenia.
- f) Escalas para evaluar el alcoholismo y otras drogodependencias.
- g) Escalas para evaluar los trastornos alimentarios.

Escalas para la evaluación de la salud

Las dificultades para definir el concepto de salud mental hacen difícil encontrar un sistema válido para clasificar los múltiples instrumentos de evaluación existentes. La mayoría de autores consultados clasifican las escalas utilizando una combinación de los siguientes apartados: salud general, funcionalidad, salud social, calidad de vida, satisfacción y bienestar psicológico.

Estas clasificaciones resultan coherentes a nivel teórico, o sobre el papel, pero problemáticas en la práctica. Algunos términos están tan interrelacionados que resulta difícil clasificarlos. Por ejemplo, la evaluación de la capacidad funcional para el desarrollo de las actividades de la vida cotidiana está íntimamente vinculada a la valoración de la calidad de vida desde una perspectiva de funcionalidad. Igualmente, ésta categoría está relacionada con la salud social, tanto en el sentido de adaptación y ajuste como desde la perspectiva de capacidad de interacción social.

Por otro lado, el nombre de los cuestionarios está ligado a la propia evolución terminológica de los conceptos vinculados a la salud. Por ejemplo, las escalas para valorar el impacto de la enfermedad han estado etiquetadas, en función del momento histórico, como escalas para evaluar la funcionalidad, la salud general y, en los últimos tiempos, la calidad de vida.

Otra dificultad a la hora de clasificar las escalas está en la divergencia entre el título y el contenido ya que, en ocasiones, no coinciden. Además, en muchos casos, la misma escala ha sido aplicada a diversas poblaciones (sanas y enfermas) y con diferentes objetivos, por lo que resulta difícil ubicarla dentro de un apartado concreto.

Por tanto, en la práctica hay discrepancias entre los diferentes autores a la hora de clasificar una escala en una u otra categoría. Teniendo presente esta complejidad y tras reflexionar sobre el contenido del material recopilado se ha optado, siendo conscientes de que seguramente no es la ideal, por la siguiente clasificación:

Tabla 6. Clasificación de las escalas de Salud.

- | |
|---|
| <ul style="list-style-type: none"> - Escalas para evaluar la capacidad funcional - Escalas para evaluar la salud general - Escalas generales para evaluar la calidad de vida - Escalas para evaluar la calidad de vida en problemas de salud crónicos, En concreto: artritis, cáncer, problemas respiratorios crónicos, trastornos mentales y el dolor crónico - Escalas para evaluar el bienestar psicológico - Escalas para evaluar el estado de ánimo - Escalas para evaluar la interacción y el ajuste social, considerando los siguientes apartados: apoyo social, adaptación/desadaptación social y habilidades sociales . Resolución de problemas y estrategias de afrontamiento . Estrés psicosocial - Escalas para evaluar las actitudes hacia sí mismo y el crecimiento personal. |
|---|

Dado el gran número de escalas que existen, se presenta una pequeña guía de las escalas más utilizadas citando el nombre, el autor y el año.

Escalas para evaluar la capacidad funcional

La mayoría de escalas dirigidas a evaluar la capacidad funcional han sido elaboradas para poblaciones ancianas, puesto que la vejez es una etapa que, por el propio proceso evolutivo, conlleva con frecuencia limitaciones para desarrollar de forma autónoma las actividades cotidianas.

Aunque se aplican fundamentalmente en la tercera edad y dentro del ámbito clínico, estas escalas también se utilizan en estudios comunitarios y en pacientes con enfermedades crónicas.

La capacidad funcional se evalúa desde una perspectiva multidimensional, considerando las diferentes esferas de la vida cotidiana y contemplando, en la mayoría de los casos, la perspectiva bio-psico-social. Se valoran aspectos referidos a problemas de salud, capacidad para realizar las actividades cotidianas, habilidades para el autocuidado, nivel de bienestar psicológico, interacción social y calidad del entorno.

Los aspectos psicológicos se evalúan desde dos perspectivas: por un lado, el estado de las funciones mentales (memoria, conciencia, atención, etc.) y, por otro lado, el estado de ánimo y las percepciones subjetivas de bienestar/malestar emocional.

En general, la funcionalidad se evalúa en términos de dependencia/independencia, para poder calibrar las necesidades individuales de cuidados y los servicios (institucionales y/o comunitarios) que necesita la población. Desde la perspectiva comunitaria, se intenta proporcionar recursos asistenciales que permitan reducir los ingresos institucionales y facilitar la permanencia de la persona dentro de su contexto familiar habitual.

La valoración de estos aspectos adquiere una relevancia especial si se tiene en cuenta que, según los estudios prospectivos, en un futuro no muy lejano, el porcentaje de personas ancianas y de personas que vivan solas incrementará considerablemente. Se citan a continuación las principales escalas para evaluar la funcionalidad.

Tabla 7. Escalas de evaluación de la funcionalidad.

NOMBRE	AUTOR Y AÑO (fuentes citadas en Llucht, 1999)
Índice de Independencia de las Actividades de la Vida Diaria (<i>Index of Independence in Activities of Daily Living</i> , ADL)	Katz, Ford, Moskowitz, Jackson y Jaffe (1963; última revisión Katz y Akpom, 1976). Existen varias versiones españolas (ver Badia, Salamero, Alonso y Ollé, 1996).
Escala de Auto-Mantenimiento Físico (<i>Physical Self-Maintenance Scale</i>)	Lawton y Brody (1969)
Evaluación del Auto-Cuidado de Kenny (<i>Kenny Self-Care Evaluation</i>)	Schoening, Anderegg, Bergstrom, Fonda, Steinke y Ulrich (1965)
Escala de Conducta de Crichton Royal (<i>Crichton Royal Behavior Rating Scale</i> , CRBRS)	Wilkin y Thompson (1989; original de Robinson, 1968)
Evaluación del Deterioro Físico y Mental de las Funciones (<i>Physical and Mental Impairment-of-Function Evaluation</i> , PAMIE)	Gurel, Linn y Linn (1972)
Procedimiento de Evaluación de los Ancianos de Clifton (<i>Clifton Assessment Procedures for the Elderly</i> , CAPE)	Pattie y Gilleard (1979)
Cuestionario de Valoración Funcional Multidimensional del Servicio y Recursos Americanos para los Ancianos (<i>Older Americans Resources and Services Multidimensional Functional Assessment Questionnaire</i> , OARS-MFAQ)	Pfeiffer (1975); Fillembaum (1978); Fillembaum y Smyer (1981). Adaptación española: Grau-Fibla, Eiroa y Cayuela (1996).
Entrevista de Evaluación Referencial y Valoración Comprensiva (<i>Comprehensive Assessment and Referral Evaluation Interview Schedule</i> , CARE)	Gurland (1977; revisado en 1984)
Instrumento de Valoración Multinivel (<i>Multilevel Assessment Instrument</i> , MAI)	Lawton (1982)
Sistema Posicional del Estado Funcional (<i>Functional Status Rating System</i>)	Forer (1981)
Escala de Observación de las Actividades de la Vida Diaria.	Montorio (1990)
Mini-Examen Mental (<i>Mini-Mental State</i> , MMS) *	Folstein, Folstein y McHugh (1975)

Escalas para evaluar la salud general

La mayoría de escalas que evalúan la salud general se han elaborado para ser aplicadas a personas con problemas de salud, aunque también se utilizan en estudios de población general. Estos instrumentos valoran la salud desde una perspectiva negativa, contemplando múltiples dimensiones que permiten medir: los cambios que la enfermedad conlleva en el funcionamiento general, el estado de salud percibida y las respuestas emocionales que genera la enfermedad. También, bajo el nombre de salud general, existen cuestionarios que miden exclusivamente la salud mental, como, por ejemplo el Cuestionario de Salud General de Goldberg o la Encuesta de Salud de Macmillan.

Las más utilizadas son:

Tabla 8. Evaluación de la salud general.

NOMBRE	AUTOR Y AÑO (fuentes citadas en Llucht, 1999)
Índice Médico de Cornell (<i>Cornell Medical Index, CMI</i>).	Brodman, Erdmann y Wolff (1949). Revisada por Lowe (1975)
Encuesta de Salud (<i>Health Opinions Survey, HOS</i>)	Macmillan (1957)
Cuestionario de Salud General (<i>General Health Questionnaire, GHQ</i>)	Goldberg (1972)
Perfil de las Consecuencias de la Enfermedad (<i>Sickness Impact Profile, SIP</i>) Índice de Salud de McMaster (<i>McMaster Health Index Questionnaire, MHIQ</i>)	Bergner, Bobbitt, Kressel, Pollard, Gilson y Morris (1976; revisada en 1981)
	Chambers (1982)
Inventario de Salud Conductual de Millon (<i>Millon Behavioral Health Inventory, MBHI</i>)	Millon, Green y Meagher (1979)
Perfil de Salud de Nottingham (<i>Nottingham Health Profile, NHP</i>)	Hunt (1980). Adaptación española: Alonso, Anto y Moreno (1990) y Prieto, Alonso, Viladrich y Anto (1996).
Cuestionario de Conductas de Enfermedad (<i>Illness Behavior Questionnaire, IBQ</i>)	Pilowsky, Spence, Cobb y Katsikitis (1984)
Encuesta de Salud SF-36 (<i>Health Survey, SF-36</i>)	Ware y Sherbourne (1992)
Perfil de Estilos de Vida Promotores de Salud-Versión española (<i>Health Promoting LifeStyle Profile, HPLP-Spanish language version</i>)	Walker, Kerr, Pender y Sechrist (1990; versión original, 1987).
Cuestionario de Detección-Promoción de Salud (<i>Health Promotion-Detection Questionnaire, HPDQ</i>)	Zuuren y Dooper (1999)

La Escala SF-36.

Una escala utilizada para evaluar la calidad de vida relacionada a la salud es el Cuestionario de Salud SF-36. La escala utilizada en la investigación es la versión española del SF-36 desarrollado durante el *Medical Outcomes Study (MOS)* para medir conceptos genéricos de salud relevantes a través de la edad, enfermedad y grupos de tratamiento.

El SF-36 proporciona un método exhaustivo, eficiente y psicométricamente sólido para medir la salud desde el punto de vista del individuo puntuando respuestas estandarizadas a preguntas estandarizadas. Este instrumento está diseñado para ser auto-administrado, administrado por teléfono o administrado durante una entrevista cara a cara con encuestado de 14 o más años de edad.

El SF-36 fue construido para representar ocho de los conceptos de salud más importantes incluidos en el *MOS* y otras encuestas de salud ampliamente utilizadas. Da como resultado un perfil de escalas multi-item conteniendo de dos a diez ítems cada una, y una medida compuesta de un solo ítem de transición de salud declarada que no se utiliza para puntuar ninguna de las ocho escalas multi-item.

Originalmente fue desarrollado para su uso en los Estados Unidos, luego fue traducido y adaptado para ser utilizado internacionalmente a través del proyecto *Internacional Quality of Life Assessment (IQOLA) (Educación internacional de la calidad de vida)*.

La traducción al español del cuestionario siguió un protocolo común a todos los países que participan en el proyecto IQOLA. Se basó en el método de traducción y retroalimentación por profesionales y la realización de estudios pilotos con individuos.

Diversos estudios evalúan de manera exhaustiva la fiabilidad, la validez y la sensibilidad a los cambios clínicos en el cuestionario. El sistema estandarizado da por resultado un perfil de ocho escalas de puntuación que hicieron posible las comparaciones significativas de los resultados a través de los estudios.

Las ocho escalas son las siguientes:

1. Función Física (FF). Grado en que la salud limita las actividades físicas tales como el autocuidado, caminar, subir escaleras, inclinarse, coger o llevar pesos, y lo esfuerzos moderados e intensos.
2. Rol Físico (RF). Grado en que la salud física interfiere en el trabajo y en otras actividades diarias, lo que incluye el rendimiento menor que el deseado, la limitación en el tipo de actividades realizadas o la dificultad en la realización de las actividades.
3. Dolor Corporal (DC). La intensidad del dolor y su efecto en el trabajo habitual, tanto fuera de casa como en el hogar.
4. Salud General (SG). Valoración personal de la salud que incluye la salud actual, las perspectivas de salud en el futuro y la resistencia a enfermarse.
5. Vitalidad (VI). Sentimiento de energía y vitalidad, frente al sentimiento de cansancio y agotamiento.

6. Función Social (FS). Grado en el que los problemas de salud física o emocional interfieren en la vida social habitual.
7. Rol Emocional (RE). Grado en el que los problemas emocionales interfieren en el trabajo u otras actividades diarias, lo que incluye la reducción en el tiempo dedicado a esas actividades, en rendimiento menor que el deseado y una disminución del cuidado al trabajar.
8. Salud Mental (SM). Salud mental general, que incluye la depresión, la ansiedad, el control de la conducta y el control emocional y el efecto positivo en general.

Y el ítem correspondiente de evolución declarada de la salud (EDS), que es la valoración de la salud actual comparada con la de un año atrás.

Escalas generales para evaluar la calidad de vida

En esta sección de la revisión del amplio y vasto complejo de instrumentos, inventarios y escalas, se presentan las escalas destinadas a la evaluación de la calidad de vida. Estas escalas, en general, evalúan el impacto que determinadas intervenciones (sociales, económicas o de salud) tienen sobre las múltiples dimensiones de la salud como: movilidad física, funcionamiento social, bienestar emocional, salud mental y bienestar general.

Los instrumentos para medir la calidad de vida difieren poco de las escalas que evalúan la salud general, pero están más focalizadas en valorar la eficacia de los servicios de salud y el nivel de bienestar y satisfacción obtenido con el tratamiento.

También se utilizan para hacer estudios comunitarios descriptivos del nivel de salud y de la calidad de vida de la población general.

La mayoría de los cuestionarios de calidad de vida adoptan una perspectiva multidimensional y permiten obtener índices globales y específicos. Algunos incluyen medidas de bienestar objetivo pero la mayoría están centrados fundamentalmente en la valoración subjetiva o calidad de vida percibida. Cabe destacar los siguientes:

Tabla 9. Cuestionarios de validad de vida.

NOMBRE	AUTOR Y AÑO (fuentes citadas en Llucht, 1999)
Cuestionario de Calidad de Vida (CCV)	Ruiz y Baca (1993)
Instrumento de Evaluación de la Calidad de Vida Individual (<i>Schedule for the Evaluation of Individual Quality of Life</i> , SEIQOL)	O'Boyle (1994)
Instrumento de Valoración de la Calidad de Vida-OMS-Versión holandesa (<i>World Health Organization Quality Of Life Assessment Instrument</i> , WHOQOL-100- Dutch version)	De Vries y Van Heck (1997)
Inventario de Calidad de Vida-Revisado (ICV-2R)	Garcia-Riaño (1998)

Escalas para evaluar la calidad de vida en problemas de salud crónicos

La calidad de vida es un indicador importante de la salud y, por tanto, este concepto adquiere una relevancia fundamental en los problemas crónicos. Esto ha generado la creación de un gran número de escalas dirigidas a evaluar la calidad de vida de personas con este tipo de problemas. Algunas son exclusivas para una patología concreta mientras que otras son aplicables a varios trastornos.

A continuación, se presenta una lista de las escalas más utilizadas.

- Escalas que evalúan calidad de vida en personas con artritis.
- Escalas que evalúan calidad de vida en personas con cáncer.
- Escalas que evalúan calidad de vida con problemas respiratorios crónicos.
- Escalas que evalúan calidad de vida en personas con trastornos mentales.
- Escalas que evalúan calidad de vida en personas con dolor crónico.

Escalas para evaluar el bienestar psicológico

Se incluye en este apartado las escalas que evalúan el bienestar, tanto desde la perspectiva positiva de la salud como desde la perspectiva negativa de síntomas de malestar psicológico.

Tabla 10. Evaluación del bienestar psicológico.

NOMBRE	AUTOR Y AÑO (fuentes citadas en Llucht, 1999)
Valoración de 22 Síntomas Psiquiátricos (<i>Twenty-Two Screening Score of Psychiatric Symptoms</i> , SSPS-22)	Langer (1962)

Escala de Calidad del Bienestar (<i>Quality of Well-Being Scale, QWBS</i>)	Kaplan, Bush y Berry (1976)
Escala de Bienestar General (<i>General Well-Being Schedule, GWBS</i>)	Dupuy (1878).
Inventario de Salud Mental (<i>Mental Health Inventory, MHI</i>)	Ware (1979)
Escalas de Bienestar Psicológico (<i>Well-Being Scales</i>)	Warr (1987, 1990). Validación española: Lloret y Tomás (1994).
Escala de Bienestar de la Organización Mundial de la Salud (<i>World Health Organization Well-Being Scale, WHOWBQ</i>)	Bradley (1994)
Inventario de Bienestar Subjetivo (<i>Subjective Well-Being Inventory, SWBI</i>)	Shell (1994)

Escalas para evaluar el estado de ánimo

La mayoría de estas escalas miden estados emocionales subjetivos, evaluados a través de indicadores de satisfacción y felicidad.

Otros instrumentos están estructurados en torno a dos dimensiones (sentimientos positivos y sentimientos negativos) que algunas escalas evalúan por separado y otras de forma conjunta proporcionando un índice afectivo único.

También existe un grupo de escalas que miden el control emocional y proporcionan información sobre la experiencia de los diversos estados de ánimo, el manejo del propio comportamiento y las consecuencias del mismo.

Tabla 11. Evaluación del estado de ánimo.

NOMBRE	AUTOR Y AÑO (fuentes citadas en Llucht, 1999)
Escala de Equilibrio Afectivo (<i>Affect Balance Scale, ABS</i>)	Bradburn (1965; revisada en 1969)
Cuatro Items Unicos Indicadores de Bienestar (<i>Four Single Item Indicators of Well-Being, FSIIWB</i>)	Andrews (1976)
Cuestionario de Autocontrol (<i>Self Control Schedule, SCS</i>)	Rosenbaum (1980)
Escala de Control Emocional (<i>Courttauld Emocional Scale, CECS</i>)	Watson y Greer (1983)
Escala Multidimensional de Sentido del Humor (<i>Multidimensional Sense of Humor Scale</i>)	Thorson y Powell (1993)
Escala de Satisfacción con la Vida (<i>Satisfaction With Life Scale, SWLS</i>)	Diener, Emmons, Larsen y Griffin (1985); Diener (1994)
Escala de Afecto Positivo y Negativo (<i>Positive and Negative Affect Schedule, PANAS</i>)	Watson, Clark y Tellegen (1988)
Escala de Orientación en la Vida (<i>Life Orientation Scale, LOT</i>)	Carver y Scheier (1990); Scheier, Carver y Bridges (1994).

Escalas para evaluar la interacción y el ajuste social

Se citan algunos cuestionarios que son aplicables tanto a situaciones de salud como de enfermedad, pero que tienen una relación (más o menos directa) con la perspectiva social de la salud.

Escalas que evalúan el apoyo social

Estas escalas evalúan el apoyo social a partir de la cantidad de relaciones sociales disponibles y de la calidad o grado de satisfacción con las mismas (apoyo social percibido).

Tabla 12. Evaluación del apoyo social.

NOMBRE	AUTOR Y AÑO (fuentes citadas en Llucht, 1999)
Inventario de Conductas de Apoyo Social (<i>Inventory of Socially Supportive Behaviors</i>)	Barrera (1980)
Encuesta para la Interacción Social (<i>Interview Schedule for Social Interaction</i>)	Henderson (1980)
Escala de Relación Social (<i>Social Relationship Scale</i>)	McFarlane (1981)
Escala de la Red Social (<i>Social Network Scale</i>)	Stokes (1983)
Cuestionario de Apoyo Social (<i>Social Support Questionnaire</i>)	Sarason (1983)
Escala Multidimensional de Apoyo Social Percibido (<i>Multidimensional Scale of Perceived Social Support, MSPSS</i>).	Zimet, Dahlem, Zimet y Farley (1988)

Escalas que evalúan la adaptación/desadaptación social

Estos instrumentos miden el funcionamiento de la persona en el desempeño de los diversos roles y consideran la adaptación/desadaptación como un indicador del grado de ajuste social. Las escalas que plantean la evaluación en términos negativos (desajuste o disfunción) se utilizan generalmente en poblaciones clínicas, especialmente psicóticos crónicos.

Tabla 13. Evaluación de la adaptación y desadaptación social.

NOMBRE	AUTOR Y AÑO (fuentes citadas en Llucht, 1999)
Escala de Competencia Social de Zigler- Phillips (<i>Zigler-Phillips Social Competence Scale, ZPSCS</i>)	Zigler y Phillips (1961)
Escala de Ajuste de Katz (<i>Katz Adjustment Scale, KAS</i>)	Katz y Lyerly (1963)
Escala de Disfunción Social (<i>Social Dysfunction Rating Scale</i>)	Linn (1969)
Escala de Ajuste Social (<i>Social Adjustment Scale</i>)	Weissman (1971). Adaptación a población esquizofrénica: Weissman, Sholomskas y John (1981)
Entrevista Escalada y Estructurada para Valorar la Desadaptación (<i>Structured and Scaled Interview to Assess Maladjustment</i>)	Gurland (1972)
Escala de Desajuste Social (<i>Social Maladjustment Schedule</i>)	Clare (1978)
Escala de Funcionamiento Social (<i>Social Functioning Schedule</i>)	Remington y Tyrer (1979)
Escala de Ajuste Premorbido (<i>Premorbid Adjustment Scale, PAS</i>)	Cannon-Spoor, Potkins y Wyatt (1982)

Escalas que evalúan las habilidades sociales

Estos cuestionarios evalúan la capacidad de la persona para interactuar y mantener una comunicación social satisfactoria.

Tabla 14. Evaluación de las habilidades sociales.

NOMBRE	AUTOR Y AÑO (fuentes citadas en Llucht, 1999)
Inventario de Asertividad de Rathus (<i>Rathus Assertiveness Schedule, RAS</i>)	Rathus (1973)
Inventario de Aserción (<i>Assertion Inventory, AI</i>)	Gambrill y Richey (1975)
Escala de Autoexpresión para Adultos (<i>Adult Self Expression Scale, ASES</i>)	Gay, Hollandsworth y Galassi (1975)
Índice de Reactividad Interpersonal (<i>Interpersonal Reactivity Index, IRI</i>)	Davis (1980; 1983)
Escala Multidimensional de Expresión Social (EMES)	Caballo (1997)
Cuestionario de Confianza Interpersonal (<i>Interpersonal Trust Questionnaire, ITQ</i>)	Forbes y Roger (1999)

Escalas que evalúan resolución de problemas y estrategias de afrontamiento

Estas escalas evalúan las habilidades y las estrategias cognitivas que la persona utiliza para afrontar las situaciones problemáticas.

Tabla 15. Evaluación de resolución de problemas y afrontamiento.

NOMBRE	AUTOR Y AÑO (fuentes citadas en Llucht, 1999)
Procedimiento de solución de problemas medios-fines (<i>Means-End Problem-Solving Procedure, MEPS</i>)	Platt y Spivack (1975)
Listado de estrategias de afrontamiento	Folkman y Lazarus (1980)
Cuestionario de Respuestas de Afrontamiento	Billing y Moos (1982)
Inventario de Solución de Problemas Personales (<i>Personal Problem-Solving Inventory, PPSI</i>)	Heppner y Petersen (1982)
Escala de Estrategias de Afrontamiento	Beckman y Adams (1984)
Inventario de afrontamiento multidimensional	Endler y Parker 1990)
Inventario de Resolución de Problemas Sociales (<i>Social Problem-Solving Inventory, SPSI</i>)	D’Zurilla (1993; original, 1986).

Escalas que evalúan el estrés psicosocial

Estas escalas miden el impacto de los acontecimientos cotidianos y de los sucesos vitales en la salud y en el equilibrio psicológico de la persona. Tienen un campo de aplicación muy amplio y aportan información sobre la capacidad de resistencia/vulnerabilidad de la persona para afrontar las circunstancias “complejas” de la vida.

Tabla 16. Evaluación del estrés psicosocial.

NOMBRE	AUTOR Y AÑO (fuentes citadas en Llucht, 1999)
Inventario de Experiencias Recientes (<i>Schedule of Recent Experience, SER</i>)	Holmes y Rahe (1967). Adaptación española: González de Rivera y Morera (1983)
Escala de Sucesos Vitales (<i>Psychiatric Epidemiology Research Interview, PERI; Life Events Scale, PERI-LES</i>)	Dohrenwend, Krasnoff, Askenasy y Dohrenwend (1978)
Escala de Experiencias Vitales (<i>Life Experiences Survey, LES</i>)	Sarason, Johnson y Siegel (1978)
Cuestionario de Cambio Vital Reciente (<i>Recent Life Change Questionnaire, RLCQ</i>)	Rahe y Arthur (1978)
Escalas de Contrariedades y Satisfacciones (<i>Hassles and Uplifts Scales, HSS</i>)	Kanner, Coyne, Schaefer y Lazarus (1981)
Escala de Evaluación del Estrés Reciente (<i>Global Assessment of Recent Stress Scale, GARSS</i>)	Linn (1985)
Inventario sobre Estrés Diario (<i>Daily Stress Inventory, DSI</i>)	Brantley, Cocke, Jones y Goreczny (1988)
Cuestionario de Reactividad al Estrés (CRE-34)	Morera, Fernández, Morales y Valenciano (1991)
Escala de Experiencias Vitales Recientes (<i>Survey of Recent Life Experiences, SRLE</i>)	Khon y Macdonald (1992)
Perfil de estrés (<i>The Stress Profile, SP</i>)	Wheatley (1990)
Apresiasi de los Eventos de Vida (<i>Appraisal of Life Events, ALE</i>)	Ferguson, Matthews y Cox (1999)

Escalas para evaluar las actitudes hacia sí mismo y el crecimiento personal

Aquí se presenta una miscelánea de escalas que miden aspectos relacionados con el autoconcepto, la autoeficacia, la autoestima y la autorrealización.

Tabla 17. Evaluación del crecimiento personal y actitudes hacia sí mismo.

NOMBRE	AUTOR Y AÑO (fuentes citadas en Llucht, 1999)
Inventario de Orientación Personal (<i>Personal Orientation Inventory, POI</i>)	Shostrom (1964)
Escala de Autoestima (<i>Self-Esteem Scale</i>)	Rosenberg (1965, 1979)
Escala de Autoestima para Adultos (<i>Adult Self-Esteem Scale, ASES</i>)	Coopersmith (1972). Versión abreviada: Bagley (1989)
Escala de Autoconcepto de Tennessee (<i>Tennessee Self Concept Scale, TSCS</i>)	Fitts (1965). Adaptación española: Garanto (1984).
Índice Breve de Auto-Actualización (<i>Short Index of Self-Actualization, SISA</i>)	Jones y Crandall (1986)
Escala de Autoeficacia (<i>Self-Efficacy Scale, SES</i>)	Sherer, Maddux, Mercandante, Prentice-Dunn, Jacobs y Rogers (1982)
Escala de Autoeficacia General (<i>General Self-Efficacy Scale, GSES</i>)	Schwarzer (1993). Adaptación española: Baessler y Schwarzer (1996)

Antes de pasar a desarrollar los conceptos y paradigmas acerca del afrontamiento, que es la otra temática a desarrollar en la investigación, se revisará el concepto de estrés, muy relacionado al del afrontamiento por su filosofía, etiología y consideraciones clínicas en su evolución.

El estrés.

Historia del concepto estrés.

Como muchas palabras, el término *stress* es anterior a su uso sistemático o científico. Fue utilizado ya en el siglo XIV para expresar dureza, tensión, adversidad o aflicción. A finales del siglo XVIII Hocke (citado en Lázarus y Folkman, 1986) utilizó la palabra en el contexto de la física, aunque este uso no se sistematizó hasta principios del siglo XX.

Se definió la palabra *load* como una fuerza externa; *stress* hace referencia de la acción de una fuerza externa (*load*), que tiende a distorsionarlo; y *strain* era la deformación o distorsión sufrida por el objeto. Los conceptos de *stress* y *strain* persistieron formando como antecedentes de la pérdida de la salud inclusive en la medicina del siglo XIX.

Esta versión de estrés es un concepto actual del patrón A de conducta que tiene como especial vulnerabilidad el hecho de padecer enfermedades cardiovasculares. Años después Walter Cannon (citado en Lázarus y Folkman, 1986) consideró el estrés como una perturbación de la homeostasis ante situaciones de frío, falta de oxígeno, descenso de la glucemia, etc. aunque utilizó este término por casualidad, habló de que sus sujetos se hallaban “bajo estrés” y dio a entender que el grado de estrés podía medirse.

En 1936, Hans Selye utilizó el término estrés en un sentido técnico muy especial definiendo con él un conjunto coordinado de reacciones fisiológicas ante cualquier forma de estímulo nocivo (incluidas las amenazas psicológicas); una reacción que él llamó Síndrome General de Adaptación.

El estrés no es una demanda ambiental (a la cual Selye llamó estímulo estresor), sino un grupo universal de reacciones orgánicas y de procesos originados como respuesta a tal demanda.

A principios de los años cincuenta Selye publicó un *Annual Report of Stress* sobre todas sus investigaciones. En 1956, este trabajo fue incluido en un importante libro titulado *The Stress of Life*. Aunque la gran cantidad de trabajos sobre secreciones hormonales ante el estrés que se derivaron del trabajo de Selye, y las implicaciones obvias en los niveles sociológicos y psicológicos de análisis, en realidad no clarificaron los procesos posteriores. No obstante, el trabajo de Selye ha jugado un papel importante en la reciente expansión del interés por el estrés.

Paralelamente a Selye, Harold Wolff, escribió sobre el estrés y la enfermedad concibiéndolo como una reacción del organismo acosado por las demandas del entorno y los agentes nocivos.

Wolff consideró al estrés como un “estado dinámico” que supone la adaptación a las demandas y por Selye al modelo de respuesta fisiológica coordinada; ambos términos son importantes por las siguientes razones:

Primera razón: el término estrés tal como se utiliza en física, hace referencia a un cuerpo inactivo o pasivo que es deformado (strained) por fuerzas ambientales. Al usarlo al

campo de la biología, el estrés indica un proceso activo de “resistencia” (concepto derivado del fisiólogo francés Claude Bernard y citado en Lázarus y Folkman, 1986) y basado en sus descubrimientos sobre las funciones de almacenamiento de glucosa del hígado y que indica que el cuerpo vivo se ocupa de realizar esfuerzos adaptativos iniciales para el mantenimiento o devolución del equilibrio.

Segunda razón: el estrés como un proceso biológico de defensa ofrece una interesante analogía con un proceso psicológico llamado “afrontamiento”, en el que el individuo se esfuerza por hacer frente al estrés psicológico.

Tercera razón: el concepto de *estado dinámico* señala hacia importantes aspectos de los procesos de estrés que pueden de otro modo perderse, tales como los recursos necesarios para el afrontamiento, su costo, incluyendo enfermedad y agotamiento y sus beneficios, aumento de la competencia y el gozo por el triunfo frente a la adversidad.

Finalmente, cuando se mira el estrés como un estado dinámico, se dirige la atención hacia la actual relación entre el organismo y el entorno, la interacción y el *feedback* (término inglés traducido significa retroalimentación).

El estrés en el campo de la sociología.

El concepto de estrés fue descrito por los sociólogos Marx, Weber y Durkheim en términos de “*alienación*”. Durkheim describe como una condición de anomia que aparece cuando el individuo experimenta la falta o la pérdida de normas adecuadas que guíen sus esfuerzos por alcanzar las metas socialmente predeterminadas. Era lo mismo que hablar de impotencia, falta de sentido, falta de normas, aislamiento y alejamiento de uno mismo.

Los sociólogos contemporáneos prefirieron el término *strain* en lugar de *stress*, utilizándolo para describir formas de distorsión o de desorganización. Consideran que los tumultos, pánicos y otros trastornos sociales, como incidencia elevada de suicidio, crimen y enfermedad mental, son consecuencia del estrés (*strain*) a nivel social refiriéndose más a fenómenos de grupo que a fenómenos a nivel psicológico individual.

Los primeros estudios sistemáticos del estrés en la psicología.

En la vertiente psicológica y estrictamente individual, el estrés fue sobreentendido durante mucho tiempo como una estructura organizadora para pensar sobre psicopatología, sobre todo en las teorizaciones de Freud y de autores posteriores orientados en las teorías psicodinámicas. No obstante, se utilizó el término *ansiedad* en lugar de estrés.

La palabra estrés apareció en el índice de *Psychological Abstracts* recién el año 1944. Freud dio a la ansiedad un papel central en psicopatología el bloqueo o retraso en la descarga instintiva o en la gratificación se traduce en una sintomatología determinada. En posteriores formulaciones freudianas, la ansiedad secundaria o conflictos sirven como señal de peligro para poner en marcha los mecanismos de defensa, entendidas como formas insatisfactorias de afrontamiento que producían modelos de sintomatología cuyas características dependían del tipo de defensa.

Otra formulación dominante en la psicología americana fue la teoría del aprendizaje por reforzamiento de Hull (1943) y Spence (1956). La ansiedad fue considerada como una clásica respuesta condicionada, que llevaba a la aparición de hábitos inútiles (patológicos) de reducción de la ansiedad.

En la mayor parte de la primera mitad del siglo XX, este concepto de ansiedad tuvo una gran influencia en las investigaciones y en el pensamiento en el campo de la psicología.

Las investigaciones empíricas sobre ansiedad, recibieron un impulso a principios de los años cincuenta con la publicación de una escala para la medición de la ansiedad como rasgo (citado en Lázarus y Folkman, 1986). Esta escala generó una enorme cantidad de investigaciones sobre el papel de la ansiedad en el aprendizaje, la memorización, la percepción y el rendimiento; partiendo la mayoría del punto de vista de la ansiedad como *drive* o como fuente de interferencia en la actividad cognitiva.

La evolución del concepto de estrés después de las grandes guerras.

La segunda guerra mundial tuvo un efecto movilizador en las teorías e investigaciones sobre el estrés. Una de las primeras aplicaciones psicológicas del término estrés se

encuentran en un libro sobre guerra escrito por Grinker y Spiegel (citado en Lázarus y Folkman, 1986) titulado *Men Under Stress*. A los militares les interesaba conocer el efecto del estrés sobre el rendimiento en el combate, éste podía aumentar la vulnerabilidad de los soldados a las lesiones o a la muerte y debilitar el potencial de acción efectivo de combate de un grupo.

Observaron que los soldados quedaban inmobilizados o paralizados en momentos críticos en los que eran sometidos al fuego del enemigo o enviados a misiones de bombardeo, de manera que los sujetos sometidos a esas condiciones se veían enfrentados muchas veces a depresiones de tipo neurótico o psicótico.

En la guerra de Corea se hicieron estudios dirigidos a averiguar el efecto del estrés sobre la secreción de hormonas adrenocorticales y sobre el rendimiento del individuo, estos estudios ayudaron a desarrollar los principios necesarios para seleccionar al personal menos vulnerable en combate y otros para realizar las intervenciones necesarias para conseguir un mayor rendimiento bajo condiciones de estrés.

La guerra del Vietnam contribuyó a la investigación sobre el estrés en el combate y sus consecuencias psicológicas y fisiológicas.

La difusión y popularización del concepto de estrés fue merced a la obra publicada por Janis en 1958 sobre un estudio intensivo de un paciente bajo tratamiento psicoanalítico, sometido a la amenaza de una intervención quirúrgica.

A partir de la década de los sesenta 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

Acontecimientos modernos en el estudio del estrés. Los siguientes hechos estimularon el interés por el estrés y su afrontamiento:

- La preocupación por las diferencias individuales.
- El resurgimiento del interés en materia psicosomática.

- El desarrollo de una terapia cognitiva-conductual dirigida al tratamiento y la 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.
- Una preocupación cada vez mayor por el papel del entorno en los problemas del hombre.

El concepto del estrés.

En 1966 Lázarus sugirió que el estrés fuera tratado como un concepto organizador utilizado para entender un amplio grupo de fenómenos de gran importancia en la adaptación humana y animal. En esta definición, no se considera el estrés como una variable sino como una rúbrica de distintas variables y procesos.

En este sentido, existe la tendencia a extender el concepto de estrés a todas aquellas actividades consideradas normalmente bajo la perspectiva de adaptación, sin embargo; mucha gente para adaptarse pasa por procesos cognitivos, acciones específicas y estilos de vida de forma rutinaria y automática, no significando para ellos, necesariamente estrés. Si se define el estrés como un concepto genérico, se debe delimitar la esfera de su significado, de otro modo, representaría todo aquello que se pueda incluir en el concepto de adaptación.

Antes de considerar la esfera completa del significado del estrés, se debe reflexionar sobre tres orientaciones definitorias previas:

- la definición de estímulos.
- La definición de respuestas.
- La definición de relaciones.

Los estímulos.

Los estímulos generadores de estrés se consideran generalmente como acontecimientos con los que tropieza el individuo. Las definiciones de estímulo incluyen también determinadas condiciones originadas en el interior del individuo, como por ejemplo el hambre, la actividad o la apetencia sexual, las cuales se basan en estados hormonales y

estímulos originados a partir de características neurológicas determinadas (Lázarus y Folkman, 1986).

Lazarus y Cohen (1977) hablan de tres tipos de acontecimientos:

Cambios mayores (a menudo se refieren a cataclismos y afectan a un gran número de personas); por ejemplo cataclismos, desastres naturales, guerras, encarcelamiento, desarraigo y readaptación consiguiente, terremotos, etc. Son hechos que pueden ser prolongados (encarcelamiento) o que pueden ocurrir de forma sumamente rápida (temblores de tierra, huracanes), aunque el efecto físico y psicológico producido por el más breve desastre puede extenderse en el tiempo de forma prolongada.

Cambios mayores que afectan sólo a una persona o pocas, los cataclismos y demás desastres pueden afectar también a una sola persona o a un número relativamente bajo de ellas, pero el número de afectados no altera de forma significativa la capacidad perturbadora de tales acontecimientos.

Los acontecimientos estresantes pueden hallarse fuera del control del individuo, como es el caso de la muerte de un ser querido, una amenaza a la propia vida, una enfermedad incapacitante, perder el puesto de trabajo; también puede ocurrir que los acontecimientos estén fuertemente influidos por el individuo, como es el caso de los divorcios o someterse a un examen importante. Todas estas son experiencias negativas que resultan nocivas o amenazadoras.

Finalmente, y en tercer lugar, **los ajetreos diarios**. La vida de todos los individuos está llena de experiencias estresantes mucho menos dramáticas que surgen como consecuencia de los respectivos lugares que se ocupa en la vida.

Los ajetreos diarios son pequeñas cosas que pueden irritar y perturbar a los individuos en un momento dado, por ejemplo, que el perro se orine en la alfombra de la sala de estar, convivir con un fumador desconsiderado, tener que soportar excesivas responsabilidades, sentirse solo, reñir con la esposa/o, etc.

Aunque estas molestias que se sufren a diario son menos dramáticas que los cambios mayores, como el divorcio o el fallecimiento de un familiar, pueden incluso ser más importantes que aquéllos en el proceso de adaptación y de conservación de la salud.

También es posible identificar ciertas características formales de determinadas situaciones que podrían afectar la capacidad estresante ya sea cuantitativa o cualitativamente, por ejemplo, se puede señalar la diferencia de demandas crónicas y agudas que generan un aumento de la secreción gástrica llevando consigo un estrés crónico (Lázarus y Folkman, 1986).

El Psychosocial Assets and Modifiers of Stress in the Institute of Medicine, publicado en Stress and Human Health (Elliot y Eisdorfer, 1982) proponen cuatro tipos de estresantes:

Estresantes agudos, limitados en el tiempo: hacer un salto en paracaídas, esperar una intervención quirúrgica o tener un encuentro con una serpiente cascabel.

Secuencias estresantes o series de acontecimientos que ocurren durante un período prolongado de tiempo como resultado de un acontecimiento inicial desencadenante: pérdida de trabajo, divorcio o fallecimiento de un familiar.

Estresantes crónicos intermitentes: visitas conflictivas a parientes políticos o problemas sexuales; éstos ocurren una vez al día, una vez a la semana o una vez al mes.

Estresantes crónicos: incapacidades permanentes, riñas entre los padres o estrés de origen laboral crónico, los cuales se pueden iniciar o no por un acontecimiento discreto que persiste durante mucho tiempo.

Existen diferencias individuales a la vulnerabilidad a los estímulos estresantes. Los acontecimientos externos se consideran normativamente estresantes en base a la respuesta emitida con mayor frecuencia, la cual se halla siempre lejos de ser la universal, la creación de una taxonomía de situaciones depende del análisis de unos patrones de respuesta al estrés.

Después deben considerarse las características del individuo (conforme se menciona en el apartado de los Acontecimientos modernos en el estudio del estrés) las cuales confieren fuerza y significado a las situaciones que actúan como estímulo, con lo que la definición de estrés ya no queda ligada al estímulo sino que se hace relativa.

La biología y la medicina definen con más frecuencia el estrés en términos de respuesta, se habla de situación de estrés, de organismo que reacciona ante el estrés, de que se halla bajo estrés, de que está trastornado, angustiado, etc. Por lo tanto, si se trata de definir el estrés por medio de la respuesta que origina, entonces no se dispone de un modo sistemático de identificar prospectivamente aquellos eventos que resultan estresantes; necesariamente se tiene que esperar la respuesta.

Todos los planteamientos sobre estímulo-respuesta son circulares e incurren en las mismas cuestiones cruciales de: ¿qué hay en el estímulo que produce una respuesta particular ante el estrés y qué hay en la respuesta que indique un estrés particular? Esta es la relación observada estímulo-respuesta no estímulo o respuesta que define el estrés.

Un estímulo es estresante cuando produce una conducta o respuesta fisiológica estresada y una respuesta se considera estresada cuando está producida por una demanda, un daño, una amenaza o una carga.

Las respuestas.

La respuesta al estrés es todo lo que significa una perturbación de la homeostasis, pero dado que todos los aspectos de la vida parecen o bien producir o bien reducir tal homeostasis, se hace difícil distinguir el estrés de cualquier otra cosa, excepto cuando el grado de trastorno originado sea muy superior al habitual.

Más aún, se hace difícil definir un estado de equilibrio o estado basal a partir del cual evaluar el grado de trastorno producido. Por ello, es necesaria la existencia de reglas que permitan determinar cuando una condición trastornará la homeostasis, creará una respuesta ante el estrés o bien restaurará el equilibrio homeostático.

Según Selye, la característica que convierte un estímulo en estresante es su capacidad de ser nocivo a los tejidos (citado en Lázarus y Folkman, 1986). Es inútil definir cuando un

estímulo es nocivo para diferenciar un estímulo estresante de otro que no lo es sin reglas que lo definan.

A nivel psicológico donde las características del individuo que determinan la vulnerabilidad son tan difíciles de evaluar todavía es más complejo que el nivel tisular u orgánico.

Cuando se habla del estrés como una “estimulación inusual que, representando una amenaza, causa algún cambio significativo en la conducta...” (Lázarus y Folkman, 1986), deben haber principios psicológicos sobre los que dirijan cómo esta estimulación inusual y amenazadora produzca la reacción observada ante el estrés. Ello conlleva a entender lo esencial que es la psicodinámica de la emoción en el hombre.

Las relaciones.

Aquí se tiene que mencionar la importancia del desarrollo del pensamiento científico interdisciplinario y con él, el aumento gradual del énfasis otorgado a las relaciones entre sistemas y a la importancia del contexto en el que un fenómeno determinado tiene lugar.

Los cambios más rotundos son los que en Medicina hacen al concepto de enfermedad, la investigación epidemiológica en el siglo XIX referida a las causas ambientales de la enfermedad son importantes, fundamentalmente las investigaciones desarrolladas por John Snow en Londres, a raíz de una epidemia de cólera en el año 1855.

Esta investigación de la llamada “bomba de agua” concluye en el control e incluso la erradicación de la enfermedad eliminando la bomba que controlaba la salida de agua contaminada de las aguas del río Támesis que suministraba de este líquido elemental a los habitantes de Londres.

El concepto de causa externa de enfermedad, ha dado lugar en los últimos años, la aparición de un nuevo concepto según el cual para que la enfermedad tenga lugar, un elemento patógeno debe unirse con un organismo susceptible. Las características o el estado del sistema que es atacado son tan importantes como el agente externo.

Una persona no se pone enferma como resultado único de la existencia de agentes nocivos en el medio ambiente (por ejemplo, los virus y las bacterias siempre están presentes), sino como resultado de ser sensible a la acción de estos agentes. Es la relación organismo-ambiente la que determina la condición de enfermar.

Por ello los principales problemas de salud actuales como las enfermedades cardiovasculares, cáncer y enfermedades mentales ahora tienen múltiples etiologías.

Los epidemiólogos, los profesionales relacionados con la medicina psicosomática y la psicología de la salud están de acuerdo con este principio de relación y se acepta de modo general con respecto a la definición del estrés que para su aparición y sus consecuencias, es necesaria la existencia de diversos factores en el individuo y en el entorno, así como una determinada combinación entre ellos.

Es cierto que las condiciones ambientales extremas representan estrés para casi todo el mundo, exactamente igual que ciertas condiciones no son tan nocivas para la mayoría de los tejidos o para la psique que con toda probabilidad causan agotamiento o daño tisular. Sin embargo, los trastornos que casi de forma universal sufren las personas expuestas a tales condiciones extremas (combate, desastres naturales, encarcelamiento, tortura, inminencia de la muerte, enfermedad grave o pérdida de seres queridos) no llevan a la creencia simplista de que el estrés es algo producido por causas ambientales.

Estas condiciones extremas no son habituales y su utilización como modelo de estímulos estresantes produce una teoría y aplicaciones erróneas. De esta forma, se encuentran las principales dificultades cuando se revisa las grandes variaciones de la respuesta humana a los llamados estresantes universales.

Al pasar de estas condiciones de vida más extremas a otras medias o ambiguas, es decir, a los estresantes vitales más ordinarios, la variabilidad de la respuesta se hace aún mayor: lo que es estresante para uno en un momento dado, no lo es para otro. No se puede pretender definir el estrés de forma objetiva, haciendo únicamente referencia a las condiciones ambientales, sin tener en cuenta las características del individuo.

Para definir el estrés se tiene que adoptar una perspectiva relacional y donde es particularmente urgente identificar la naturaleza de la relación para poder así entender el complejo modelo de reacción y sus consecuencias adaptativas.

Ahora se puede señalar la esfera del significado a la que pertenece el estrés: *“El estrés psicológico es una relación 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, 1986. pag. 43).

Afrontamiento.

El concepto de afrontamiento ha tenido importancia en el campo de la psicología durante más de 40 años.

Planteamientos tradicionales.

Se encuentra el concepto de afrontamiento en dos clases de literatura teórica/empírica distintas: la una se deriva de la experimentación tradicional con animales y la otra, de la teoría psicoanalítica del yo.

La investigación basada en el modelo conductual con animales se halla influida por las teorías de Darwin según las cuales la supervivencia del animal depende de su habilidad para descubrir lo que es predecible o controlable en el entorno y así poder evitar, escapar o vencer a los agentes nocivos. El animal depende de su sistema nervioso para realizar la oportuna discriminación para su supervivencia.

El modelo psicoanalítico del yo diferencia entre varios procesos utilizados por el individuo para manipular la relación individuo-entorno. En este modelo, existe una jerarquía en la que el afrontamiento hace referencia a los procesos más organizados o maduros del yo con el uso de *“defensas”* (Freud, 1970), que se refieren a las formas neuróticas de adaptación, también distribuidas jerárquicamente y procesos de *“fragmentación”* (Freud, 1970) o fracaso del yo que son homólogos a los niveles regresivos o psicóticos de conducta.

Rasgos y estilos de afrontamiento.

Los modelos psicoanalíticos de la psicología del yo que han dominado la teoría del afrontamiento también han dominado su medición. Sin embargo, los objetivos de medición a los que han sido aplicados estos modelos se han limitado por lo general a clasificar a los individuos para poder predecir la forma como afrontarían algunos o todos los acontecimientos estresantes con los que pudieran encontrarse.

Esta explicación del modelo psicoanalítico del yo da como resultado considerar el afrontamiento estructuralmente, como un estilo o un rasgo más que como un proceso dinámico del yo. Un individuo, en este modelo, puede clasificarse como conformista o consentido, obsesivo-compulsivo o como supresor, represor o sublimador (Freud, 1970).

Un estilo de afrontamiento difiere de un rasgo, principalmente en grado y, generalmente, representa formas amplias, generalizadas y abarcadoras de referirse a los tipos particulares de individuo tales como el poderoso o el que carece de poder, el amigable o el hostil, el controlador o el permisivo, o a tipos particulares de situaciones tales como ambiguas o claras, inminentes o alejadas, temporales o crónicas, evaluativos o no evaluativos.

Los rasgos, que hacen referencia a las propiedades de las que dispone el individuo para aplicar en determinadas clases de situaciones, tienen generalmente un espectro menos amplio.

Las descripciones de estilos de afrontamiento que se basan en el análisis de casos, descritos ampliamente en las teorías freudianas y neofreudianas tienden a ser retratos idiográficos más que ejemplos de estilos frecuentes de afrontamiento. Estos retratos tienen una utilidad muy limitada y por lo tanto no facilitan la comparación interpersonal de estilo ni el análisis de un grupo. Otro problema es que estas investigaciones tienen el inconveniente práctico de requerir grandes cantidades de tiempo y de dinero para proceder a la recogida y al análisis de datos.

El patrón A como estilo de afrontamiento.

El patrón A incide más en la conducta que en los procesos del yo. El patrón A es una constelación de tres conceptos entre sí:

- Un conjunto de creencias sobre uno mismo y sobre el mundo.
- Un conjunto de valores convergentes en un modelo de motivación o de compromiso.
- Un estilo conductual de vida.

Estos conceptos actúan en una amplia variedad de contextos sociales que deben ser considerados como aspectos psicológicos interdependientes de un mismo fenómeno.

Glass (citado en Lázarus y Folkman, 1986) caracteriza a los sujetos pertenecientes a este grupo como personas que tienen desarrollado un gran compromiso con el control de las situaciones, lo cual les hace particularmente vulnerables a la pérdida o carencia de tal control. Este patrón conduce a una mayor secreción de catecolaminas y posibilita la aparición de otros cambios psicofisiológicos importantes en el funcionamiento del corazón y los vasos, tales como el aumento de los lípidos en sangre o del tiempo de coagulación sanguínea.

Los individuos pertenecientes al patrón A han sido caracterizados como personas que basan sus recompensas en el éxito y en la satisfacción de su ambición más que en la socialización. La medicina conductual investiga la importante cuestión de saber hasta qué punto y mediante que mecanismos psicofisiológicos la constelación psicológica del patrón A influye en el estado de salud del organismo y, de forma más amplia, en el funcionamiento moral, social y laboral.

Esta influencia sobre la salud suscitó tanto interés sobre el patrón A que muchos autores sustituyeron el término al de “conducta predisponerte a la enfermedad coronaria”. Es evidente que la investigación empírica sobre el patrón A se ha centrado principalmente en el trastorno cardiovascular.

Los aspectos más importantes acerca del patrón A son los que se refieren a la identificación de las características psicológicas que aumentan el riesgo de enfermedad

coronaria, la psicofisiología subyacente en el patrón y la cuestión de si puede considerarse como un rasgo estable o como una reacción generada por una situación.

Las investigaciones acerca del patrón A concluyen que los individuos pertenecientes a este patrón prefieren trabajar a ritmo rápido para su organismo (por ejemplo, aumento en la secreción de catecolaminas) aunque tarde más en recuperarse y volver a su estado basal.

En resumen, las conductas mostradas por el patrón A incluyen los que se podría denominar afrontamiento; por ejemplo, redobladados esfuerzos por alcanzar mayor control de la situación y estrategias que permitan aceptar la falta de tal control sin ocasionar por ello trastorno alguno. Por lo general, las investigaciones acerca del patrón A no han intentado medir explícitamente los pensamientos y las conductas de afrontamiento ya que su interés se ha centrado en el rendimiento en el trabajo.

Consiguientemente, hablar del patrón A como estilo de afrontamiento es hacer una interpretación muy reducida. El patrón A probablemente surge evolutivamente por la internalización de determinados valores socialmente deseados, reconocidos o censurados, que son más o menos característicos de las sociedades tecnológicas e industrializadas.

Puede considerarse como un estilo de afrontamiento y también como un modelo estable de compromisos, creencias que pueden explicar de alguna manera, la comprensión de cuál es el papel en la enfermedad cardiovascular.

Una taxonomía de estilos de afrontamiento que reúna la riqueza y complejidad de todos los procesos adaptativos puede servir de ayuda en la sistematización de la investigación sobre la relación entre el afrontamiento y los resultados adaptativos, no solo en el contexto de la salud y la enfermedad, sino también dentro del contexto de la familia y del trabajo.

El resultado cuidadoso del estudio y la taxonomía de los estilos de afrontamiento, es una contribución importante que esta investigación pretenderá realizar a la psicología contemporánea de Bolivia.

Estilos cognitivos.

El modelo psicológico del yo originó también toda una estructura de teoría y de investigaciones sobre los estilos cognitivos. Estos estilos cognitivos se refieren a las respuestas automáticas más que a las que obedecen a un esfuerzo y, por lo tanto, no se consideran en la óptica cognitiva-sistémica estilos de afrontamiento.

Afrontamiento versus conducta adaptativa automática.

Existe una diferencia importante entre las conductas automáticas y las conductas de esfuerzo que no se pone de manifiesto en ninguna investigación o teoría tradicional sobre el afrontamiento.

Los recursos que los seres humanos necesitan para sobrevivir pueden aprenderse a través de la experiencia. Un aspecto útil sobre la adaptación humana es que cuanto más rápidamente pueda el individuo aplicar estos recursos de forma automática, más eficazmente podrá manejar sus relaciones con el entorno.

Aquí se denota una importante diferencia entre las primeras fases de la adquisición y las fases últimas, en las que tales recursos se han vuelto ya automáticos. Por ejemplo, los conductores experimentados generalmente no son conscientes de cuando utilizan el embrague o el freno, y no desarrollan un gran esfuerzo para llevar a cabo estas operaciones.

Estos actos son adaptativos pero no pueden llamarse de afrontamiento, si así fueran, todo lo que haría el hombre se podría llamar afrontamiento.

Los esfuerzos de afrontamiento son fácilmente distinguibles de las conductas adaptativas automáticas que aparecen en las situaciones habituales. El afrontamiento es un proceso que requiere esfuerzo. De esta forma, se distingue entre estilo cognitivo, que incluye una respuesta automatizada, y afrontamiento, aunque muchas veces la distinción sea difícil de realizar en los contextos de la vida real.

No todos los procesos adaptativos son de afrontamiento. El afrontamiento es un subconjunto de actividades adaptativas que implican esfuerzo y que no incluyen todo

aquello que hacemos con relación al entorno. Los estilos cognitivos se pueden considerar procesos adaptativos pero no de afrontamiento.

Cuando la eficacia implica necesariamente afrontamiento y la ineficacia defensa, se produce la inevitable confusión entre el proceso de afrontamiento y el resultado de tal proceso. Las definiciones de afrontamiento deben incluir los esfuerzos necesarios para manejar las demandas estresantes, independientemente del resultado. Esto significa que ninguna estrategia se considera inherentemente mejor que la otra.

La calidad de una estrategia (su eficacia o idoneidad) viene determinada solamente por sus efectos en una situación determinada y por sus efectos a largo plazo.

La negación o la evitación

Son aspectos del afrontamiento que fueron ampliamente estudiados desde las perspectivas psicoanalíticas y experimentales. Los hallazgos son confusos y contradictorios; algunos estudios demuestran que aquellas personas que niegan o evitan la amenaza salen peor parados que aquellas personas que la afrontan, y otros encuentran que la negación va asociada a resultados positivos (Lazarus y Folkman, 1986).

La negación cierra la mente a todo aquello que pudiera ser amenazante. Las personas que se defienden de este modo deben permanecer siempre en guardia, comprometidos con una “labor interna silenciosa”.

Al margen de los problemas de definición, se pueden hallar tanto costos como beneficios respecto a los procesos de negación, según sus tipos. Lo que se necesita son los principios que especifiquen las condiciones bajo las cuales los procesos de negación pueden tener consecuencias favorables o desfavorables.

El afrontamiento con el dominio del entorno.

Existe un factor implícito en las definiciones de afrontamiento que considera que ciertas estrategias son esencialmente mejores o más útiles que otras. Este factor es definido de acuerdo a que un afrontamiento es mejor cuando modifica la relación individuo-entorno en el sentido de mejorar.

Los valores occidentales hacen referencia al individualismo y al dominio y por el impacto de las teorías de Darwin sobre el pensamiento psicológico, estas definiciones tienen a confundir el dominio del entorno como el tipo de afrontamiento ideal. En términos de Lázarus, “El afrontamiento es considerado como equivalente de la actuación efectiva para la solución de problemas” (1986).

El asunto no es que la resolución de problemas no sea algo deseable, sino que en la vida, no todas las fuentes de estrés son susceptibles de ser dominadas o de ser encajables en un modelo plausible. Todos los seres humanos se encuentran confrontados con desastres naturales, con pérdidas inevitables, en la vejez, la enfermedad y los numerosos conflictos humanos que la psicología y la psiquiatría vinieron tratando desde inmemoriales tiempos.

Si se insiste en la resolución del problema y en el dominio de la situación, se resta valor a otras funciones de afrontamiento relacionadas con el dominio de las emociones y con el mantenimiento de la propia estima y de una imagen positiva, especialmente en situaciones irremediables.

Los procesos de afrontamiento que se utilizan para soportar tales dificultades, o para minimizarlas, aceptarlas o ignorarlas, son tan importantes en el arsenal adaptativo del individuo como las estrategias dirigidas a conseguir el dominio del entorno.

Definición de afrontamiento.

Lázarus y Folkman (1986) definen el afrontamiento como: *“aquellos esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas externas y/o internas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo”*.

Esta definición obvia las limitaciones de los planteamientos tradicionales por los siguientes aspectos:

- a. Se trata de un planteamiento orientado hacia el afrontamiento como proceso en lugar de cómo rasgo, reflejado en las palabras *constantemente cambiante* y demandas *específicas* y conflictos.

- b. Implica una *diferenciación entre afrontamiento y conducta adaptativa automatizada* al limitar el afrontamiento a aquellas demandas que son evaluadas como excedentes y desbordantes de los recursos del individuo. Limita el afrontamiento a aquellas condiciones de estrés psicológico que requieren la movilización y excluyen a las conductas y pensamientos automatizados que no requieren esfuerzo.
- c. Se aclara el problema de *confundir el afrontamiento con el resultado obtenido* al definir el afrontamiento como los *esfuerzos* para manejar las demandas, lo cual permite incluir en el proceso cualquier cosa que el individuo haga o piense, independientemente de los resultados que con ello obtenga.
- d. Al utilizar la palabra *manejar*, se evita el equiparar el afrontamiento con dominio. Manejar puede significar minimizar, evitar, tolerar y aceptar las condiciones estresantes así como intentar dominar el entorno.

Los recursos del afrontamiento.

Son los elementos y/o capacidades, internos o externos con los que cuenta la persona para hacer frente a las demandas del acontecimiento o situación potencialmente estresante. De acuerdo con la clasificación formulada por Lázarus, se puede distinguir:

- a. Físicos / Biológicos; que incluyen todos los elementos del entorno físico de la persona (incluyendo su propio organismo biológico) que están disponibles para ella.
- b. Psicológicos / Psicosociales; que van desde la capacidad intelectual de la persona hasta su sentido de la autoestima, nivel de independencia o autonomía y sentido del control. También incluyen las creencias que pueden ser utilizadas para sostener la esperanza, destrezas para la solución de problemas, la autoestima y la moral.
- c. Culturales; que tienen que ver con las creencias de la persona y con los procesos de atribución causal. Tales creencias, normas, valores, símbolos, vienen dados por la cultura propia del individuo.
- d. Sociales; que incluyen la red social del individuo y sus sistemas de apoyo social, de los que puede obtenerse información, asistencia tangible y apoyo emocional.

Son cruciales para la capacidad de afrontamiento del estrés; incluyen ingresos adecuados, residencia adecuada y satisfacción con el empleo o estudio.

Las respuestas de Afrontamiento.

Lazarus (1986) discutió inicialmente dos tipos de respuestas de afrontamiento: acciones observables diseñadas para modificar la situación estresante directamente; y en segundo lugar, un tipo de afrontamiento paliativo definido como más acomodaticio, en cuyo caso la situación estresante es aceptada y las acciones se orientan al manejo o reducción de los sentimientos de distrés que resultan de ella.

Inicialmente, se pueden establecer en este sentido, dos tipos de respuestas de afrontamiento según el foco en el que se centren: la regulación de las emociones causadas por el distrés (afrontamiento centrado en la emoción); y el manejo del problema que está causando el distrés (afrontamiento centrado en el problema).

Atendiendo a su “foco”, también se pueden clasificar las conductas de afrontamiento en tres tipos (Perez y Reincherts, 1992): *afrontamiento orientado a la situación*; *afrontamiento orientado a la representación*, referidos a acciones ejecutadas para cambiar la representación cognitiva de la situación, que puede implicar búsqueda o supresión de información; y *afrontamiento orientado a la evaluación*, que incluye operaciones dirigidas a la estructura de metas o a la valencia subjetiva de la situación.

Según el método, pueden ser: *afrontamiento aproximativo*; que incluye todas las estrategias de confrontación y enfrentamiento del problema que está generando el distrés o a las emociones negativas concomitantes. El *afrontamiento evitativo*; que incluye aquellas estrategias cognitivas o comportamentales que permiten escapar de, o evitar, la consideración del problema o las emociones negativas concomitantes. El *afrontamiento pasivo* es cuando se omite toda acción, y se permanece en situación de duda o espera.

De acuerdo con el tipo de proceso, se puede distinguir dos categorías de afrontamiento: *afrontamiento comportamental*; que implica un intento de tomar una decisión y cambiar la situación problemática, llevando a cabo conductas que la persona supone adecuadas

para ello. El *afrontamiento cognitivo*, que implica un intento de tratar con los problemas mediante cogniciones.

Si se atiende al momento en el que se emite, se tiene; el *afrontamiento anticipatorio*; donde se ejecutan antes de la ocurrencia del acontecimiento estresante. Es un comportamiento preventivo de los acontecimientos estresantes que se espera que ocurran; implica conductas de solución de problemas que ayudarían a prepararse para el acontecimiento estresante. El *afrontamiento restaurativo*, implica que se ejecutan después de la ocurrencia del acontecimiento estresante. Es un comportamiento restaurativo del equilibrio psicosocial una vez que se haya producido la respuesta de estrés ante el acontecimiento o situación. Implica el uso de estrategias cognitivas o comportamentales para habérselas con las dificultades en la medida en que los acontecimientos se van presentando.

Finalmente, si se pone atención en la amplitud o grado de generalidad de las respuestas, se clasifican en *afrontamiento general y específico*. En el general, se ejecutan conductas con una funcionalidad global que permiten reducir o manejar categorías de estresores. En el específico, se ejecutan conductas que específicamente pretendan manejar un estresor específico.

Estilo de afrontamiento.

Lazarus y Folkman (1986) desarrollaron una conceptualización definida como una respuesta o conjunto de respuestas a eventos externos estresantes o depresivos, que la persona elabora en forma abierta o encubierta. El proceso se refiere a que la persona inicia sus esfuerzos para pensar como puede enfrentar esta situación y luego ejecutar esta acción. Posteriormente, la persona puede evaluar el afrontamiento ejecutado.

Estilos y estrategias de afrontamiento.

Con el propósito de medir los estilos y las estrategias de afrontamiento en los individuos, Carver en 1989, propone 13 escalas que se presentan a continuación:

Escala de afrontamiento orientada al problema.

Afrontamiento activo; se define como el proceso de ejecutar acciones directas incrementando los esfuerzos con el fin de apartar o evitar el estresor, o aminorar sus efectos negativos.

La planificación; implica pensar en cómo manejarse frente al estresor organizando estrategias de acción, pensando que paso tomar y estableciendo cuál será la mejor forma de manejar el problema.

La supresión de actividades competentes; se refiere a dejar de lado, o incluso dejar pasar, otros proyectos o actividades evitando ser distraído, con la finalidad de poder manejar el estresor.

La postergación del afrontamiento; consisten en esperar hasta que se presenta la oportunidad apropiada para actuar sobre el problema, evitando hacer algo prematuramente.

La búsqueda de apoyo social; por razones instrumentales, consiste en buscar en los demás consejo, asistencia e información con el fin de solucionar el problema.

Escala de afrontamiento orientada a la emoción.

Búsqueda de apoyo emocional por razones emocionales; consiste en buscar en los demás apoyo moral, empatía y comprensión de los demás con el fin de aliviar la reacción emocional negativa.

La reinterpretación positiva y el crecimiento; consiste en evaluar el problema de manera positiva, otorgándole connotaciones favorables a la experiencia en sí misma y en otros casos asumiéndola como un aprendizaje para el futuro.

La aceptación; engloba dos aspectos durante el proceso de afrontamiento. El primero se realiza durante la fase de evaluación primaria cuando la persona acepta que la situación estresante realmente existe, y el segundo tiene lugar durante la evaluación secundaria y consiste en aceptar la realidad como un hecho con el que se tendrá que convivir ya que no se podrá modificar.

La negación; consiste en rehusarse a creer que el estresor existe, o tratar de actuar pensando como si el estresor no fuera real.

Acudir a la religión; es la tendencia a volcarse a la religión en situaciones de estrés con la intención de reducir la tensión existente.

Otras escalas de afrontamiento.

Enfocar y liberar emociones; consiste en focalizarse en las consecuencias emocionales desagradables que se experimenta expresando abiertamente estas emociones.

Desentendimiento conductual; consiste en la disminución del esfuerzo dirigido al estresor, dándose por vencido, sin intentar lograr las metas con las que el estresor está interfiriendo.

Desentendimiento mental; implica que la persona permite que una amplia variedad de actividades la distraigan de su evaluación de la dimensión conductual del problema, o de la meta con la que el estresor está interfiriendo.

La escala de Enrique G. Fernández-Abascal.

Enrique G. Fernández-Abascal (1997), propone una escala de estilos y estrategias de afrontamiento más completa y que se utiliza para la presente investigación. Por la importancia de los estudios realizados en esta escala, se desarrollan los aspectos teóricos previos y luego los componentes de la escala.

La ley de la asimetría hedónica plantea que el placer es siempre contingente con el cambio y que desaparece con la satisfacción continua, mientras que el dolor puede persistir en el tiempo, si persisten las condiciones adversas. Este aspecto permite hacer una diferenciación entre emociones positivas y negativas.

Las emociones positivas se experimentan cuando se alcanza una meta, mientras que las negativas aparecen, cuando se bloquea el alcanzar una meta; de tal forma que emociones positivas y negativas, además de su duración, también se diferencian con respecto a la necesidad de movilizar afrontamientos. Ya que es en las emociones

negativas en las que no se alcanza una meta, por ello, es en las únicas que es necesario movilizar planes y acciones para intentar conseguir la citada meta.

El afrontamiento es un conjunto de esfuerzos cognitivos y conductuales que están en constante cambio para adaptarse a las condiciones desencadenantes, y que se desarrollan para manejar las demandas, tanto interno como externas, que son valoradas como excedentes y desbordantes para los recursos de la persona (Lazarus y Folkman, 1984). Por tanto es un proceso psicológico que se pone en marcha cuando en el entorno se producen cambios no deseados o estresantes, acompañados de emociones negativas, tales como ansiedad, miedo, ira, hostilidad, desagrado, tristeza, desprecio, desesperación, vergüenza, culpa, aburrimiento, etc.

El afrontamiento no garantiza la solución de la situación problemática que lo desencadenó, por tanto; todo afrontamiento puede tener éxito o no, es decir, ser eficaz o ineficaz. Independientemente de esto, el proceso psicológico movilizado causa unos efectos negativos por el simple hecho de su uso, efectos de fatiga mental y de limitación de las capacidades de procesamiento. Por otra parte, los procesos de afrontamiento tienden a sobregeneralizarse, es decir, todo afrontamiento que ha sido utilizado con éxito en la resolución de una situación problemática tiende a ser utilizado con persistencia después de desaparecer el problema que originó su movilización e incluso se mantiene en nuevas situaciones en las que es inapropiado su utilización. De forma equivalente, si un afrontamiento fracasa, la sobregeneralización puede llevar a dejar de utilizarlo ante situaciones frente a las que sí sería exitoso, pudiendo llegar incluso a generar situaciones de indefensión.

Existen formas personales características de afrontamiento, de tal modo que todas las personas desarrollan estereotipias o formas preferidas en su manera de responder ante el estrés o las emociones negativas.

Ante cualquier situación de afrontamiento, además del propio proceso psicológico en sí, intervienen otros aspectos estructurales tales como las creencias, los compromisos, la historia personal previa de afrontamiento, etc. por ello, es preciso diferenciar entre estilos de afrontamiento y estrategias de afrontamiento.

Los *estilos* de afrontamiento se refieren a predisposiciones personales para hacer frente a las situaciones y son los responsables de las preferencias individuales en el uso de unos u otros tipos de estrategia de afrontamiento, así como de su estabilidad temporal y situacional. Mientras que las *estrategias* de afrontamiento son los procesos concretos que se utilizan en cada contexto y son altamente cambiantes dependiendo de las condiciones desencadenantes.

En los estilos de afrontamiento, Moos y Billings (1982) diferencian dos dimensiones básicas que definen todos los diferentes tipos de afrontamiento posibles:

Primero, la dimensión del “método empleado”, según la cual el afrontamiento puede ser activo o de evitación.

Segundo, la “focalización de la respuesta”, según la cual el afrontamiento puede ser enfocado a la evaluación de la situación, al propio problema o a la emoción.

Ampliando el modelo anterior, Feuerstein, Labbé y Kuczmierczyk (1986), plantean la existencia de tres dimensiones básicas del afrontamiento:

- El “método usado”, según el cual el afrontamiento puede ser activo o de evitación.
- La “focalización de la respuesta”, según la cual el afrontamiento puede dirigirse al problema o a la emoción.
- La “naturaleza de la respuesta”, que puede ser el de tipo conductual o de tipo cognitivo. Esta dimensión es dependiente de las dos anteriores.

Endler y Parker (1990), definen, mediante análisis factorial de las estrategias de afrontamiento, medidas por su “inventario multidimensional de afrontamiento”, tres dimensiones básicas del afrontamiento, que son:

- El “afrontamiento orientado a la tarea”.
- El “afrontamiento orientado a la emoción”.
- El “afrontamiento orientado a la evitación”.

Finalmente, Roger, Javis y Najarian (1993), añaden una cuarta dimensión a las tres anteriores:

- La “separación afectiva respecto a los sucesos”.

Concluyendo y englobando los datos existentes en la actualidad sobre los estilos de afrontamiento, se puede decir que existen tres dimensiones básicas a lo largo de las cuales se sitúan los diferentes estilos de afrontamiento; estas dimensiones son:

a. El *método* empleado en el afrontamiento, dentro del cual se puede distinguir:

- El estilo del afrontamiento *activo*, aquel que moviliza esfuerzos para los distintos tipos de solución de la situación.
- El estilo de afrontamiento *pasivo*, que se basa en no hacer nada directamente sobre la situación, sino simplemente espera a que cambien las condiciones.
- El estilo de afrontamiento de *evitación*, que se basa en intentar evitar o huir de la situación y/o sus consecuencias.

b. La *focalización* del afrontamiento, dentro de la cual se distinguen:

- El estilo de afrontamiento dirigido al *problema*, es decir, a manipular o alterar las condiciones responsables de la amenaza.
- El estilo de afrontamiento dirigido a la respuesta *emocional*, a reducir o eliminar la respuesta emocional generada por la situación.
- El estilo de afrontamiento dirigido a modificar la *evaluación* inicial de la situación.

c. La *actividad* movilizada en el afrontamiento, dentro de la cual se distingue:

- El estilo de afrontamiento *cognitivo*, cuyos principales esfuerzos son los cognitivos.
- El estilo de afrontamiento *conductual*, cuyos principales esfuerzos están formados por comportamiento manifiesto.

En lo que toca a las estrategias de afrontamiento, se ha producido una mayor dispersión en su estudio, especialmente debido a las etiquetas verbales utilizadas para referirse a cada una de las estrategias, y su establecimiento ha estado unido al desarrollo de instrumentos de medida de las mismas.

A continuación, se mencionan las principales estrategias de afrontamiento:

Tabla 18. Medida de los estilos y estrategias de afrontamiento.

Estrategias de afrontamiento e instrumentos de medida	
Meichenbaum y Turk (1982)	Autoreferente, Autoeficaz y Negativista.
Endler y Parker (1990)	Tarea, emoción y evitación.
Folkman, Lázarus, Dunkel-Schetter, DeLongis y Gruñe (1986)	Confrontación, distanciamiento, autocontrol, búsqueda de apoyo social, aceptación de la responsabilidad, huida-avoidancia, planificación y reevaluación positiva.
Schreurs, Willige, Tellegen y Brosschot (1987)	Reacción depresiva, respuesta paliativa, evitación y espera pasiva, apoyo social, resolución activa de problemas, expresión e ira y cogniciones confortantes.
Carver, Scheier y Weintraub (1989)	Afrontamiento activo, planificación, supresión de actividades distractoras, refrenar el afrontamiento, apoyo social por motivos instrumentales, apoyo social por motivos emocionales, desahogar las emociones, desconexión conductual, reinterpretación positiva y desarrollo personal, negación y religión.
Holroyd y Reynolds (1982)	Problema, reestructurado, evitación del afrontamiento, apoyo social, autodenigrante y desconexión mental.
Eysenck (1991)	Hipoestimulación, hiperexcitación, ambivalente, autónomo, racional y psicopático. (Fuentes citadas en Fernández-Abascal y cols. 1997).

Realizando un listado exhaustivo de las estrategias de afrontamiento verdaderamente diferentes que han sido definidas a lo largo de toda la literatura científica, aparecen un total de 18 estrategias, que son:

- Reevaluación positiva; afrontamiento activo enfocadas a crear un nuevo significado de la situación problema, intentando sacar todo lo positivo que tenga la situación.

- Reacción depresiva; comprende los elementos correspondientes a sentirse desbordado por la situación y a ser pesimista acerca de los resultados que se espera de la misma.
- Negación; significa una ausencia de aceptación del problema y su evitación por distorsión o desfiguración del mismo en el momento de su valoración.
- Planificación; hace referencia a la movilización de estrategias de afrontamiento para alterar la situación, implicando una aproximación analítica y racional al problema.
- Conformismo; tendencia a la pasividad, la percepción de falta de control personal sobre las consecuencias del problema y la aceptación de las consecuencias que pueden producirse.
- La desconexión mental, referida al uso de pensamientos distractivos para evitar pensar en la situación problema.
- Desarrollo personal; incluye elementos sobre la consideración del problema de una manera relativa, de autoestímulo y de un positivo aprendizaje de la situación, centrándose sobre todo en el desarrollo personal.
- Control emocional; referido a la movilización de recursos enfocados a regular y ocultar los propios sentimientos.
- Distanciamiento; implica la supresión cognitiva de los efectos emocionales que el problema genera.
- Supresión de actividades distractoras; significa un esfuerzo en paralizar todo tipo de actividades, para centrarse activamente en la búsqueda de información para valorar el problema.
- Refrenar el afrontamiento; referido al aplazamiento de todo tipo de afrontamiento hasta que no se produzca una mayor y mejor información sobre el problema.
- Evitar el afrontamiento; implica no hacer nada en previsión de que cualquier tipo de actuación puede empeorar la situación o por valorar el problema como irresoluble.
- Resolver el problema; se caracteriza por decidir una acción directa y racional para solucionar las situaciones problema.

- Apoyo social al problema; referido a la tendencia a realiza acciones encaminadas a buscar en los demás información y consejo sobre cómo resolver el problema.
- Desconexión comportamental; implica la evitación de cualquier tipo de respuesta o solución del problema.
- Expresión emocional; caracterizada por canalizar al afrontamiento hacia las manifestaciones expresivas hacia otras personas de la reacción emocional causada por el problema.
- El apoyo social emocional; referido a la búsqueda en los demás de apoyo y comprensión para la situación emocional en que se encuentra envuelto.
- Respuesta paliativa; caracterizada por incluir en su afrontamiento elementos que buscan la evitación de la situación estresante, es decir, intenta sentirse mejor fumando, bebiendo o comiendo.

La relación que existe entre estilos y estrategias de afrontamiento se muestra en la siguiente tabla, aquí se aprecia cómo cada estrategia corresponde con un estilo de afrontamiento, y sus estrategias con las distintas combinaciones.

Tabla 19. Relación entre estrategias y estilos de afrontamiento

	Cognitivo		
	Activo	Pasivo	Evitación
Evaluación	Reevaluación positiva	Reacción depresiva	Negación
Tarea	Planificación	Conformismo	Desconexión mental
Emoción	Desarrollo personal	Control emocional	Distanciamiento
	Conductual		
	Activo	Pasivo	Evitación
Evaluación	Supresión de actividades distractoras	Refrenar el afrontamiento	Evitar el afrontamiento
Tarea	Resolver el problema	Apoyo social al problema	Desconexión comportamental
Emoción	Expresión emocional	Apoyo social emocional	Respuesta paliativa

MARCO EMPÍRICO

Las características de la investigación son las siguientes: el enfoque es cuantitativo, y tipo *selectiva correlacional* (Delgado y Prieto, 1997), donde se incluyen las investigaciones con grupos, tanto descriptivas como correlacionales y diferenciales, consistente en una recogida de datos realizada usualmente –aunque no de forma necesaria- en situaciones naturales y mediante autoinformes o tests estandarizados.

Esta modalidad *correlacional* se basa en cuestiones estadísticas (muestreo, análisis estadístico mediante coeficientes de correlación, análisis de varianza, etc). Lo de selectiva se puede decir que se refiere a la existencia de una adecuada selección de sujetos para garantizar la variabilidad ya sea por muestreo probabilístico o no (Delgado y Prieto, 1997).

Población.

Se tuvo como población los 24.468 estudiantes de la Universidad San Francisco Xavier de Chuquisaca de la ciudad de Sucre. Esta tricentenaria universidad fue fundada un 27 de marzo de 1627, naciendo en aquella época, con la carrera de Derecho. A lo largo de estos tres siglos, la universidad fue creciendo y desarrollándose a pasos gigantescos. Ahora cuenta con 44 carreras y 8 facultades bien implementadas y afianzándose como una de las instituciones más completas y cómodas del país con una oferta académica variada para todos los estudiantes bolivianos y del extranjero.

Se pueden denotar las siguientes características de la población universitaria que asiste a la Universidad San Francisco Xavier de Chuquisaca:

- La gran parte de la población es de origen boliviano. De ellos, un 40% son de las provincias del Departamento de Chuquisaca, Santa Cruz, Tarija y Potosí.
- El 60% restante, pertenecen a las ciudades de Sucre, Santa Cruz, Tarija y Potosí. La oferta universitaria, la comodidad de la ciudad y el clima que favorece el estudio, hacen que exista gran migración de estudiantes del sur del país para seguir las distintas carreras universitarias, de las cuales, Medicina, Derecho y

Tecnología son las facultades que tienen mayor antigüedad y tradición en la Universidad.

- Los estudiantes que migran de las provincias de los departamentos del sur del país, usualmente son de clase media a media baja, con muchas limitaciones económicas y pocos recursos económicos. Ello significa que están sometidos a grandes constantes de problemas derivados del económico, por ello, a un estrés crónico en gran parte de los estudiantes.
- Finalmente, la vida universitaria y el ambiente de estudio que se vive en la Capital de la República, Sucre, recalcan su importancia de la investigación de la calidad de vida de los estudiantes y de los estilos y las estrategias para afrontar los múltiples problemas de la vida cotidiana.
- Como se menciona en los estudios de Fernández-Abascal (1997), los estudiantes universitarios se enfrentan a un potencial estresor a lo largo de su vida académica, este es el intermitente generado por la presencia de los exámenes parciales, trabajos prácticos y exámenes finales. En esta época y concordante con los reportes médicos del seguro universitario para los estudiantes; éstos presentan mayores índices de enfermedades y quejas somáticas aumentando en los periodos correspondientes a los exámenes.

Muestra.

La muestra se obtuvo por medio de un muestreo estratificado proporcional (Ferraces, Rodríguez y Andrade, 1995) de las 8 facultades y 44 carreras de la USFX. Este muestreo se aplica bajo las condiciones que se detallan a continuación:

Fórmula: $n : N / e^2 (N - 1) + 1$

Donde: n: tamaño de la muestra.

N: Cantidad total de la población.

e: Margen de error elevado al cuadrado.

Para la investigación se trabaja con el 5% de margen de error y un intervalo de confianza del 95%.

Al tener el número exacto de la muestra, con una tabla de números aleatorios se seleccionan los estudiantes al azar, de tal manera que con ello se garantiza que del total del listado de la población se pueda escoger una muestra representativa y significativa con estudiantes de todas las edades, niveles y paralelos; como también en la misma proporción, la distribución del sexo de la población a la muestra.

Se utilizó este procedimiento de muestreo partiendo del principio y asumiendo la conjetura de que los estudiantes requieren de habilidades, aptitudes y estrategias de afrontamiento diferenciadas según la carrera que estudian asumiendo de que existen algunas carreras que someten a los estudiantes a mayores cantidades de estrés que otras por las características académicas y la disposición de los procesos de enseñanza-aprendizaje.

Esta diferencia en cuanto a las estrategias particulares para cada carrera implica que para resolver los problemas académicos y posteriormente los problemas derivados de la ciencia que estudian, las expectativas, los estilos de abordar los conflictos y la manera de solucionarlos es diferente en los estudiantes de una facultad de salud, por ejemplo; un estudiante de la Facultad de Ciencias Económicas y Financieras frente a otro de la Facultad de Ciencias Sociales o Humanidades.

A continuación, en las siguientes tablas se presenta la población y muestra de la universidad por carreras y luego por facultades.

Tabla 20. Muestra de estudiantes por carreras de la USFX.

	CARRERA	Población	%	Muestra
1	Derecho	2820	11,53	45
2	Ciencias de la Comunicación	721	2,95	12
3	Medicina	2136	8,73	34
4	Odontología	1631	6,67	26
5	Bioquímica	613	2,51	10
6	Química Farmacéutica	592	2,42	10
7	Contaduría Pública	1555	6,36	25
8	Economía	493	2,01	8
9	Administración de Empresas	1256	5,13	20

10	Ingeniería Comercial	1219	4,98	20
11	Administración Financiera	411	1,68	7
12	Ingeniería Química	115	0,47	2
13	Ingeniería Mecánica	202	0,83	3
14	Ingeniería Eléctrica	118	0,48	2
15	Ingeniería Electromecánica	153	0,63	2
16	Informática	215	0,88	3
17	Química Industrial	228	0,93	4
18	Industrias de la Alimentación	213	0,87	3
19	Ingeniería de Sistemas	1239	5,06	20
20	Ingeniería Civil	1035	4,23	17
21	Arquitectura	809	3,31	13
22	Ingeniería Agronómica	219	0,90	4
23	Agronomía	365	1,49	6
24	Idiomas	585	2,39	9
25	Turismo	369	1,51	6
26	Pedagogía	593	2,42	10
27	Psicología	671	2,74	11
28	Mecánica Automotriz	260	1,06	4
29	Mecánica Industrial	108	0,44	2
30	Electricidad	198	0,81	3
31	Electrónica	335	1,37	5
32	Construcción Civil	374	1,53	6
33	Topografía	402	1,64	6
34	Enfermería	501	2,05	8
35	Fisioterapia y Kinesiología	323	1,32	5
36	Imagenología	243	0,99	4
37	Laboratorio Clínico	350	1,43	6
38	Nutrición y Dietética	142	0,58	2
39	Ingeniería del Petróleo y Gas Natural	176	0,72	3
40	Ingeniería del Medio Ambiente	146	0,60	2
41	Ingeniería de Alimentos	56	0,23	1
42	Ingeniería Industrial	236	0,96	4
43	Ingeniería en Desarrollo Rural	11	0,04	0
44	Ingeniería de Recursos Naturales	31	0,13	0
		24468	100,00	394

Tabla 21. Muestra por facultades

		Facultad			
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Ciencias Jurídicas	45	11.4	11.4	11.4
	Humanidades y Ciencias Sociales	48	12.2	12.2	23.6
	Ciencias de la Salud	105	26.6	26.6	50.3
	Ciencias Económicas y Financieras	80	20.3	20.3	70.6
	Tecnología e Ingeniería	103	26.1	26.1	96.7
	Ciencias Agronómicas y Ambientales	13	3.3	3.3	100.0
	Total	394	100.0	100.0	

Instrumentos.**Escala de Estilos y Estrategias de Afrontamiento.**

La medida de los estilos y estrategias de afrontamiento ha sido obtenida mediante la aplicación del "*Escala de Estilos y Estrategias de Afrontamiento*" (Fernández-Abascal, 1997). Este inventario consta de 72 elementos o ítems que evalúan estrategias y estilos diferentes. El total de estrategias de afrontamiento propuesto por Fernández-Abascal son en un número de 18, siendo los siguientes:

1. Reevaluación positiva.
2. Reacción depresiva.
3. Negación.
4. Planificación.
5. Conformismo.
6. Desconexión cognitiva.
7. Desarrollo personal.
8. Control emocional.
9. Distanciamiento.
10. Supresión de actividades distractoras.
11. Refrenar el afrontamiento.
12. Evitar el afrontamiento.
13. Resolver el problema.
14. Apoyo social al problema.
15. Desconexión comportamental.
16. Expresión emocional.
17. Apoyo social emocional.
18. Respuesta paliativa.

Los estilos de afrontamiento los divide en tres apartados; según el método, según la focalización y según la actividad:

Según el método

- Método Activo.
- Método Pasivo.
- Método Evitación.

Según la focalización

- Focalización respuesta
- Focalización problema
- Focalización emoción

Según la actividad

- *Actividad cognitiva*
- *Actividad conductual.*

Cada estrategia de afrontamiento se corresponde con un determinado estilo de afrontamiento, y a una combinación de estilos en concreto, y cada estilo de afrontamiento se concreta en varias estrategias diferentes tal como se mostró en el capítulo del marco teórico de la presente investigación.

La forma de contestación al inventario consiste en poner una cruz en las casillas situadas al final de cada pregunta, en la columna que se considere que mejor describe la forma de comportarse habitualmente y descrita en cada ítem o pregunta.

Los sujetos responden a cada ítem utilizando una escala tipo Likert, la primer casilla está encabezada con la palabra “nunca” y será la que deba marcar si la pregunta que se le hace con corresponde en ningún caso con su forma de actuar habitual. La segunda casilla está encabezada con la etiqueta “a veces” y será la que deba marcar si alguna vez, aunque escasamente, se ha comportado de ese modo la tercera casilla es la encabezada con la palabra “bastante” y será en la que tenga que poner la cruz si ha realizado con relativa frecuencia lo que se le plantea en la pregunta, y, por ultimo, la cuarta casilla encabezada con la palabra “siempre” es la que deberá señalar si ésta es la forma que más corrientemente realiza o con mayor habitualidad.

No hay contestaciones correctas o incorrectas, buenas o malas, sino simplemente diferentes formas de enfrentarse a los problemas y, por tanto, el estudiante deberá responder a todas las preguntas tal y como se comporta habitualmente, puesto que, en

caso contrario, no saldrá mejor o peor de la prueba, sino simplemente distinto de cómo es realmente. La contestación al instrumento no tiene tiempo límite, aunque debe contestarse de una sola vez, y se completa aproximadamente entre diez a quince minutos.

Cuando ya se tiene relleno todo el inventario, el siguiente paso es la corrección del mismo. El procedimiento de corrección del inventario tiene dos fases:

- Corrección de las estrategias de afrontamiento.
- Corrección de los estilos de afrontamiento.

En primer lugar, se tienen que corregir las 18 estrategias de afrontamiento, cada una de las cuales está medida por cuatro preguntas. Para ello es necesario asignar a cada una de las casillas de respuesta una valoración y sumar en cada una de las estrategias las preguntas que componen cada escala. Se asigna un “0” si se ha contestado la primera casilla “nunca”, un “1” si se contestó la segunda “a veces”, un “2” si se contestó la tercera “bastante” y un “3” si se contestó la cuarta “siempre”.

Si una pregunta ha quedado en blanco sin contestación se asigna un valor medio de “1.5”, pero si en una de las escalas de medida de estrategias hay más de una pregunta en blanco, es decir, dos o más, esa escala no podrá ser valorada, ya que al asignarse valores medios a las preguntas no contestadas su valor final será también medio y, por tanto, no indicativo de nada.

Las preguntas que corresponden a cada una de las estrategias de afrontamiento, y que habrán de sumarse para obtener una puntuación en cada estrategia, son:

- a) Reevaluación positiva: 15, 25, 33 y 36.
- b) Reacción depresiva: 32, 47, 63 y 69.
- c) Negación: 1, 4, 28 y 61.
- d) Planificación: 18, 29, 56 y 70.
- e) Conformismo: 5, 39, 50 y 72.
- f) Desconexión cognitiva: 17, 20, 53 y 58.
- g) Desarrollo personal: 3, 19, 52 y 62.
- h) Control emocional: 41, 46, 51 y 54.
- i) Distanciamiento: 6, 34, 43 y 65.
- j) Supresión de actividades distractoras: 9, 13, 48 y 55.
- k) Refrenar el afrontamiento: 10, 21, 31 y 37.
- l) Evitar el afrontamiento: 8, 11, 26 y 59.

- m) Resolver el problema: 22, 35, 45 y 57.
- n) Apoyo social al problema: 7, 14, 24 y 44.
- o) Desconexión comportamental: 27, 30, 38 y 60.
- p) Expresión emocional: 42, 49, 64 y 68.
- q) Apoyo social emocional: 12, 16, 23 y 67.
- r) Respuesta paliativa: 2, 40, 66 y 71.

Para cada una de las escalas de medida de estrategias, se obtiene una puntuación que oscila entre 0 y 12, con un valor medio de 6, y una interpretación de que cuanto mayor sea la puntuación obtenida significa que más habitualmente se utiliza esa estrategia de afrontamiento, por lo que las estrategias que obtengan mayor puntuación y siempre por encima de la media, son las más utilizadas.

En segundo lugar, se corrigen las escalas correspondientes a los estilos de afrontamiento. Los estilos de afrontamiento se estiman a partir de las puntuaciones obtenidas en las estrategias de afrontamiento. Así, si una estrategia de afrontamiento no ha podido ser corregida por tener dos o más preguntas sin contestar, se sustituye su valor por la media, es decir 6, siempre que no haya más de dos escalas de estrategias sin valorar, puesto que, en caso contrario, no se podrá valorar el estilo correspondiente.

La corrección de cada uno de los estilos de afrontamiento se realiza sumando las puntuaciones obtenidas en las estrategias representadas por la letra en función de la siguiente codificación.

Según el método:

- Activo: A, D, G, J, M y P.
- Pasivo: B, E, H, K, N y Q.
- Evitación: C, F, I, L, O y R.

Según la focalización:

- Respuesta: A, B, C, J, K y L.
- Problema: D, E, F, M, N y O.
- Emoción: G, H, I, P, Q y R.

Según la actividad:

- Cognitiva: A, B, C, D, E, F, G, H y I.
- Conductual: J, K, L, M, N, O, P, Q y R.

Para cada uno de los estilos de afrontamiento del bloque de método y focalización, se obtiene una puntuación que oscila entre 0 y 72, con un valor medio de 36; mientras que para el bloque actividad se obtiene una puntuación que oscila entre 0 y 108, que para

poder comparar directamente con el resto de los estilos se dividen por 1.5 y así se tiene de nuevo una media de 36.

La interpretación de cada uno de los estilos de afrontamiento es de que cuanto mayor sea la puntuación obtenida significa que más habitualmente se utiliza ese estilo de afrontamiento, por lo hay que fijarse en los que obtengan mayor puntuación y todo caso por encima de la media.

En este punto, es importante recalcar que para este estudio, se elige esta escala en función a los siguientes criterios:

- Participación y colaboración directa de especialistas en el área en la orientación del manejo y corrección de la escala desde el país de origen (España).
- Colaboración con la facilitación de otras investigaciones realizadas en distintos ámbitos y poblaciones.
- Apoyo directo en la fase de validación y estandarización para la población universitaria de la ciudad de Sucre (Bolivia).
- Decisión personal del investigador porque se consideró que este instrumento muestra mejores propiedades psicométricas que la escala de Carver; por contener un espectro más amplio y completo de los estilos y las estrategias para el afrontamiento como también haber sido construido utilizando un modelo cognitivo-conductual más aplicable a la población universitaria boliviana y en especial a la de la ciudad de Sucre.

Cuestionario de Salud SF-36.

El Cuestionario de Salud SF-36 fue construido para representar ocho de los conceptos de salud más importantes de otras encuestas de salud ampliamente utilizadas. El SF-36 da como resultado un perfil de escalas multi-ítem conteniendo de dos a diez ítems cada una, y una medida compuesta de un solo ítem de transición de salud declarada que no se utiliza para puntuar ninguna de las ocho escalas multi-ítem. (Ware y cols., 1995).

Conceptos de salud y número de ítems del contenido de las ocho escalas del SF-36.

- a. **Función Física (FF).** Grado en que la salud limita las actividades físicas tales como el autocuidado, caminar, subir escaleras, inclinarse, coger o llevar pesos, y los esfuerzos moderados e intensos. Un valor elevado indica una función física mejor.
- b. **Rol Físico (RF).** Grado en que la salud física interfiere en el trabajo y en otras actividades diarias, lo que incluye el rendimiento menor que el deseado, la limitación en el tipo de actividades realizadas o la dificultad en la realización de las actividades. Un valor elevado indica una mejor función física.
- c. **Dolor Corporal (DC).** La intensidad del dolor y su efecto en el trabajo habitual, tanto fuera de casa como en el hogar. Un valor elevado indica ausencia de dolor.
- d. **Salud General (SG).** Valoración personal de la salud que incluye la salud actual, las perspectivas de salud en el futuro y la resistencia a enfermarse. Un valor elevado indica una mejor percepción de la salud general.
- e. **Vitalidad (VI).** Sentimiento de energía y vitalidad, frente al sentimiento de cansancio y agotamiento. Un valor elevado indica mayor vitalidad.
- f. **Función Social (FS).** Grado en el que los problemas de salud física o emocional interfieren en la vida social habitual. Un valor elevado indica una mejor función social.
- g. **Rol Emocional (RE).** Grado en el que los problemas emocionales interfieren en el trabajo u otras actividades diarias, lo que incluye la reducción en el tiempo dedicado a esas actividades, en rendimiento menor que el deseado y una disminución del cuidado al trabajar. Un valor elevado indica una mejor función emocional.
- h. **Salud Mental (SM).** Salud mental general, que incluye la depresión, la ansiedad, el control de la conducta y el control emocional y el efecto positivo en general. Un valor elevado indica una mejor salud mental.

Finalmente, un ítem correspondiente de evolución declarada de la salud (EDS), que es la valoración de la salud actual comparada con la de un año atrás.

De igual manera, conforme a lo explicado para el uso del anterior instrumento, se mencionan aquí algunos aspectos justificatorios para la aplicación de este instrumento. En ningún momento se dejó de considerar que el SF-36 fue diseñado y construido

inicialmente para poblaciones enfermas y su evaluación de su calidad de vida asociada a la enfermedad crónica, no obstante, se opta por aplicar en el estudio esta escala por las siguientes razones:

- Al igual que el anterior instrumento, se tuvo una estrecha colaboración y asesoría, y fundamentalmente desinteresada e invaluable del grupo de creadores e investigadores de la escala.
- Se tuvo acceso a todos los materiales de investigación, validación y estandarización en diferentes ámbitos, temáticas y poblaciones desarrolladas en Latinoamérica.
- Finalmente, la intención del investigador fue probar las bondades y propiedades psicométricas de esta escala en una población universitaria local.

Procedimiento.

Inicialmente se aplicaron estudios pilotos para afinar los aspectos de validez, confiabilidad y sensibilidad de los instrumentos utilizados en la investigación.

Posteriormente, luego de haber solicitado la autorización del Vice-rectorado de la Universidad San Francisco Xavier de Chuquisaca, se procedió a coordinar con los directores de cada carrera el día y la hora de aplicación de los instrumentos a la muestra de estudiantes seleccionados al azar por lista oficial de la universidad. Finalmente, se procedió a la recogida de los datos, digitación en el programa estadístico y su posterior análisis.

Análisis de Datos.

Inicialmente se establecieron indicadores estadísticos descriptivos, frecuencias, medias y desviaciones que se corresponden a medidas de tendencia central y de dispersión. Posteriormente se utilizaron las siguientes pruebas estadísticas:

- a. **Correlación.** El análisis de correlaciones está orientado al análisis estadístico de la relación entre pares de variables. La prueba que logra este propósito es el coeficiente de correlación de Pearson, denominado también coeficiente de correlación producto-momento de Pearson; que transforma ambos datos de las

dos variables en puntuaciones típicas, es decir, reducir ambas variables a la misma escala y luego hallar la media de la suma de los productos cruzados.

- b. **Comparaciones entre medias.** Procedimiento empleado para realizar comparaciones entre grupos, esta comparación se realiza a través de las medias de los dos grupos, comparando la media del primer grupo con la media del segundo grupo. La prueba que hace posible esto es la denominada prueba t de Student, se procede a llevar una hipótesis estadística a nivel de población, esta hipótesis establece que ambas muestras proceden de una misma población, de modo que la diferencia observada entre ambas medias se debe al azar. A esta hipótesis estadística se la denomina hipótesis nula. El objetivo se convierte en comprobar esta hipótesis. Se utiliza la información observada en las muestras, fundamentalmente las medias y las varianzas y la cuestión radica en decidir si la diferencia entre las medias de las dos muestras es lo suficientemente grande como para poder descartar el azar como explicación. La valoración de la diferencia entre las medias se hará en términos probabilísticos. (Arce y Real, 2001).
- c. **Comparaciones entre más de dos grupos y/o variables.** Una limitación importante del estadístico t es que sólo permite la comparación entre dos grupos. Si se tuvieran tres grupos o más, se tendría que hacer comparaciones por pares. El procedimiento estadístico que permite la comparación simultánea de más de dos grupos o variables es el Análisis de Varianza, que compara medias, y no varianzas, al realizar dicha comparación precisa calcular ciertas “varianzas” (de ahí su nombre). El nombre abreviado que se utiliza para el análisis de varianza es el de ANOVA (de ANálisis Of VAriance). (Arce y Real, 2001). Existen análisis de varianza de un factor (ANOVA ONE WAY), de dos factores o más y finalmente, variantes del ANOVA que serían el MANOVA, MANCOVA y ANCOVA que son análisis de varianzas y covarianzas múltiples (Ferraces, Rodríguez y Fernández, 1995).

Todos los datos se analizaron por medio del programa estadístico SPSS versión 12.0 en español, para Windows.

RESULTADOS

Para los estudios de validez, confiabilidad y sensibilidad de los instrumentos utilizados en la investigación, se procedió inicialmente a realizar sucesivos pilotajes aplicados a muestras escogidas al azar en la población universitaria.

Resultados de los estudios previos.

Inventario de estilos y estrategias de afrontamiento (EEA).

Para la confiabilidad, se procedió a la aplicación de pruebas test y re-test del instrumento. Los valores obtenidos para cada estilo de afrontamiento con positivos, significativos y más intensos que los valores obtenidos en la prueba test y re-test de la Escala Multidimensional de evaluación de los estilos Generales de Afrontamiento (EMEEGA) (Carver, Séller y Weintraub, 1989).

Estrategias:

- Reevaluación positiva: 0.71549
- Reacción depresiva: 0.59779
- Negación: 0.64464
- Planificación: 0.55278
- Conformismo: 0.60638
- Desconexión cognitiva: 0.75689
- Desarrollo personal: 0.64823
- Control emocional: 0.49780
- Distanciamiento: 0.50979
- Supresión de actividades distractoras: 0.09485
- Refrenar el afrontamiento: 0.33709
- Evitar el afrontamiento: 0.15290
- Resolver el problema: 0.74417
- Apoyo social al problema: 0.51801
- Desconexión comportamental: 0.52407
- Expresión emocional: 0.78046
- Apoyo social emocional: 0.49707
- Respuesta paliativa: 0.74141

Estilos:

Según el método:

- Activo: 0.77803

- Pasivo: 0.29502

- Evitación: 0.1882

Según la focalización:

- Respuesta: 0.71520

- Problema: 0.62947

- Emoción: 0.59870

Según la actividad:

- Cognitiva: 0.78290

- Conductual: 0.43441

La EMEEGA, presenta correlaciones test y re-test mucho más bajas, no significativas y poco intensas. Para la validez, se procedió a realizar correlación item-item con EMEEGA, los valores obtenidos son más intensos y significativos en la EEA que los obtenidos en EMEEGA.

Cuestionario de Salud SF-36 (SF-36).

Respecto a las pruebas piloto efectuadas en el cuestionario de Salud tanto para la validez y confiabilidad del instrumento contrastado con el Cuestionario de Salud General del Goldberg (adaptación cubana de Carmen García Viniegras, 1999); el SF-36 muestra correlaciones más intensas, significativas y positivas tanto en las pruebas de test y re-test como en los contrastes escala-escala entre ambos instrumentos.

El análisis efectuado entre la escala de salud General respecto al resto de las escalas, proporciona alta consistencia, magnitud e intensidad en las correlaciones efectuadas.

Resultados de la investigación.

Estadísticos descriptivos del inventario de estilos y estrategias de afrontamiento.

A continuación, se presentarán los estadísticos descriptivos de las medias y desviaciones de los estilos y estrategias de afrontamiento en la escala EEA, primero en forma general de toda la muestra y luego por facultades. El propósito de las tablas siguientes es mostrar gráficamente, qué tipo de estrategia más habitualmente utilizan los estudiantes, teniendo en cuenta que los puntajes van de 0 a 12 con una media de 6, las estrategias

puntuadas con valores de 6 o más son las que son usadas habitualmente por los estudiantes.

En cuanto a los estilos de afrontamiento, en el bloque del método y focalización, la puntuación oscila entre 0 y 72, con un valor medio de 36; en el bloque de actividad, la puntuación oscila entre 0 y 108, con una media de 36. Todos los valores que se ubican en la media o superiores a ella, son los estilos usados con preferencia por los estudiantes tanto en forma general en toda la universidad como por facultades.

Tabla 22. Medias y desviaciones de las estrategias de afrontamiento de toda la muestra.

Estadísticos descriptivos			
	n	Media	Desv. tip.
Reevaluación positiva (reevpsi)	394	7.5939	2.32205
Reacción depresiva (reacdepr)	394	5.5381	2.18130
Negación (negacion)	394	3.9188	2.08313
Planificación (planific)	394	7.7056	2.35622
Conformismo (conformi)	394	5.8782	2.16504
Desconexión cognitiva (descogni)	394	5.7386	2.49584
Desarrollo personal (desapers)	394	9.1320	2.16209
Control emocional (contremo)	394	6.1193	2.34081
Distanciamiento (distanci)	394	6.2690	2.00729
Supresión de actividades distractoras (supacdis)	394	5.0990	2.05097
Refrenar el afrontamiento (refafron)	394	6.2157	2.09000
Evitar el afrontamiento (eviafron)	394	4.7335	1.95563
Resolver el problema (resprobl)	394	7.3147	2.42284
Apoyo social al problema (apsoprob)	394	3.0914	2.18059
Desconexión comportamental (descompo)	394	3.6294	2.20680
Expresión emocional (expemoci)	394	5.7690	2.21720
Apoyo social emocional (apsoemoc)	394	5.4721	2.65305
Respuesta paliativa (respalia)	394	3.7843	2.12860
N válido (según lista)	394		

Las siete estrategias priorizadas por todos los estudiantes de la universidad conforme al análisis de medias y desviaciones es el siguiente:

- Los estudiantes priorizan como la estrategia más habitual de afrontar los problemas y el estrés al **desarrollo personal**, entendido como la consideración del problema de una manera relativa, tomándolo como un autoestímulo y de un positivo aprendizaje de la situación, centrándose sobre todo en el desarrollo personal como ayuda a crecer y adquirir experiencias para más adelante poder solucionar los problemas de una forma más efectiva con el planteamiento de escenarios de resolución claros y ensayados previamente (Fernández-Abascal y cols. 1997).
- La estrategia que continúa en el uso habitual es el de la **reevaluación positiva**, entendiéndose como una estrategia de afrontamiento de tipo activo enfocada a crear un nuevo significado de la situación problema, aquí se incorporan nuevas cogniciones para la alteración de las expectativas experienciales para que el problema se sitúe en un esquema fuera de conflicto e interpretado como una oportunidad de adquirir experiencia, por ello, se intenta sacar todo lo positivo y beneficioso que tenga una determinada situación evaluada inicialmente como conflictiva y amenazante.
- Posteriormente se encuentra la **planificación**, los estudiantes utilizan esta estrategia movilizándolo el afrontamiento para alterar la situación, esto implica una aproximación analítica y prescriptiva (D'Zurilla, 1993) y racional al problema.
- El **resolver el problema** continúa en la elección de estrategias habitualmente usadas frente a los conflictos, esto implica decidir una acción directa y racional para solucionar todas las situaciones problema y/o conflictivas, Esta estrategia es compatible y correlacionada con la anterior estrategia de la planificación porque mutuamente trabajan y se apoyan juntas para orientar tanto la disminución de las emociones suscitadas por el problema como el conflicto mismo.
- El **distanciamiento** implica la supresión cognitiva de los efectos emocionales que el problema genera; y finalmente, el **refrenar el afrontamiento**, entendido como el aplazamiento de todo tipo de afrontamiento hasta que no se produzca una mayor y mejor información sobre el problema; como una especie de búsqueda de datos concretos, minuciosos y objetivos acerca del problema para luego proceder con otro tipo de actividad.

Tabla 23. Medias y desviaciones de toda la muestra de los estilos de afrontamiento según el método.

Estadísticos descriptivos			
	n	Media	Desv. típ.
Método activo (metactiv)	394	42.6142	9.44158
Método pasivo (metpasiv)	394	32.3147	7.17023
Método evitación (metevita)	394	28.0736	8.30078
N válido (según lista)	394		

En cuanto a los estilos según el método, el afrontamiento **activo** según el método es el estilo que tiene una elección primaria a la hora de afrontar los problemas, significa un afrontamiento que moviliza varios esfuerzos para los distintos tipos de solución de la situación problemática.

Tabla 24. Medias y desviaciones de toda la muestra de los estilos de afrontamiento según la focalización.

Estadísticos descriptivos			
	n	Media	Desv. típ.
Focalización respuesta (focrespu)	394	33.0990	7.34035
Focalización problema (focprobl)	394	33.3579	7.46400
Focalización emoción (focemoci)	394	36.5457	6.86246
N válido (según lista)	394		

Respecto a la focalización del afrontamiento, los resultados sitúan la focalización, basada en la **emoción**, esto quiere decir que generan esfuerzos para reducir y/o eliminar la respuesta emocional generada por la situación; Lázarus (1987) menciona a este aspecto, la reducción del *distrés* generado por el problema determinado por un tipo de afrontamiento que denominó como *paliativo*.

Tabla 25. Medias y desviaciones de toda la muestra de los estilos de afrontamiento según la actividad.

Estadísticos descriptivos			
	n	Media	Desv. típ.
Actividad cognitiva	394	57.8934	11.07016
Actividad conductual	394	45.1091	10.30357
N válido (según lista)	394		

Finalmente, respecto al afrontamiento según la actividad movilizada por el afrontamiento, el estilo cognitivo tiene preferencia por tanto los principales esfuerzos son cognitivos y no así comportamientos manifiestos o conductuales para la solución de los problemas, se concluye que los estudiantes en este momento del afrontamiento, generan una especie de reestructuración cognitiva al interior de su propio discurso y esquemas atribucionales para cambiar o modificar el sentido del conflicto, alterar la importancia relativa o cambiar el peso específico de algún tipo de creencia que pueda resultar disonante llegado el momento de actuar conductualmente (Morales y cols, 1997).

A continuación, se presentan los estadísticos descriptivos de las medias y desviaciones de las estrategias y estilos de afrontamiento por facultades.

Tabla 26. Facultad de Ciencias Jurídicas.

Estadísticos descriptivos			
	N	Media	Desv. típ.
Reevaluación positiva (reevpsi)	45	6.9778	2.14782
Reacción depresiva (reacdepr)	45	5.1333	2.13839
Negación (negacion)	45	3.8000	2.08458
Planificación (planific)	45	7.5556	2.37942
Conformismo (conformi)	45	5.7111	1.77895
Desconexión cognitiva (descogni)	45	5.0222	2.62409
Desarrollo personal (desapers)	45	8.6889	2.21382
Control emocional (contremo)	45	5.9556	2.50414
Distanciamiento (distanci)	45	5.7111	2.09569
Supresión de actividades distractoras (supacdis)	45	4.6667	1.89497
Refrenar el afrontamiento (refafron)	45	5.7778	1.88160
Evitar el afrontamiento (eviafron)	45	4.4000	1.87568
Resolver el problema (resprobl)	45	6.8667	2.47350
Apoyo social al problema (apsoprob)	45	2.8444	1.89444
Desconexión comportamental (descompo)	45	2.7111	1.99570
Expresión emocional (expemoci)	45	5.7333	2.13627
Apoyo social emocional (apsoemoc)	45	5.8222	3.00219
Respuesta paliativa (respalia)	45	3.6444	2.09062
Método activo (metactiv)	45	40.4889	9.01923
Método pasivo (metpasiv)	45	31.2444	7.19266
Método evitación (metevita)	45	25.2889	7.53363
Focalización respuesta (focrespu)	45	30.7556	6.65772
Focalización problema (focprobl)	45	30.7111	6.05889
Focalización emoción (focemoci)	45	35.5556	6.72024
Actividad cognitiva	45	54.5556	10.71438
Actividad conductual	45	42.4667	8.80754
N válido (según lista)	45		

Tabla 27. Facultad de Humanidades y Ciencias Sociales.

Estadísticos descriptivos			
	N	Media	Desv. típ.
Reevaluación positiva (reevpsi)	48	7.6250	2.18919
Reacción depresiva (reacdepr)	48	6.0417	2.07270
Negación (negacion)	48	4.0208	2.13870
Planificación (planific)	48	7.3333	2.30940
Conformismo (conformi)	48	6.1250	2.28431
Desconexión cognitiva (descogni)	48	5.5833	2.76631
Desarrollo personal (desapers)	48	9.1667	2.38197
Control emocional (contremo)	48	6.3333	2.46104
Distanciamiento (distanci)	48	6.4375	2.05153
Supresión de actividades distractoras (supacdis)	48	5.2500	2.30171
Refrenar el afrontamiento (refafron)	48	6.1042	2.19516
Evitar el afrontamiento (eviafron)	48	4.7708	1.90453
Resolver el problema (resprobl)	48	6.8750	2.66279
Apoyo social al problema (apsoprob)	48	2.7083	1.67533
Desconexión comportamental (descompo)	48	3.4167	2.02992
Expresión emocional (expemoci)	48	6.0625	2.50452
Apoyo social emocional (apsoemoc)	48	5.4375	2.62481
Respuesta paliativa (respalia)	48	3.6667	1.99290
Método activo (metactiv)	48	42.3125	9.89123
Método pasivo (metpasiv)	48	32.7500	5.93762
Método evitación (metevita)	48	27.8958	8.62021
Focalización respuesta (focrespu)	48	33.8125	7.35905
Focalización problema (focprobl)	48	32.0417	7.24043
Focalización emoción (focemoci)	48	37.1042	6.35891
Actividad cognitiva	48	58.6667	10.48876
Actividad conductual	48	44.2917	8.42731
N válido (según lista)	48		

Tabla 28. Facultad de Ciencias de la Salud.

Estadísticos descriptivos			
	N	Media	Desv. típ.
Reevaluación positiva (reevpsi)	105	7.7714	2.58791
Reacción depresiva (reacdepr)	105	5.9524	2.22909
Negación (negacion)	105	3.9048	2.28929
Planificación (planific)	105	7.7238	2.44358
Conformismo (conformi)	105	5.6952	2.22367
Desconexión cognitiva (descogni)	105	5.8857	2.48965
Desarrollo personal (desapers)	105	9.2190	2.16609
Control emocional (contremo)	105	5.8476	2.55622
Distanciamiento (distanci)	105	6.2857	2.01778
Supresión de actividades distractoras (supacdis)	105	4.9524	1.95321
Refrenar el afrontamiento (refafron)	105	6.3619	2.21934
Evitar el afrontamiento (eviafron)	105	4.5905	2.03666
Resolver el problema (resprobl)	105	7.1619	2.44998
Apoyo social al problema (apsoprob)	105	3.2381	2.14173
Desconexión comportamental (descompo)	105	3.9333	2.38693
Expresión emocional (expemoci)	105	5.8952	2.32844
Apoyo social emocional (apsoemoc)	105	5.7333	2.73604
Respuesta paliativa (respalia)	105	3.8857	2.12274
Método activo (metactiv)	105	42.7238	9.84544
Método pasivo (metpasiv)	105	32.8286	7.88799
Método evitación (metevita)	105	28.4857	8.77947
Focalización respuesta (focrespu)	105	33.5333	8.05995
Focalización problema (focprobl)	105	33.6381	7.52959
Focalización emoción (focemoci)	105	36.8667	7.41239
Actividad cognitiva	105	58.2857	12.10667
Actividad conductual	105	45.7524	11.09035
N válido (según lista)	105		

Tabla 29. Facultad de Ciencias Económicas y Financieras.

Estadísticos descriptivos			
	N	Media	Desv. típ.
Reevaluación positiva (reevpsi)	80	7.4500	2.25523
Reacción depresiva (reacdepr)	80	5.3875	2.16119
Negación (negacion)	80	4.2375	1.95029
Planificación (planific)	80	7.3625	2.36131
Conformismo (conformi)	80	5.8500	2.26196
Desconexión cognitiva (descogni)	80	5.9000	2.15595
Desarrollo personal (desapers)	80	8.7625	2.17723
Control emocional (contremo)	80	5.9375	2.11291
Distanciamiento (distanci)	80	6.2375	1.96967
Supresión de actividades distractoras (supacdis)	80	5.1250	2.20687
Refrenar el afrontamiento (refafron)	80	5.7375	1.94704
Evitar el afrontamiento (eviafron)	80	4.8250	2.03622
Resolver el problema (resprobl)	80	6.9875	2.16119
Apoyo social al problema (apsoprob)	80	3.2875	2.30131
Desconexión comportamental (descompo)	80	3.7500	1.98411
Expresión emocional (expemoci)	80	5.4500	2.15183
Apoyo social emocional (apsoemoc)	80	5.4125	2.54923
Respuesta paliativa (respalia)	80	3.8875	2.26695
Método activo (metactiv)	80	41.1375	9.35210
Método pasivo (metpasiv)	80	31.6125	7.33553
Método evitación (metevita)	80	28.8375	8.10601
Focalización respuesta (focrespu)	80	32.7625	7.77898
Focalización problema (focprobl)	80	33.1375	7.62863
Focalización emoción (focemoci)	80	35.6875	7.43511
Actividad cognitiva	80	57.1250	11.53572
Actividad conductual	80	44.4625	11.22716
N válido (según lista)	80		

Tabla 30. Facultad de Ingeniería y Tecnología.

Estadísticos descriptivos			
	N	Media	Desv. típ.
Reevaluación positiva (reevpsi)	103	7.6893	2.24058
Reacción depresiva (reacdepr)	103	5.0971	2.21631
Negación (negacion)	103	3.6505	1.99857
Planificación (planific)	103	8.0680	2.26768
Conformismo (conformi)	103	6.0388	2.22694
Desconexión cognitiva (descogni)	103	5.7282	2.48602
Desarrollo personal (desapers)	103	9.4854	1.91927
Control emocional (contremo)	103	6.5340	2.16847
Distanciamiento (distanci)	103	6.3301	1.97230
Supresión de actividades distractoras (supacdis)	103	5.1650	1.92046
Refrenar el afrontamiento (refafron)	103	6.5922	2.07901
Evitar el afrontamiento (eviafron)	103	4.7670	1.83754
Resolver el problema (resprobl)	103	8.0000	2.33893
Apoyo social al problema (apsoprob)	103	3.0097	2.43542
Desconexión comportamental (descompo)	103	3.6311	2.25784
Expresión emocional (expemoci)	103	5.7087	2.12654
Apoyo social emocional (apsoemoc)	103	5.1262	2.49187
Respuesta paliativa (respalia)	103	3.6311	2.11896
Método activo (metactiv)	103	44.1165	8.93144
Método pasivo (metpasiv)	103	32.3981	7.05627
Método evitación (metevita)	103	27.7379	7.97540
Focalización respuesta (focrespu)	103	32.9612	6.41219
Focalización problema (focprobl)	103	34.4757	7.60011
Focalización emoción (focemoci)	103	36.8155	6.15128
Actividad cognitiva	103	58.6214	10.01481
Actividad conductual	103	45.6311	9.96070
N válido (según lista)	103		

Tabla 31. Facultad de Ciencias Agronómicas y Ambientales.

Estadísticos descriptivos			
	N	Media	Desv. típ.
Reevaluación positiva (reevpsi)	13	8.3077	2.05688
Reacción depresiva (reacdepr)	13	6.1538	1.14354
Negación (negacion)	13	4.2308	1.53590
Planificación (planific)	13	8.6923	2.09701
Conformismo (conformi)	13	5.9231	1.38212
Desconexión cognitiva (descogni)	13	6.6923	2.92645
Desarrollo personal (desapers)	13	9.3077	2.62630
Control emocional (contremo)	13	5.9231	2.01914
Distanciamiento (distanci)	13	7.1538	1.81871
Supresión de actividades distractoras (supacdis)	13	6.5385	2.02548
Refrenar el afrontamiento (refafron)	13	6.9231	1.60528
Evitar el afrontamiento (eviafron)	13	6.0769	1.89128
Resolver el problema (resprobl)	13	8.3077	2.28709
Apoyo social al problema (apsoprob)	13	3.6154	2.21880
Desconexión comportamental (descompo)	13	4.3846	2.29269
Expresión emocional (expemoci)	13	6.2308	1.53590
Apoyo social emocional (apsoemoc)	13	5.3846	2.81480
Respuesta paliativa (respalia)	13	4.4615	2.18386
Método activo (metactiv)	13	47.3846	8.25165
Método pasivo (metpasiv)	13	33.9231	5.07381
Método evitación (metevita)	13	33.0000	7.37111
Focalización respuesta (focrespu)	13	38.2308	5.03577
Focalización problema (focprobl)	13	37.6154	7.38849
Focalización emoción (focemoci)	13	38.4615	6.42411
Actividad cognitiva	13	62.3846	9.32325
Actividad conductual	13	51.9231	9.34043
N válido (según lista)	13		

El análisis exhaustivo por facultades permite establecer los siguientes parámetros:

- a. Las seis facultades seleccionadas para la presente investigación (Ciencias Jurídicas, Humanidades y Ciencias Sociales, Salud, Económicas y Financieras,

Ingeniería y Tecnología y, finalmente, Agronómicas y Ambientales) priorizan como estrategia que habitualmente utilizan al *desarrollo personal*, le sigue la estrategia de *planificación* en las facultades de Ciencias Jurídicas, Humanidades y Ciencias Sociales, Ingeniería y Tecnología y Agronómicas y Ambientales. Sólo en las facultades de Ciencias de la Salud y Económicas y Financieras la segunda estrategia utilizada es la *reevaluación positiva*.

- b. En cuanto a los estilos de afrontamiento, todas las facultades utilizan como primer estilo según el método, *el activo*; según la focalización, en *la emoción* y, finalmente, según la actividad, *la cognitiva*.

Estadísticos descriptivos del Cuestionario de Salud SF-36.

A continuación, se presentan los estadísticos descriptivos de las ocho escalas del Cuestionario SF-36, iniciando con la muestra general y posteriormente, por facultades.

Tabla 32. Muestra total de la universidad.

Estadísticos descriptivos			
	n	Media	Desv. típ.
FF	394	83.1472	17.82709
RF	394	56.4086	36.18032
DC	394	61.1193	21.41789
SG	394	54.7107	19.50005
VI	394	56.8655	15.99570
FS	394	62.2145	21.59358
RE	394	42.8088	40.14965
SM	394	59.7360	17.24222
Evolucion Declarada de Salud (EVS)	394	2.8706	.90573
N válido (según lista)	394		

Tabla 33. Facultad de Ciencias Jurídicas

Estadísticos descriptivos

	n	Media	Desv. típ.
FF	45	86.2222	15.34288
RF	45	62.7778	39.39248
DC	45	61.4889	20.78310
SG	45	58.3333	21.20785
VI	45	56.1111	16.95210
FS	45	66.9444	20.84091
RE	45	41.4815	40.92094
SM	45	58.6667	19.40946
Evolucion Declarada de Salud (EVS)	45	2.8000	.89443
N válido (según lista)	45		

Tabla 34. Facultad de Humanidades y Ciencias Sociales.

Estadísticos descriptivos

	n	Media	Desv. típ.
FF	48	85.6250	16.09893
RF	48	61.4583	36.81406
DC	48	58.1875	21.15762
SG	48	55.0417	21.00350
VI	48	55.0000	18.10137
FS	48	58.0729	25.06502
RE	48	36.8056	37.18180
SM	48	55.4167	19.29815
Evolucion Declarada de Salud (EVS)	48	2.9167	.87113
N válido (según lista)	48		

Tabla 35. Facultad de Ciencias de la Salud.

Estadísticos descriptivos

	n	Media	Desv. típ.
FF	105	84.7619	16.16295
RF	105	57.6190	36.04948
DC	105	61.4857	21.63025
SG	105	51.2952	18.96247
VI	105	54.4286	16.70321
FS	105	60.9524	21.69883
RE	105	43.1746	43.09694
SM	105	58.5143	16.79063
Evolucion Declarada de Salud (EVS)	105	2.9619	.83117
N válido (según lista)	105		

Tabla 36. Facultad de Ciencias Económicas y Financieras.

Estadísticos descriptivos

	n	Media	Desv. típ.
FF	80	80.1250	18.45238
RF	80	52.5000	36.37011
DC	80	61.7375	21.41793
SG	80	54.5625	19.27801
VI	80	58.6250	14.73339
FS	80	61.7188	19.31826
RE	80	43.7500	40.25018
SM	80	59.3000	16.45892
Evolucion Declarada de Salud (EVS)	80	2.7625	1.03415
N válido (según lista)	80		

Tabla 37. Facultad de Ingeniería y Tecnología.

Estadísticos descriptivos

	n	Media	Desv. típ.
FF	103	82.2816	20.21668
RF	103	53.3981	35.19006
DC	103	62.7573	21.11289
SG	103	56.4272	18.37496
VI	103	58.8835	14.08886
FS	103	64.1990	21.65407
RE	103	44.3366	38.31652
SM	103	63.5340	15.80569
Evolucion Declarada de Salud (EVS)	103	2.8544	.90106
N válido (según lista)	103		

Tabla 38. Facultad de Ciencias Agronómicas y Ambientales.

Estadísticos descriptivos

	n	Media	Desv. típ.
FF	13	75.7692	18.46688
RF	13	53.8462	30.35580
DC	13	50.9231	25.46063
SG	13	55.8462	21.55940
VI	13	59.2308	19.45574
FS	13	58.6538	21.88072
RE	13	48.7179	42.19747
SM	13	61.8462	18.00854
Evolucion Declarada de Salud (EVS)	13	3.0000	.91287
N válido (según lista)	13		

El análisis de las medias y desviaciones permite establecer que la escala de **función física (FF)** del cuestionario de salud SF-36 a nivel general en todos los estudiantes es el que tiene valores más elevados demostrando de esta manera que no existen limitaciones físicas tales como el autocuidado, caminar, subir escaleras, inclinarse, coger o llevar pesos, y tampoco limitaciones en cuanto a los esfuerzos moderados e intensos. Los puntajes elevados en esta escala, permiten concordar con investigaciones acerca de la salud física general en los universitarios por cuanto mencionan que la fortaleza física y la energía son propios de esta etapa de la vida.

La escala del rol **emocional (RE)** se sitúa con puntuaciones bajas o inferiores al promedio esperable concluyéndose que los problemas emocionales interfieren moderadamente el trabajo o estudio así como otras actividades diarias. Esto implica reducción en el tiempo dedicado a estas actividades, consiguientemente, el rendimiento es menor al deseado (tanto a nivel académico como de la valoración subjetiva de los estudiantes) y existe una disminución sustancial en la eficacia al trabajar o estudiar. Este indicador se corresponde por guardar compatibilidad al de **salud mental (SM)** por cuanto los valores también son apenas superiores al promedio, merece especial mención la asociación con síntomas o conjunto de síntomas de depresión, ansiedad y una pérdida del control en el aspecto conductual y efectos negativos en las emociones, sentimientos y afectos.

En el análisis por facultades, la **función física** es la más elevada puntuando altos valores. La tendencia del **rol emocional** bajo se corresponde con la interferencia en actividades cotidianas y disminución del rendimiento general correlacionada siempre a la escala de **salud mental** indicando presencia de depresión, ansiedad y un efecto negativo en el control de la conducta y el control emocional.

Estadísticos y pruebas inferenciales y/o de contraste.

Después del análisis de los datos en función a los estadísticos descriptivos, se realizó un MANOVA para el análisis de la interacción entre los estilos de afrontamiento por facultad y por sexo, se tomó como variables dependientes los estilos de afrontamiento.

No resultó significativa la interacción $F_{(90,1845)} = 1.185$; $p > 0.118$ por lo que se procedió a analizar los factores sexo y facultad por separado.

Cuando se colocan los estilos de afrontamiento como variables independientes frente al facultad y sexo de los estudiantes, las interacciones no son significativas, por lo tanto, implica que independientemente del estilo utilizado habitualmente para afrontar los problemas y/o el estrés, la calidad de vida no tiene ninguna variante en sus ocho componentes que hacen el cuestionario de salud SF-36.

Respecto al análisis de los estilos de afrontamiento por facultad y sexo, no resultó significativa la interacción $F_{(30,1905)} = 1.741$; $p > 0.884$ por lo que se procedió a analizar los factores sexo y facultad por separado.

Se había mencionado que no existen diferencias significativas en la interacción cuando se considera el estilo de afrontamiento como variables dependientes; al invertir los estilos de afrontamiento como variables independientes y colocando los ocho indicadores de la calidad de vida relacionada a la salud, el análisis de los factores por separado son significativos, pero no así su interacción, ello implica que al margen del tipo o estilo de afrontamiento que se utilice habitualmente, no interferirá en la salud general y la calidad de vida de forma significativa.

En relación al análisis de la calidad de vida en función del sexo y la facultad, con un MANOVA y tomando como variables, al igual que en los casos anteriores, el sexo y la facultad no resultó significativa la interacción $F_{(40,1895)} = 1.359$; $p > 0.067$, por lo que se procedió a analizar los factores sexo y facultad por separado.

Dado que en ninguno de los análisis previos se han observado diferencias en la calidad de vida en función de la facultad, se extrae esta variable del análisis y se toma el sexo y el estilo de afrontamiento (según el método, focalización y actividad) como variables independientes para analizar la calidad de vida.

Se aplicó un MANOVA para analizar la interacción entre el tipo de afrontamiento según el método y el sexo en los estudiantes. Dan significativos ambos factores pero no la interacción por lo que se procede a analizar por separado.

Haciendo una comparación con una prueba t de Student para muestras independientes, se compara sexo con los ocho indicadores de calidad de vida del SF-36, asumiendo varianzas iguales en la comparación, los valores son los siguientes:

1. Función física (FF): $t_{(392)} = 2.377$; $p < 0.018$, con diferencias significativas.
2. Rol físico (RF): $t_{(392)} = -0.619$; $p > 0.737$, sin diferencias significativas.
3. Dolor corporal (DC): $t_{(392)} = 4.036$; $p < 0.0001$, con diferencias significativas.
4. Salud general (SG): $t_{(392)} = 5.937$; $p < 0.0001$, con diferencias significativas.

5. Vitalidad (VI): $t_{(392)} = 3.799$; $p < 0.0001$, con diferencias significativas.
6. Función social (FS): $t_{(392)} = 4.490$; $p < 0.0001$, con diferencias significativas.
7. Rol emocional (RE): $t_{(392)} = 3.594$; $p < 0.0001$, con diferencias significativas.
8. Salud Mental (SM): $t_{(392)} = 5.895$; $p < 0.0001$, diferencias significativas.

Al hacer los análisis de la interacción de los estilos de afrontamiento relacionados con sexo, se tiene que en los siete de los ocho componentes de la calidad de vida, existen diferencias significativas, esto implica que el grupo de las mujeres son las más afectadas que los hombres en los indicadores de *función física, dolor corporal, salud general, vitalidad, función social, rol emocional* y *salud mental*.

El indicador *rol físico* no tiene diferencias significativas, por lo que tanto hombres como mujeres son igualmente afectados en cuando a las interferencias en su trabajo, estudio u otras actividades cotidianas y tienen un rendimiento menor al deseado o esperable referido por reporte directo de resultados de la prueba o por percepción subjetiva mostrada en el análisis de los indicadores en cuestión.

Aplicando un ANOVA, y tendiendo como variable independiente el afrontamiento según el método como estrategia activa, pasiva o por evitación, existen diferencias significativas para las siguientes variables dependientes:

1. Salud general (SG): $F_{(2, 377)} = 13.548$; $p < 0.0001$.
2. Vitalidad (VI): $F_{(2, 377)} = 11.610$; $p < 0.0001$
3. Función social (FS): $F_{(2, 377)} = 4.941$; $p < 0.008$
4. Salud mental (SM): $F_{(2, 377)} = 20.365$; $p < 0.0001$

En las comparaciones múltiples por pares, siempre como variable dependiente los indicadores de salud del SF-36, respecto al afrontamiento según el método (método activo METACTIV, método pasivo METPASIV y método evitación METEVITA), se tienen las siguientes diferencias significativas en las comparaciones de medias:

1. Dolor corporal (DC): $M_{(\text{método activo})} - M_{(\text{método evitación})} = 8.95925$; $p < 0.031$
2. Salud General (SG): $M_{(\text{método activo})} - M_{(\text{método pasivo})} = 9.99060$; $p < 0.005$
 $M_{(\text{método activo})} - M_{(\text{método evitación})} = 16.74922$; $p < 0.0001$

3. Vitalidad (VI): $M_{\text{(método activo)}} - M_{\text{(método pasivo)}} = 9.57941; p < 0.001$
 $M_{\text{(método activo)}} - M_{\text{(método evitación)}} = 11.67712; p < 0.0001$
4. Función Social (FS): $M_{\text{(método activo)}} - M_{\text{(método evitación)}} = 11.16771; p < 0.007$
5. Salud Mental (SM): $M_{\text{(método activo)}} - M_{\text{(método evitación)}} = 10.88610; p < 0.001$
 $M_{\text{(método activo)}} - M_{\text{(método evitación)}} = 17.94357; p < 0.0001$

En las diferencias significativas relacionadas al sexo con los estilos de afrontamiento según el método (**activo, pasivo y evitación**) y teniendo como variables dependientes los componentes de la calidad de vida, se concluye que existen diferencias significativas en la *salud general, vitalidad, función social y salud mental*. La explicación psicológica a la luz de las teorías que constituyen las escalas desarrolladas en la investigación mencionan que las mujeres respecto a los hombres son más afectadas respecto a las perspectivas de salud física en el futuro y la resistencia a enfermar, experimentan mayores sentimientos de cansancio y agotamiento. Se sienten más agobiadas físicamente que los hombres; demostrando mayores sentimientos de energía y vitalidad; tanto por lo reportado en la prueba como por referencia subjetiva.

Los hombres son menos afectados y tienen menor interferencia en su vida social habitual que las mujeres y las mujeres tienen mayores síntomas de depresión, ansiedad, bajo control de la conducta y emoción con un efecto negativo en su salud general.

Cuando se comparan por pares hay diferencias significativas respecto al método empleado, de ahí que en las variables *dolor corporal, salud general, vitalidad, función social y salud mental*; en el *método de afrontamiento activo* respecto al *pasivo y evitativo* los más afectados son los estudiantes varones por el *esfuerzo cognitivo* (formulación de estrategias cognitivas) que se hace al afrontar el problema más que por las acciones comportamentales inmediatas que deberían realizarse. Esta conclusión es concordante con lo expuesto en el afrontamiento activo de Lázarus (1987) por cuanto existe un consumo de energía psíquica al saber que el afrontamiento es un esfuerzo cognitivo y no sólo un mero mecanismo adaptativo cuando se trata de los problemas que el individuo considera como amenazantes para su bienestar psíquico y físico.

En el caso del dolor corporal, los estudiantes varones asumen un método de afrontamiento activo; en la salud general, el método de afrontamiento activo; en la vitalidad, el activo; en la función social, el activo y finalmente, en la salud mental, el método activo. El método de afrontamiento activo implica que movilizan esfuerzos de carácter cognitivo para la solución de una situación concreta.

Se tiene que recordar que los estudiantes, varones y mujeres priorizan un afrontamiento activo en cuando al método, se focalizan en la emoción más que en el problema o la respuesta y tienen estilos de afrontamiento según la actividad de carácter cognitivo y no así de carácter conductual.

Más adelante se aplicó un MANOVA para analizar la interacción entre el tipo de afrontamiento según la focalización y el sexo en los estudiantes. No hay interacción significativa por lo que se procede a analizar cada variable por separado.

Aplicando un ANOVA, y tendiendo como variable independiente el afrontamiento según la focalización (respuesta, problema y emoción) como estrategia, existen diferencias significativas para las siguientes variables dependientes:

1. Rol físico (RF): $F_{(2, 362)} = 3.422$; $p < 0.034$.
2. Función social (FS): $F_{(2, 362)} = 3.597$; $p < 0.028$
3. Rol emocional (RE): $F_{(2, 362)} = 5.046$; $p < 0.007$.

En las comparaciones múltiples por pares, siempre como variable dependiente los indicadores de salud del SF-36, respecto al afrontamiento según la focalización (focalización en la respuesta FOCRESPU, focalización en el problema FOCPROBL y focalización en la emoción FOCEMOCI), se tienen las siguientes diferencias significativas:

1. Rol físico (RF): $M_{(\text{focalización respuesta})} - M_{(\text{focalización emoción})} = 11.19673$; $p < 0.021$
2. Vitalidad (VI): $M_{(\text{focalización problema})} - M_{(\text{focalización respuesta})} = 6.38889$; $p < 0.018$
3. Función social (FS): $M_{(\text{focalización problema})} - M_{(\text{focalización respuesta})} = 3.50246$; $p < 0.016$

$$M_{(\text{focalización emoción})} - M_{(\text{focalización respuesta})} = 2.85484; p < 0.017$$

$$4. \text{ Rol emocional (RE): } M_{(\text{focalización problema})} - M_{(\text{focalización respuesta})} = 13.42593; p < 0.040$$

$$M_{(\text{focalización problema})} - M_{(\text{focalización emoción})} = 16.88864; p < 0.002$$

Respecto a la focalización del afrontamiento (en la respuesta, problema y la emoción), existen diferencias significativas en la interacción del rol físico, función social y rol emocional.

El rol físico está focalizado en la respuesta, la vitalidad en el problema, la función social en el problema y la emoción y finalmente, el rol emocional está focalizado en el problema.

Esto significa que para las actividades cotidianas, la energía y los sentimientos de cansancio y agotamiento; los problemas de la salud física o emocional, tienen un tipo de afrontamiento focalizado en el problema, implica que tienen la capacidad de manipular o de alterar las condiciones que hacen a la amenaza en estas áreas.

Finalmente se aplicó un último MANOVA para analizar la interacción entre el tipo de afrontamiento según la actividad y el sexo en los estudiantes. Son significativos cada uno de los factores pero no así la interacción.

Al aplicarse la prueba t de Student para muestras independientes para la comparación entre el tipo de afrontamiento según la actividad (actividad cognitiva ACTCOGNI y actividad conductual ACTCONDU) como variable independiente y los ocho indicadores de salud como dependientes, se tiene diferencias significativas sólo en la variable Función física: $t_{(387)} = 2.099; p < 0.036$.

Los principales esfuerzos son de carácter cognitivo para la resolución de todas las actividades físicas que implican el autocuidado, caminar, subir escaleras, inclinarse, coger o llevar pesos como también los esfuerzos moderados e intensos. Todo ello desemboca en el hecho de que no ejercen acciones conductuales, sólo esfuerzos cognitivos activos y usualmente focalizados en la emoción, fundamentalmente, paliativos, destinados a reducir el estrés o emociones negativas.

Esto parecería indicar que la presencia de depresión, ansiedad, bajo control de las conductas y las emociones están determinados porque habitualmente la focalización en la emoción antes que la respuesta o problema, el método activo y la actividad cognitiva en los estilos de afrontamiento, genera un desgaste emocional que afecta sistemáticamente y en forma ascendente la función física, el rol emocional y la función social en los estudiantes universitarios de los cuales, mayores consecuencias tiene el grupo de las mujeres respecto a los varones.

CONCLUSIONES Y DISCUSIÓN

No existe interacción directa entre las estrategias de afrontamiento relacionadas a la calidad de vida en sus ocho indicadores específicos en los estudiantes de la Universidad San Francisco Xavier de Chuquisaca, pero sí existen diferencias significativas en los valores por facultad y sexo, excepto en el rol físico.

En el análisis de datos mencionado en los resultados, se hace referencia a la inexistencia de una interacción entre los indicadores de la calidad de vida relacionada a la salud cuando se coloca como variable independiente y los estilos y estrategias de afrontamiento como variable dependiente.

La discusión en este punto permite llegar a las siguientes conclusiones interpretándose a la luz de las pruebas estadísticas inferenciales:

- No se reporta interacción entre estilos y estrategias de afrontamiento del EEA con los ocho indicadores de calidad de vida del SF-36, porque al ser construido este último instrumento para evaluar la calidad de vida en poblaciones que sufren de enfermedades crónicas las interacciones son débiles mientras se aplique el análisis de los indicadores de calidad de vida como variables independientes.
- De acuerdo a explicaciones de Kaiser (2000) en la estandarización del instrumento en otras poblaciones no enfermas con problemas crónicos, los únicos indicadores que podrían afectarse con mayor grado son los de salud mental y rol emocional.
- En la investigación y de acuerdo a los datos reportados cuando se vuelca la matriz de análisis colocando los indicadores como variables dependientes resultantes de las independientes (estilos y estrategias de afrontamiento) las relaciones de interacción por sexo resultan ser significativas.

Conforme a los postulados de Fernández-Abascal (1997) y Lázarus y Folkman (1987), el costo del afrontamiento paliativo, en la investigación definida como estilo de afrontamiento según la focalización orientada a la emoción, la calidad de vida referida a la salud mental, al rol emocional y a la función física tienen interacciones significativas.

Consideraciones de las estrategias y estilos de afrontamiento y calidad de vida.

Efectivamente, se concluye que de acuerdo a la primera hipótesis planteada al inicio de la investigación, los estilos de afrontamiento afectan la calidad de vida relacionada a la salud en los estudiantes universitarios deteriorándola en la salud general, vitalidad, función social y salud mental.

Cuando se analiza la tabla de estadísticos descriptivos para las estrategias y estilos de afrontamiento en toda la muestra de estudiantes de la universidad, se determina que las estrategias utilizadas más habitualmente son las de Desarrollo personal, reevaluación positiva y planificación.

En contraste con la prueba Anova y Manova aplicadas para el análisis de la interacción, se determina que existen diferencias significativas en los factores de estilos y estrategias de afrontamiento con la calidad de vida. Con ello se prueba la primera hipótesis de trabajo demostrando efectivamente que hay una interacción estrecha entre estos particulares o habituales estilos de afrontamiento con la afeción a la calidad de vida en siete de los ocho indicadores: función física, dolor corporal, salud general, vitalidad, función social, rol emocional y salud mental.

Se tiene que mencionar aquí el análisis del entorno social para abordar los factores de bienestar subjetivo, satisfacción vital y afectividad en esta cultura. Respecto al bienestar subjetivo (que reside en la experiencia del sujeto) incluye una evaluación global más que particular de los aspectos vitales, por ello, siete de los ocho los indicadores de calidad de vida resultan ser significativos al interactuar con los estilos de afrontamiento de desarrollo personal, reevaluación positiva y planificación.

Cuando los estudiantes evalúan sus vidas, utilizan los componentes de afectos y pensamientos, el componente afectivo se refiere al nivel hedónico, es decir, el placer experimentado en los sentimientos, emociones y el estado de ánimo general. Al afrontar los problemas y en especial el estrés, determinado fundamentalmente como modalidad intermitente (exámenes), la salud mental, la vitalidad, el rol emocional y la función social interactúan significativamente con el afrontamiento focalizado en la emoción. El bienestar subjetivo evaluado por el propio estudiante viene a ser la experiencia global de

reacciones positivas respecto a su propia vida y cuando existe una discrepancia percibida entre aspiraciones y logros, sobreviene una reducción del placer y el balance se torna negativo.

Los estudiantes en torno a su satisfacción vital o bienestar subjetivo, en base a juicios o evaluaciones cognitivas específicas logran un equilibrio entre emociones positivas y negativas, por ello, consideran como estrategia de afrontamiento la reevaluación positiva, esto quiere decir, colocar un problema como un aspecto de crecimiento y desarrollo personal para reducir esos sentimientos de nerviosismo, ansiedad, depresión y malestar, valorados también con la presencia de síntomas fisiológicos y hacer de este modo que sus estados afectivos no se desvien persistentemente de un estándar de neutralidad afectiva y de comodidad emocional positiva.

Estos estados de afecto negativo que pueden tornarse persistentes como desviación emocional, y que a su vez son indicadores de un desorden psicológico hacen que el estudiante se centre en el estilo de afrontamiento según el método, en el activo, focalizado en la emoción y con actividad cognitiva; es decir, buscar constantemente la naturaleza problemática de los sentimientos negativos experimentados con estrés y evitar así esas consecuencias disfuncionales. Estos sentimientos negativos, inicialmente son percibidos como reacciones “normales”, esperables para circunstancias difíciles pero no así cuando se vuelven persistentes.

Analizando la segunda hipótesis planteada, el estilo de afrontamiento según el estilo focalizado en la emoción (estilo predominante en los estudiantes), e interpretando las diferencias significativas para los indicadores de calidad de vida, se concluye la prueba de esta hipótesis orientada especialmente a los indicadores de rol físico, función social y rol emocional.

Los estudiantes al focalizar el afrontamiento según la focalización en la emoción, evalúan como más típicas las emociones positivas que las negativas generadas por el estrés circunstancial. De ahí que sus esfuerzos se concentren a reducir esas sensaciones desagradables generadas por el distrés para no experimentar en la dimensión placer-displacer los síntomas motores y fisiológicos asociados al miedo y emociones negativas contenidos en los indicadores de calidad de vida. Estos serían los problemas

estomacales, frío, tensión muscular, sudoración, tener un “nudo en la garganta”, conductas de evitación y aislamiento.

Según Páez y Casullo (2000), la afectividad positiva está asociada a medidas de motivación y logro e indicadores de buena conducta social: frecuencia de contactos, satisfacción con los amigos y las relaciones, implicación y conocimiento de nuevas relaciones. La afectividad negativa está asociada a la presencia de sucesos negativos situaciones de control y medición como por ejemplo los exámenes y trabajos.

En esta cultura, las representaciones que se tienen de las emociones, del afrontamiento y de la calidad de vida están asociados a los grupos sociales de pertenencia de identidad social del estudiante universitario, éstos grupos de pertenencia generan estereotipos y creencias normativas relacionadas con su repertorio de estrategias de afrontamiento y que se incluyen también la vivencia de afrontamiento, la expresión de las emociones, el autocontrol emocional y las creencias de autoeficacia para resolver los problemas.

Finalmente, y en cuanto se refieren a las hipótesis, la tercera y última planteada, se acepta puesto que verazmente, los estudiantes, tienen mayor afección en los indicadores de función física, vitalidad y salud mental. Es importante e imprescindible mencionar aquí, las mujeres tienen mayor afección que los hombres.

Conviene mencionar en este acápite que Bolivia, al ser un país latinoamericano presenta una estructura cultural de alto colectivismo frente a individualismo y la sociedad está orientada más a la masculinidad que la feminidad (Paez y Casullo, 2000).

Al hablar de masculinidad, el nivel de análisis es que se vive en una sociedad en la cual los roles sexuales están diferenciados “socialmente”. En el rol masculino existe una necesidad de realización, asertividad, simpatía por la fuerza e importancia dada al éxito material.

Por ello, las mujeres son más afectadas en siete de los ocho componentes de calidad de vida relacionada a la salud porque también influye el control o evitación de la incertidumbre y de la reducción de la ansiedad que en el caso de los hombres, son ellos culturalmente considerados como los más indicados para afrontar “mejor” que las

mujeres estos problemas o, como menciona Morales y cols. (1997), las mujeres son más conformistas en las tareas o estrategias en las que éstas suponen que los varones son los más “expertos”.

Esta cultura es colectivista, por lo tanto, se da preferencia a un cuadro social de estructura cerrada que en su seno, los individuos son implicados emocionalmente, pertenecedores a familias extendidas y con percepción de que la familia, o el grupo social de pertenencia los protegerá. No obstante, con el paso de los años y el cambio de los esquemas de pensamiento, cada vez se va adoptando valores, creencias y normas pertenecientes a una cultura individualista.

Aquí también se debe incluir la manera de enfrenar el conflicto, la expresión respecto a la inhibición del afecto y la expresión de sentimientos positivos frente a los negativos. Conforme a una creciente cultura individualista a nivel de la vida universitaria donde poco a poco va predominando el hedonismo, el autocontrol estricto y el logro académico para aumentar la probabilidad de control y predecibilidad de los sucesos felices y exitosos; Páez y Casullo (2000) mencionan que estos efectos negativos en la expresión de las emociones y sentimientos tienen a largo plazo consecuencias en la forma y los estilos de interacción, calidad de vida y un intercambio paulatino de una sociedad de predominio de valores colectivistas a valores individualistas y de distanciamiento afectivo.

Recomendaciones finales.

El análisis realizado a lo largo de las interacciones entre los estilos y estrategias de afrontamiento y la calidad de vida en los universitarios, permite formular las siguientes recomendaciones que se presentan a modo de sugerencia para ser implementadas en forma de propuesta y/o proyecto coordinado entre el Instituto de Investigaciones Humanísticas y educativas de la Carrera de Psicología de la Universidad San Francisco Xavier de Chuquisaca y el Seguro Médico Universitario de Estudiantes.

1. Implementación de un sistema de información, evaluación y valoración de los estresores psicosociales en los universitarios. Este sistema debería contar con:

- Tipos y características de los estresores psicosociales, su implicancia y variedades en la cultura.
 - Representación prototípica de las emociones y atributos de los estados afectivos concomitantes en las reacciones internas, los cambios motores y corporales, los cambios mentales y subjetivos y los estados de disposición a la acción.
2. Promoción de una cultura de apoyo social efectivo con la formación de grupos de encuentro de estudiantes con similares problemáticas psicoafectivas, conductuales y de afrontamiento a los problemas. Esta promoción debe incluir las siguientes menciones:
- Discusión de lo colectivismo respecto al individualismo.
 - La importancia de la calidad de vida.
 - Expresividad alta y baja
3. Reestructuración cognitiva por medio de planes y programas orientados a la solución efectiva de los problemas relacionados con la salud mental, la calidad de vida con el propósito de formar una cultura universitaria de salud mental positiva. Se debe incluir:
- Valores y actitudes.
 - Conducta social.
 - Emociones.
4. Integración de la atención primaria y secundaria de todas las especialidades con la atención psicológica para formar una cultura comunitaria de apoyo mutuo. Se buscaría reducir:
- La diferenciación de roles de género.
 - El énfasis en lo que se es respecto a lo que se hace.
 - Orientación relacional frente a orientación hacia el yo.
5. Formulación de talleres de apoyo efectivo de los problemas particulares de los estudiantes para disminuir el impacto en la percepción negativa del rol físico y social y la salud mental en general.

- Regulación de la conducta y autocontrol emocional.
 - Entrenamiento de la asertividad y facilitación de las emociones positivas.
 - Entrenamiento en discriminación de las emociones negativas.
6. Creación y generación de investigación destinada a mejorar la calidad de vida y el afrontamiento efectivo de los problemas en los estudiantes.
 7. Incorporación de estrategias de mejoramiento del rol social del estudiante para contribuir en el aumento de la calidad de vida de sus familias y promover el impacto al resto de la sociedad comprometida de forma directa o indirecta en la salud mental de los estudiantes.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alarcon, R.D. (1995). Clasificación de la conducta anormal. En V.E. Caballo, G. Buela-Casal y J.A. Carrobles (Dir.), *Manual de psicopatología y trastornos psiquiátricos* (pp.205-256). Madrid: Siglo XXI.
- Alonso, J., Prieto, L. y Antó, J.M. (1995). La versión española del SF-36 Health Survey (Cuestionario de Salud SF-36: un instrumento para la medida de los resultados clínicos. *Medicina clínica*, 104, 771-776.
- Alvarez, A. (1998). La atención primaria de salud, protagonista. *Jano*, 55 (1267), 20-21.
- Alvaro, J., Torregrosa, J., Garrido, A. (1992) *Influencias sociales en la salud mental*. Madrid: Siglo XXI.
- Amón, J. (1996). *Estadística para Psicólogos. Tomos I y II*. España: Pirámide S. A.
- Asociación Americana de Psiquiatría (1992). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-IV*. España: Masson.
- Amigo Vázquez, I.; Fernández Rodríguez, C.; Pérez Alvarez, M. (2003). *Manual de psicología de la salud*. Madrid: Pirámide.
- Beck, A., Rush, A., Shaw, B., Emery, G. (1983). *Terapia Cognitiva de la Depresión*. España: Descleé de Brouwer S. A.
- Bermúdez, M.P. (1997). La autoestima como estrategia de prevención. En G. Buela-Casal, L. Fernandez-Rios y T.J. Carrasco (Eds.), *Psicología preventiva. Avances recientes en técnicas y programas de prevención* (pp. 137-148). Madrid: Piramide.
- Bernardo, M. (1998). Epidemiología psiquiátrica. En J. Vallejo (Director), *Introducción a la psicopatología y la psiquiatría* (4ª ed., pp. 61-68). Barcelona: Masson.
- Caballo, V.E. (1987). *Evaluación y entrenamiento de las habilidades sociales: una estrategia multimodal*. Tesis Doctoral, Universidad Autónoma de Madrid.

Cabrero, J.L. (1998). Prevención y asistencia psiquiátrica. En J. Vallejo (Director), *Introducción a la psicopatología y la psiquiatría* (4ª ed., pp. 857-866). Barcelona: Masson.

Cáceres, J. (1998). Terapia de pareja. En M.A. Vallejo-Pareja (Dir.), *Manual de terapia de conducta* (vol. I, pp. 529-562). Madrid: Dykinson.

Carver, C.S., Scheier, M.F. y Weintraub, J.K. (1989). Assessing coping strategies: A theoretically based approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, 56, 267-283.

Cohen, G.D. y Gladstone, W. (1997). *Cómo conocer y mejorar su salud mental*. Madrid: EDAF, Psicología y Autoayuda. (Original de 1995).

Conesa D., P. J. y Egea R., P. (2000). Operativización de variables en la investigación psicológica. *Psicothema*. Vol. 12. Supl. No. 2. pp. 157-162.

Costa, J.M. (1994). *Manual de psiquiatría*. Bellaterra: Publicacions de la Universitat Autònoma de Barcelona.

Costa, M. y Lopéz, E. (1986). *Salud comunitaria*. Barcelona: Martinez Roca.

Costa, M. y Lopéz, E. (1996). *Educación para la salud. Una estrategia para cambiar los estilos de vida*. Madrid: Pirámide.

Davis, M., McKay, M. y Eshelman, E.R. (1985). *Técnicas de autocontrol emocional*. Barcelona: Martinez Roca. (Original de 1982).

De Jong, A., Giel, R. y Ten Horn, G.H. (1988). *The WHO-International Classification of Mental Health Care*. Geneve: World Health Organization.

Del Rey, J. (1980). *Epidemiología y salud mental*. En J.L. Gonzalez de Rivera, A. Vela y J. Arana (Coords.), *Manual de psiquiatría* (pp. 237-261). Madrid: Karpos.

Del Rey, J. (1998). *Cómo cuidar la salud. Su educación y promoción*. Madrid: Harcourt Brace.

Delgado, A., Prieto, G. (1997). *Introducción a los Métodos de Investigación de la Psicología*. España: Pirámide.

Deschamps, J.P. (1998). Pobreza, equidad y promoción de la salud. *Promotion and education*, 5 (3-4), 123-124.

Díaz-García, M.I., Comeche, M.I. y Vallejo-Pareja, M.A. (1995). Técnicas de autocontrol. En F.J. Labrador, J.A. Cruzado y M. Muñoz (Dirs.), *Manual de técnicas de modificación y terapia de conducta*. (pp. 577-593). Madrid: Pirámide.

Duch, F., Ruiz, L., Gimeno., D. (1999). *Recursos Psicométricos utilizables en Atención Primaria*. España: Novartis Farmacéutica S. A.

D'Zurilla, T. (1993). *Terapia de Resolución de Conflictos*. España: Desclée de Brouwer S. A.

Echeburúa, E. (1996a). Evaluación psicológica de los trastornos de ansiedad. En G. Buela-Casal, V.E. Caballo y J.C. Sierra (dirs.), *Manual de evaluación en psicología Clínica y de la salud* (pp. 131-160). Madrid: Siglo XXI.

Echeburúa, E. (1996b). Evaluación psicológica del alcoholismo y del consumo excesivo de alcohol. En G. Buela-Casal, V.E. Caballo y J.C. Sierra (dirs.), *Manual de evaluación en psicología clínica y de la salud* (pp. 423-455). Madrid: Siglo XXI.

Echuburúa, E., Corral, P., García, E., Páez, D. y Borda, M. (1992). Un nuevo Inventario de Agorafobia (IA). *Análisis y modificación de conducta*, 18, 101-123.

Eisenberg, N. y Strayer, J. (1992). Cuestiones fundamentales en el estudio de la empatía. En N. Eisenberg y J. Strayer (Dirs.), *La empatía y su desarrollo* (pp. 13-23). Bilbao: Desclée de Brouwer. (Original de 1987).

Endler, N.S. y Parker, J.D. (1990). Multidimensional assessment of coping: a critical evaluation. *Journal of personality and social psychology*, 58, 844-854.

Erikson, E.H. (1985). *El ciclo vital completado*. Buenos Aires: Paidós.

Endler, N.S. y Parker, J.D. (1990). Stress and anxiety: Conceptual and assessment issues: Special issues II-1. *Stress Medicine*, 3, 243-248.

Everly, G.S. (1979). *Strategies for coping with stress: An assessment scale*. Washington, DC: Office of Health Promotion, Department of Health and Human Services.

Everly, G.S. (1989). *A Clinical Guide to the Treatment of the Human Stress Response*. Nueva York: Plenum Press.

Eysenck, H.J. (1991). *Smoking, Personality, and Stress: Psychosocial Factors in the Prediction of Cancer and Coronary Heart Disease*. Nueva York: Springer Verlag. Traducción, 1994. Barcelona: Herder).

Fábregas, J. y García-Grau, E. (1995). *Técnicas de autocontrol*. Madrid: Alambra Longman.

Fernández-Abascal, E.G. (1997). *Estilos y Estrategias de Afrontamiento*. En E.G. Fernández-Abascal, F. Palmero, M. Chóliz y F. Martínez (Eds.), *Cuaderno de Prácticas de Motivación y Emoción*. Madrid: Pirámide.

Fernández-Abascal, E. G.; Palmero Cantero, F.; Chóliz Montañés, M.; Martínez Sánchez, F. (1998). *Cuaderno de prácticas de motivación y emoción*. Madrid: Pirámide.

Fernández, I. (1998). *Prevención de la violencia y resolución de conflictos*. Madrid: Narcea.

Fernández-Abascal, E.G. (1995a). Psicología de la motivación y la emoción. En E.G. Fernández-Abascal (Coord.), *Manual de motivación y emoción* (pp. 21-55). Madrid: Centro de Estudios Ramon Areces.

Fernández-Abascal, E.G. (1995b). Estrés. En E.G. Fernández-Abascal (Coord.), *Manual de motivación y emoción* (pp. 485-522). Madrid: Centro de Estudios Ramon Areces.

Fernández-Abascal, E. G., Cantero, F., Chóliz, M. y Martínez, F. (1997). *Cuaderno de prácticas de motivación y emoción*. Madrid: Pirámide.

Fernández-Ballesteros, R. (1997). Calidad de vida en la vejez. Condiciones diferenciales. *Intervención psicosocial*, 6 (1), 21-35.

Fernández-Ríos, L. y Buela-Casal, G. (1997). El concepto de salud/enfermedad. En G. Buela-Casal, L. Fernández-Ríos y T.J. Carrasco (Eds.), *Psicología preventiva. Avances recientes en técnicas y programas de prevención* (pp. 27-38). Madrid: Piramide.

Fernández-Ríos, L. y Cornes, J.M. (1997). Psicología preventiva: concepto y perspectivas. En G. Buela-Casal, L. Fernández-Ríos y T.J. Carrasco (Eds.), *Psicología preventiva. Avances recientes en técnicas y programas de prevención* (pp. 39-57). Madrid: Piramide.

Fernández-Ríos, L., Cornes, J.M. y Codesido, F. (1997). Psicología preventiva: situación actual. En G. Buela-Casal, L. Fernández-Ríos y T.J. Carrasco (Eds.), *Psicología preventiva. Avances recientes en técnicas y programas de prevención* (pp. 59-77). Madrid: Piramide.

Ferraces, M., Rodríguez, M., Andrade, E. (1995). *Introducción a los Diseños de Investigación: Planificación, Análisis estadísticos (SPSS para Windows) e Interpretación*. España: Tórculo.

Feuerstein, M., Labbe, E. y Kuczmierczyk, A. (1986). *Health Psychology: A Psychobiological Perspective*. New York: Plenum Press.

Flores T, R. (2004). *Estudio sobre los estilos de afrontamiento al estrés en estudiantes de la Carrera de Psicología de la Universidad San Francisco Xavier de Chuquisaca*. Monografía final para el Diplomado de Investigación Científica Aplicada. Usfx, Centro de Postgrado e investigación. Sucre: USFX.

Folkman, S. y Lazarus, R.S. (1985). If it changes it must be a process: Study of emotion and coping during three stages of a college examination. *Journal of Personality and Social Psychology*, 47, 150-170.

Folkman, S., Lazarus, R.S., Dunkel-Schetter, C., DeLongis, A. y Gruen, R.J. (1986). Dynamics of stressful encounter: Cognitive appraisal, coping, and encounter outcomes. *Journal of Personality and Social Psychology*, 50, 992-1003.

Freud, S. (1970). *Obras Completas Tomos I, II y III*. Madrid: Biblioteca Nueva.

García-Riaño, D. (1991). Calidad de vida. Aproximación histórico-conceptual. *Boletín de psicología*, 30 (3), 55-94.

Geddes, S.J. y Van der Horst, J.A.J. (1998). Economía de la promoción de la salud: mecanismos, responsabilidad, justificación. *Promotion and health*, 5 (2), 45-46.

Girdano, D. y Everly, G.S. (1986). *Controlling stress and tension*. 2ª Edición. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.

Goldberg, D. y Huxley, P. (1990). *Enfermedad mental en la comunidad*. Madrid: Nueva. (Original de 1980).

Goldenberg, M. y Lubchansky, I.L. (1990). Salud mental. En A. Sonis (Dir.), *Medicina sanitaria y administración de salud. Actividades y técnicas de salud pública* (Tomo I, pp. 293-323). Buenos Aires: El Ateneo.

González de Rivera, J.L., Rodríguez, F. y Sierra, A. (1993). Prefacio. En J.L. González de Rivera, F. Rodríguez y A. Sierra (Dir.), *El método epidemiológico en salud mental* pp. IXXI). Barcelona: Masson.

Grieger, R. (1981). *Manual de Terapia Racional Emotiva*. España: Descleé de Brouwer S. A.

Handlarz, M.C. (1989). *Psiquiatría y salud mental*. Buenos Aires: Akadia.

Holroyd, K.A. y Lazarus, R.S. (1982). Stress, coping and somatic adaptation. En L. Goldberger y S. Breznitz (Eds.), *Handbook of Stress: Theoretical and Clinical Aspects*. New York: Free Press.

Jahoda, M. (1958). *Current concepts of positive mental health*. Nueva York: Basic Books.

Jahoda, M. (1965). Investigación y teoría. En C. Selltiz, M. Jahoda, M. Deutsch y S.W. Cook (Eds.), *Metodos de investigación en las relaciones sociales* (pp. 530-551). Madrid: Rialp. (Original de 1959)

Jahoda, M. (1967). El prejuicio racial y la salud mental. En O. Klineberg y M. Jahoda (Dir.), *Raza, psicología y salud mental*, (pp. 104-114). Buenos Aires: Humanitas.

Jarne, A. (1996). Clasificación y diagnóstico en psicopatología. En A. Jarne (Coord.), *Psicopatología clínica* (Vol. I, pp. 61-87). Barcelona: Promociones y Publicaciones Universitarias.

Jarne, A. y Requena, E. (1996). Conceptos fundamentales. En A. Jarne (Coord.), *Psicopatología clínica* (Vol. I, pp. 11-37). Barcelona: Promociones y Publicaciones Universitarias.

Jenicek, M. y Clèroux, R. (1987). *Epidemiología. Principios, técnicas, aplicaciones*. Barcelona: Ediciones Científicas y Técnicas.

Kaiser, H. (2000). *Manual de puntuación de la versión española del Cuestionario de Salud SF-36*. Barcelona: Instituto Municipal de Investigación Médica.

Kazdin, A. (2001). *Métodos de investigación en Psicología Clínica*. México: Prentice Hall.

Kelly, J.A. (1992). *Entrenamiento de las habilidades sociales* (3ª edic.). Bilbao: Desclée de Brouwer.

Lazarus, R., Folkman, S. (1986). *Estrés y Procesos Cognitivos*. España: Martínez Roca S. A.

Lazarus, R. y Folkman, S. (1984). *Stress, Appraisal and Coping*. New York: Springer Publishing Company. (Traducción española *Estrés y procesos cognitivos*, 1986, Barcelona: Martínez Roca).

León, C. (1992). Prevención en psiquiatría. En J.L. Ayuso y L. Salvador (Dir.), *Manual de psiquiatría* (pp. 673-680). Madrid: Interamericana-McGraw-Hill.

León, O. y Montero, I. (1993). *Diseño de investigaciones*. Madrid: McGraw-Hill.

Linares, J.L. (1981). *Psiquiatría preventiva y salud mental*. Barcelona: Ediciones 62.

Llucht, M.T. (1997a). Consideraciones psico-sociales básicas. En G. Novel, M.T. Lluch y M.D. Miguel (Dir.), *Enfermería psicosocial y salud mental* (pp. 3-9). Barcelona: Masson.

Llucht, M.T. (1997b). Técnicas para desarrollar los recursos personales. En G. Novel, M.T. Llucht y M.D. Miguel (Dir.), *Enfermería psicosocial y salud mental* (pp. 55-65). Barcelona: Masson.

Llucht C., M. T. (1999). *Construcción de una escala para evaluar la salud mental positiva*. Universidad de Barcelona. Barcelona, España.

Marsella, A.J. y Kameoka, V.A. (1991). Aspectos étnico-culturales en la evaluación psicopatológica. En S. Wetzler (Edit.), *Medición de las enfermedades mentales: evaluación psicométrica para los clínicos* (pp. 225-252). (Original de 1989).

McKay, M. y Fanning, P. (1991). *Autoestima. Evaluación y mejora*. Barcelona: Martínez Roca. (Original de 1987).

Martín D., M. D., Jiménez S., M. P., Fernández-Abascal, E. G. (2001). Estudio sobre la escala de estilos y estrategias de afrontamiento. *Revista del Departamento de Psicología Básica II*. Vol. 3. No. 4. Universidad Nacional de Educación a Distancia. España.

Martínez Arias, R. (1996). *Psicometría: teoría de los tests psicológicos y educativos*. Madrid: Síntesis S. A.

Meichenbaum, D. y Turk, D. (1982). Stress, coping, and disease. En R.W. Neufeld (Ed.), *Psychological Stress and Psychopathology*. New York: McGraw-Hill. Traducción, 1984. Barcelona: Toray).

Menchon, J.M. (1998). Bases biológicas, psicológicas y sociales de la psiquiatría. En J. Vallejo (Director), *Introducción a la psicopatología y la psiquiatría* (4ª ed., pp. 41-60). Barcelona: Masson.

Merino S., C. y Lautenschlager, G. J. (2003). Comparación Estadística de la Confiabilidad Alfa de Cronbach: Aplicaciones en la Medición Educacional y Psicológica. *Revista de Psicología de la Universidad de Chile*. Vol. XII. No. 2. Pp. 127-136. Santiago. Universidad de Chile.

Mesa, J. (1986). *La salud mental y los trastornos en psiquiatría*. Madrid: Herder.

Montero, I., León, R. G. (2005). Sistema de clasificación del método en los informes de investigación en Psicología. *Internacional Journal of Clinical and Health Psychology*. Vol. 5, No. 1, pp. 115-127.

Morales, J. F.; Moya, M.; Reboloso, E.; Fernández D, J. M.; Huici, C.; Márquez, J.; Páez, D. y Pérez, J. A. (1997). *Psicología Social*. Madrid: McGraw-Hill.

Moreno, B. y Ximénez, C. (1996). Evaluación de la calidad de vida. En G. Buela-Casal, V.E. Caballo y J.C. Sierra (Dirs.), *Manual de evaluación en psicología clínica y salud*. (pp. 1045-1070). Madrid: Siglo XXI.

Moreno, B., Torres, F., Salize, H.J. y Rössler, W. (1997). Ficha Mannheim de contacto con los servicios comunitarios de salud mental. *Archivos de Neurobiología*, 60 (2), 151-161.

Morera, A., Fernández, L., Morales, C.R. y Valenciano, R. (1991). Estudio piloto de la versión de 34 ítems del Cuestionario de Reactividad al Estrés (CRE-34). *Folia neuropsiquiátrica*, 26, 21-26.

Muñoz, R.F. (1997). Programas de prevención de la depresión. En G. Buela-Casal, L.

Fernandez-Rios y T.J. Carrasco (Eds.), *Psicología preventiva. Avances recientes en técnicas y programas de prevención* (pp. 149-176). Madrid: Piramide.

Muñoz-Tortosa, J. (1997). Prevención comunitaria de las discapacidades en las personas mayores. En G. Buéla-Casal, L. Fernández-Ríos y T.J. Carrasco (Eds.), *Psicología preventiva. Avances recientes en técnicas y programas de prevención* (pp. 307- 330). Madrid: Pirámide.

Muñoz, P.E., Vázquez, J.L., Rodríguez, F., Pastrana, E. y Varo, J. (1979). Adaptación española del General Health Questionnaire (G.H.Q.) de D.P. Goldberg. *Archivos de neurobiología*, 42 (2), 139-158.

Muñoz, P.E. (1980). Psiquiatría social. En J.L. González de Rivera, A. Vela y J. Arana (Coords.), *Manual de psiquiatría* (pp. 1155-1174). Madrid: Karpos.

Nathan, P.E. y Harris, S.L. (1983). *Psicopatología y sociedad*. México: Trillas. Original de 1975).

Organización Mundial de la Salud (1961). *Preparación de programas de higiene mental* (Décimo Informe del Comité de Expertos en Salud Mental). Ginebra: Organización Mundial de la Salud, Serie de Informes Técnicos N° 223.

Organización Mundial de la Salud (1978). *Alma-Ata 1978: atención primaria de salud*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud, Serie “Salud para todos”, n° 1.

Organización Mundial de la Salud (1979). *Formulación de estrategias con el fin de alcanzar la salud para todos en el año 2000*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud, Serie “Salud para todos”, n° 2.

Organización Mundial de la Salud (1981). *Estrategia mundial de salud para todos en el año 2000*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud, Serie “Salud para todos”, n° 3.

Organización Mundial de la Salud (1990). *La introducción de un componente de salud mental en la atención primaria*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.

Organización Mundial de la Salud (1992). *CIE 10 Trastornos mentales y del comportamiento. Descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico*. Madrid: Meditor

Organización Mundial de la Salud (1994). *Noveno programa general de trabajo para el*

periodo 1996-2001. Ginebra: Organización Mundial de la Salud, Serie “Salud para todos”, n° 11.

Organización Mundial de la Salud (1997). *La salud mental de los refugiados*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.

Organización Panamericana de la Salud (1998). *Prevención clínica. Guía para médicos*. Washington: Organización Panamericana de la Salud.

Páez, D. y Casullo M. M. (2000). *Cultura y Alexitimia. ¿Cómo expresamos aquello que sentimos?* Buenos Aires: Paidós.

Papalia, D., Wendkos, S., Duskin, R. (2001). *Desarrollo Humano*. Colombia: McGraw-Hill.

Pardo, A., San Martín, R. (1994). *Análisis de Datos en Psicología. Tomos I y II*. España: Pirámide S. A.

Pichot, P. (1997). El concepto de cronicidad. En M. Gutiérrez, J. Ezcurra y P. Pichot (Eds.), *Cronicidad en psiquiatría* (pp. 21-40). Barcelona: Rubes Ediciones en Neurociencias.

Rehm, L.P. (1993). Métodos de autocontrol. En V.E. Caballo (comp.), *Manual de técnicas de terapia y modificación de conducta* (2ª edic., pp. 655-683). Madrid: Siglo XXI de España.

Rezzónico, R. (2003). *Comunicaciones e informes científicos, académicos y profesionales*. Argentina: Comunicarte.

Rodríguez, A. (1991). Las relaciones sociales en la salud y en la enfermedad. En J. Buendía (Coord.), *Psicología clínica y salud. Desarrollos actuales* (pp. 169-185). Murcia: Publicaciones Universidad de Murcia.

Rodríguez-López, A. (1997). Prevención en salud mental y antropología cultural. En G. Buela-Casal, L. Fernández-Ríos y T.J. Carrasco (Eds.), *Psicología preventiva. Avances recientes en técnicas y programas de prevención* (pp. 97-116). Madrid: Piramide.

Rodriguez-Pulido, F. y Montes de Oca, D. (1993). Instrumentos para la detección de casos en psiquiatría: cuestionarios y entrevistas. En J.L. Gonzalez de Rivera, F.

Rodriguez y A. Sierra (Dirs.), *El método epidemiológico en salud mental* (pp. 125-144). Barcelona: Masson.

Roger, D., Javis, G. y Najarian, B. (1993). Detachment and coping: The construction and validation of a new scale for measuring coping strategies. *Personality and Individual Differences*, 15, 619-626.

Ruiz, C. (1982). Normalidad y anormalidad en psiquiatría. En C. Ruiz, D. Barcia y J.J. Lopez-Ibor (Dirs.), *Psiquiatría* (Vol.I, pp. 429-432). Barcelona: Toray.

Ruiz, M. (1982). *La estructura científica de la psicopatología*. Málaga: Centro de Estudios Psiquiatricos y Psicológicos CEPYP.

Sadock, B.J. y Kaplan, H.I. (1997). Clasificación de los trastornos mentales. En H.I. Kaplan y B.J. Sadock (Eds.), *Tratado de psiquiatría* (Vol.1, 6ª ed., pp. 629-650). Buenos Aires: Inter-médica. (Original de 1967).

Scharfetter, CH. (1977). *Introducción a la psicopatología general*. Madrid: Morata. (Original de 1976)

Seligman, M.E.P. (1998). *Aprenda optimismo. Haga de la vida una experiencia maravillosa*. Barcelona: Grijalbo. (Original de 1990).

Scribano, A. (2002). *Introducción al proceso de investigación en ciencias sociales*. Buenos Aires: Copiar.

Torres, F., Moreno, B., Salvador, L., Romero, C. y de Jong, A. (1997). Clasificación internacional de cuidados de salud mental. *Archivos de neurobiología*, 60 (2), 141-150.

Valera, S. (1996). Algunas consideraciones acerca del uso de indicadores en relación con los conceptos de calidad de vida y bienestar. *Intervención psicosocial*, 5 (13), 31-38.

Vallejo, J. (1998). *Introducción a la psicopatología y la psiquiatría* (4ª ed.). Barcelona: Masson

Vallejo-Nagera, J.A. (1985). *Introducción a la Psiquiatría* (15ª ed.). Barcelona: científico-Médica.

Vallejo-Pareja, M.A. (1998). Depresión. En M.A. Vallejo-Pareja (Dir.), *Manual de Terapia de conducta* (vol. I, pp. 471-526). Madrid: Dykinson.

Vázquez, C. (1990c). Sistemas de clasificación en psicopatología. En F. Fuentenebro y C. Vázquez (Dir.), *Psicología médica, psicopatología y psiquiatría* (Vol. II, pp. 679-708). Madrid: McGraw-Hill-Interamericana de España.

Vázquez-Barquero, J.L. (1993). Los estudios comunitarios de salud mental: su diseño y ejecución. En J.L. Gonzalez de Rivera, F. Rodriguez y A. Sierra (Dir.), *El método epidemiológico en salud mental* (pp. 19-35). Barcelona: Masson.

Vázquez, I., Fernández, C. y Pérez, M. (2003). *Manual de Psicología de la Salud*. Madrid: Pirámide.

García Viniegras, C. R. V. (1999). Manual para la utilización del Cuestionario de Salud General de Goldberg. Adaptación cubana. *Revista cubana de medicina general integral*. Vol 15 (1). Pp. 88-97. La Habana: Instituto Superior de Ciencias Médicas.

Winett, R.A., Riley, A.W., King, A.C. y Altman, D.G. (1993). Prevención en salud mental.

Un enfoque proactivo-evolutivo-ecológico. En T.H. Ollendick y M. Hersen (Dir.), *Psicopatología infantil* (pp. 572-590). Barcelona: Martinez Roca. (Original de 1989).

Zubin, J. (1991). Utilización de instrumentos científicos en la evaluación psicopatológica: algunas perspectivas históricas. En S. Wetzler (Edit.), *Medición de las enfermedades mentales: evaluación psicométrica para los clínicos* (pp. 21-40). Barcelona: Ancora (Original de 1989).

ANEXOS

Anexo 1.

INVENTARIO DE ESTILOS Y ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO

Las personas responden de formas diferentes cuando se enfrentan a acontecimientos difíciles o desagradables. Por favor, contesta a las siguientes preguntas indicando cómo habitualmente haces frente a los problemas. Para ello piensa en alguno de los últimos problemas que hayas tenido y utilízalos como referencia para contestar.

Para cada pregunta, pon una **X** en la casilla que mejor describa tu forma de comportarte habitualmente. La primera casilla significa que nunca haces eso, la segunda que sólo a veces, la tercera que con bastante frecuencia y la cuarta que siempre realizas ese tipo de comportamiento.

		Nunca	A veces	Bastante	Siempre
1.	Me niego a creer en lo que ha ocurrido.				
2.	Busco alivio a mi situación en la religión.				
3.	La experiencia siempre aporta algo positivo.				
4.	Desfiguro o distorsiono el problema.				
5.	Me habitúo a la idea de lo que ha sucedido.				
6.	Trato de no pensar en mis sentimientos.				
7.	Pido ayuda a mis amigos sobre cómo actuar.				
8.	No llevo a cabo acciones que luego podría lamentar.				
9.	Eludo otras actividades para concentrarme en el problema.				
10.	Aplazo toda actuación hasta que se dé la ocasión más propicia.				
11.	Me niego a creer que se pueda hacer algo.				
12.	Encuentro a alguien en quien confiar y descargar mis emociones.				
13.	Procuro no apresurarme aunque se me acumulen otras cosas.				
14.	Busco la ayuda de un profesional.				
15.	Me propongo cambiar la forma en que veía el problema.				
16.	Mi familia comprende mis emociones.				
17.	Pienso en cosas diferentes a lo sucedido.				
18.	Reflexiono sobre cuál es la mejor manera para resolver el problema.				
19.	Intento aprender de todas las experiencias.				
20.	Me evado del problema haciendo cualquier cosa.				
21.	Procuro no empeorar más las cosas por precipitación.				
22.	Me responsabilizo en hacer algo para eliminar el problema.				
23.	Busco consuelo en mis amigos.				
24.	Me apoyo en personas que han pasado por la misma situación.				
25.	Me empeño en sacar los aspectos positivos.				
26.	Procuro evitar enfrentarme a situaciones irresolubles.				
27.	Descarto todo esfuerzo para la solución del problema.				
28.	Fantaseo para evitar pensar en lo que ha sucedido.				
29.	Recurso a experiencias anteriores para encontrar una solución.				
30.	Procuro no hacer frente a lo sucedido.				
31.	Me contengo hasta saber más del problema.				

32.	Me siento incapaz de analizar la situación.				
33.	Procuo darle la vuelta a los problemas para ver lo más positivo.				
34.	Evito recordar las emociones que me ha producido.				
35.	Tomo todas las medidas para que las cosas marchen bien.				
36.	Intento sacar lo que pueda tener de bueno a todo lo que está sucediendo.				
37.	Mientras no lo permita la situación me contengo de actuar.				
38.	Evito anhelar lo que quiero.				
39.	Soporto todo lo que no tiene solución.				
40.	Intento calmar mis emociones comiendo, fumando o tomando medicamentos.				
41.	Oculto a los demás como me van las cosas.				
42.	Expreso mi malestar emocional.				
43.	Procuo olvidar mi aflicción.				
44.	Espero que mi familia me resuelva el problema.				
45.	Concentro todos mis esfuerzos en resolver el problema.				
46.	Procuo que mis sentimientos no interfieran en las restantes cosas de mi vida.				
47.	Me cuesta mucho hacer frente a los problemas por mí mismo.				
48.	Trato de no distraerme con otras tareas.				
49.	Me altero emocionalmente y lo manifiesto.				
50.	Tolero la nueva situación que se ha creado.				
51.	Cuando me ocurre algún problema me siento incapaz de expresar mis emociones.				
52.	Me sirve para descubrir lo que de verdad es importante en la vida.				
53.	Procuo distraerme para no pensar en el problema.				
54.	Intento guardar para mí mis sentimientos.				
55.	Dejo todo para enfocar el problema.				
56.	Preparo un plan para actuar.				
57.	Despliego un plan de acción para solucionar la situación.				
58.	Evito el problema concentrándome en otras actividades.				
59.	Me comporto como si no hubiera ocurrido nada.				
60.	Acepto mi incapacidad para resolver la situación.				
61.	Disfrazo lo que ha ocurrido.				
62.	Los problemas sirven para madurar como persona.				
63.	Espero a que cambien las cosas.				
64.	Hago lo que siento que tengo que hacer.				
65.	Me recreo recordando sentimientos agradables.				
66.	Evito mis sentimientos mediante la bebida y/o el consumo de drogas.				
67.	Confío mis sentimientos a un amigo.				
68.	Muestro mis sentimientos.				
69.	Confío en que la situación termine pronto.				
70.	Me imagino soluciones para el problema.				
71.	Pruebo a superar mis sentimientos durmiendo y/o viendo la televisión.				
72.	Aprendo a vivir con el problema.				

Anexo 2

INVENTARIO SF-36

HOLA, QUIERO DARTE LAS GRACIAS ANTICIPADAMENTE POR TU COLABORACIÓN, LLENA A CONTINUACIÓN LOS DATOS REQUERIDOS Y RESPONDE CON SINCERIDAD Y HONESTIDAD DE ACUERDO A LAS INSTRUCCIONES CORRESPONDIENTES.

SEXO: Masculino / Femenino. **EDAD:** _____ años. **Carrera:**

INSTRUCCIONES.

Las preguntas que siguen se refieren a lo que tú piensas sobre tu salud.

Tus respuestas permitirán saber cómo te encuentras y hasta qué punto eres capaz de hacer tus actividades habituales. Contesta cada pregunta tal como se indica.

1. En general, dirías que tu salud es: (marca un solo número)

- 1 Excelente/Buenísima.
- 2 Muy buena.
- 3 Buena.
- 4 Regular.
- 5 Mala

2. ¿Cómo dirías que es tu salud actual, comparada con la de hace un año? (marca un solo número)

- 1 Mucho mejor ahora que hace un año.
- 2 Algo mejor ahora que hace un año.
- 3 Más o menos igual que hace un año.
- 4 Algo peor ahora que hace un año.
- 5 Mucho peor ahora que hace un año

ELIGE UNA OPCIÓN POR CADA LÍNEA

3. Las siguientes preguntas se refieren a actividades o cosas que tú podrías hacer en un día normal. Tu salud actual, ¿te limita para hacer esas actividades o cosas? Si es así, ¿cuánto?

Actividades	Sí, me limita mucho	Sí, me limita un poco	No, no me limita nada
a. Esfuerzos intensos , tales como correr, levantar objetos pesados, o participar en deportes agotadores.			
b. Esfuerzos moderados , como mover una mesa, pasar la aspiradora, jugar con una pelota/balón o caminar más de 1 hora.			
c. Coger o llevar la bolsa de la compra.			
d. Subir varios pisos por la escalera.			
e. Subir un solo piso por la escalera.			
f. Agacharte, arrodillarte o ponerte en cuclillas.			
g. Caminar un kilómetro o más .			
h. Caminar varias manzanas (varios centenares de metros).			
i. Caminar una sola manzana (unos 100 metros).			
j. Bañarte y vestirte por ti mismo.			

4. Durante las 4 últimas semanas, ¿has tenido alguno de los siguientes problemas en tu trabajo/estudio o en tus actividades cotidianas, a causa de tu salud física)? (marca una sola opción por cada pregunta).

	SI	NO
a. Tuve que reducir el tiempo dedicado al trabajo/estudio o a mis actividades cotidianas.		
b. Hice menos de lo que hubiera querido hacer.		
c. Tuve que dejar de hacer algunas tareas en mi trabajo/estudio o en mis actividades cotidianas.		
d. Tuve dificultad para hacer mi trabajo/estudio o mis actividades cotidianas (por ejemplo, me costó más de lo normal).		

5. Durante las 4 últimas semanas, ¿has tenido alguno de los siguientes problemas en tu trabajo/estudio o en tus actividades cotidianas, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido, o nervioso)? (marca una sola opción por cada pregunta).

	SI	NO
a. Tuve que reducir el tiempo dedicado al trabajo/estudio o actividades cotidianas por algún problema emocional .		
b. Hice menos de lo que hubiese querido hacer por algún problema emocional .		
c. No hice mi trabajo/estudio o mis actividades cotidianas tan cuidadosamente como de costumbre por algún problema emocional		

6. Durante las 4 últimas semanas, ¿hasta qué punto tu salud física o los problemas emocionales han dificultado tus actividades sociales habituales con tu familia, amigos, vecinos u otras personas? (marca un solo número).

- 1 Nada.
- 2 Un poco.
- 3 Regular.
- 4 Bastante.
- 5 Mucho

7. ¿Tuviste dolor en alguna parte del cuerpo durante las 4 últimas semanas? (marca un solo número)

- 1 No, ninguno.
- 2 Sí, muy poco.
- 3 Sí, un poco.
- 4 Sí, moderado.
- 5 Sí, mucho.
- 6 Sí, muchísimo.

8. Durante las 4 últimas semanas, ¿hasta qué punto el dolor te ha dificultado en tu trabajo/estudio habitual (incluido el trabajo/estudio fuera de casa y las tareas domésticas)? (marca un solo número).

- 1 Nada.
- 2 Un poco.
- 3 Regular.
- 4 Bastante.
- 5 Mucho

9. Las preguntas que siguen se refieren a cómo te has sentido y cómo te han ido las cosas durante las 4 últimas semanas. En cada pregunta responde lo que se parezca más a cómo te has sentido. Durante las últimas 4 semanas ¿cuánto tiempo... (marca una sola opción por cada línea).

	Siempre	Casi siempre	Muchas veces	Algunas veces	Sólo alguna vez	Nunca
a. Me sentí lleno/a de vitalidad.						
b. Estuve muy nervioso/a.						
c. Me sentí tan bajo/a de moral que nada podía animarme.						
d. Me sentí calmado/a y tranquilo/a.						
e. Tuve mucha energía.						
f. Me sentí desanimado/a y triste.						
g. Me sentí agotado/a.						
h. Me sentí feliz.						
i. Me sentí cansado/a.						

10. Durante las 4 últimas semanas, ¿con qué frecuencia tu salud física o tus problemas emocionales te han dificultado en tus actividades sociales (como visitar a los amigos o familiares)? (marca un solo número)

- 1 Siempre
 2 Casi siempre
 3 Algunas veces
 4 Solo alguna vez
 5 Nunca

11. Por favor, marca si te parece CIERTO o FALSO cada una de las siguientes frases: (marca una sola opción por cada línea)

	Totalmente cierto	Bastante cierto	No lo sé	Bastante falso	Totalmente falso
a. Creo que me pongo enfermo/a más fácilmente que otros/as.					
b. Estoy tan sano/a como cualquiera.					
c. Creo que mi salud va a empeorar.					
d. Mi salud es excelente.					

