

**UNIVERSIDAD AUTONOMA METROPOLITANA
IZTAPALAPA**

DIVISIÓN DE CIENCIAS SOCIALES Y HUMANIDADES

LICENCIATURA EN PSICOLOGÍA SOCIAL

AFRONTAMIENTO DEL ESTRÉS PSICOSOCIAL

T E S I N A

PARA OBTENER EL TÍTULO DE LICENCIADO EN PSICOLOGIA SOCIAL

**GUSTAVO FRANCISCO MENDOZA ÁLVAREZ
MIRNA DOLORES GUÍZAR ÁLVAREZ**

ASESOR: MARIO CARRANZA AGUILAR

LECTORA: LAURA DELGADO MALDONADO

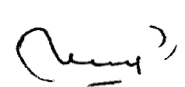
MÉXICO, D.F. NOVIEMBRE DE 2000

U. A. M. IZTAPALAPA BIBLIOTECA

ASESOR


DR. MARIO CARRANZA AGUILAR

LECTORA


MTRA. LAURA DELGADO MALDONADO

19/11/18

**Agradezco a mi familia por su apoyo brindado para el logro de esta meta.
Al Ing. Benjamín Arroyo por todo lo que solamente él me ha podido brindar.
Quiero agradecer muy afectuosamente a TODAS aquellas personas que en
muchas formas contribuyeron a la elaboración de esta Tesina... y cada una
lo sabe.**

MIRNA

**Dedico esta obra a ti Paula...simplemente por lo que eres.
A Jorge y Manuel, Diana y Odi por su apoyo todo el tiempo.**

GUSTAVO

**Agradecemos al Doctor Mario por haber sido nuestro maestro y amigo en el
último peldaño.**

MIRNA Y GUSTAVO

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN.....	1
-------------------	---

CAPITULO I

LA PSICOLOGÍA SOCIAL DE LA SALUD

1. CONCEPTO DE SALUD: unicausalidad contra multicausalidad.....	4
2. DIFERENTES APORTACIONES DE LA PSICOLOGÍA EN EL CAMPO DE LA SALUD	
2.1 Salud y Psicología.....	6
2.2 Psicología Clínica.....	7
2.3 Psicología Médica.....	8
2.4 Medicina Conductual.....	9
2.5 Psicología Comunitaria.....	10
2.6 Psicología de la Salud.....	11
3. IMPORTANCIA DE LA PSICOLOGÍA SOCIAL DE LA SALUD: APORTACIONES Y RETOS.....	13
4. CAMPO DE ESTUDIO DE LA PSICOLOGÍA DE LA SALUD EN EL QUE SE INSERTA NUESTRA INVESTIGACIÓN.....	14

CAPITULO II

ESTRÉS Y AFRONTAMIENTO

1. CONCEPTO DE ESTRÉS	
1.1 El concepto de estrés para la Biología.....	17
1.2 El modelo basado en la interacción individuo-ambiente.....	18
1.3 El estrés psicosocial.....	19
1.4 Fuentes de estrés.....	22

1.5 Niveles de estresores y factores que los determinan	
1.5.1 Niveles de estresores.....	23
1.5.2 Factores que determinan la percepción de un acontecimiento como estresante.....	24
1.6 Reacción ante el estrés y su control: estrés y salud.....	25
2. ESTRÉS Y ENFERMEDAD	
2.1 Relevancia de los factores psicosociales en la relación de estrés y enfermedad.....	27
2.2 Problemas de investigación de la relación de estrés y enfermedad.....	29
2.3 El estrés como causa de enfermedad.....	29
2.4 La enfermedad como acontecimiento estresante.....	31
3. AFRONTAMIENTO	
3.1 Concepto de afrontamiento.....	32
3.2 Los recursos de afrontamiento.....	35
3.3 Funciones del afrontamiento.....	36
3.4 Afrontamiento y control.....	36
3.5 Instrumentos de afrontamiento.....	40
4. APOYO SOCIAL	
4.1 Definición de apoyo social.....	41
4.2 Redes sociales.....	42
4.2.1 Tamaño de la red.....	42
4.2.2 Funciones de la red.....	43
4.3 Funciones del apoyo social.....	43
4.4 Modelos teóricos de apoyo social.....	44
4.5 Efectos positivos y negativos del apoyo social.....	44

IT- 719/2002,

CAPITULO III

METODOLOGÍA

1. EL CONTEXTO DE LA UNIVERSIDAD	
1.1 Antecedentes de la UAM.....	47
1.2 Organización.....	48
1.3 Estructura académica.....	48
1.4 La Universidad Autónoma Metropolitana, Unidad Iztapalapa.....	49
2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	50
3. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN	
3.1 Objetivos generales.....	50
3.2 Objetivos particulares.....	51
4. TIPO DE INVESTIGACIÓN.....	51
5. INSTRUMENTOS.....	52
6. PROCEDIMIENTO	
6.1 Población.....	53
6.2 Muestra.....	53
RESULTADOS.....	55
CONCLUSIONES.....	67
BIBLIOGRAFÍA.....	72
ANEXO.....	75

INTRODUCCIÓN

INTRODUCCIÓN

El estrés psicosocial es un acontecimiento cotidiano que no se excluye de las experiencias vividas en el contexto universitario, las formas de afrontamiento que le permite a los individuos controlar los estresores del entorno pueden reducir el nivel de tensión y lograr superar con éxito las contingencias, pero también puede, en muchas ocasiones, incidir negativamente en la salud de los individuos.

El problema que guía nuestra investigación, consiste en averiguar si el sistema trimestral de la UAM-I, causa estrés, así como las formas de afrontamiento que los estudiantes tienen, determinado esto por las evaluaciones psicosociales que constantemente se realizan como resultado de la interacción y la adaptación a las condiciones propias del sistema académico existente en esta institución. Para lograrlo, nuestras estrategias principales consistieron en la aplicación de cuestionarios que nos indicara cómo percibe el estudiante universitario los principales estresores, qué síntomas asocia el individuo al acontecimiento estresante y cuáles son los afrontamientos que utiliza cotidianamente.

Existe una relación estrecha entre los estresores del sistema universitario y las formas de afrontamiento que los estudiantes emplean para intentar resolver el conflicto, nuestra investigación es de tipo exploratorio, abre singulares expectativas y contribuye a la formulación de nuevas interrogantes así como de posteriores investigaciones que coadyuvan al mejoramiento de la salud de las personas implicadas

Es importante identificar los principales estresores de la Universidad y sus formas de afrontamiento porque al conocerlos, los estudiantes inscritos pueden contar con alternativas viables que incidirán notablemente en su salud y en su desempeño académico.

Las teorías sobre estrés psicosocial, las formas de afrontamiento, así como los modelos teóricos del apoyo social, conforman un soporte importante derivado del enfoque de la Psicología Social y de la Psicología Social de la Salud, que cuentan con un numeroso cuerpo de explicaciones e investigaciones al respecto que nos ayudan a comprender la problemática en cuestión.

Las teorías del estrés psicosocial y las formas de afrontamiento de Lazarus, Morales, Zaldívar y Rodríguez Marín, como principales exponentes del tema, facilitan la explicación y el desarrollo de nuestra investigación ubicando a los estudiantes en un constante proceso psicosocial de construcción de la salud y la

enfermedad, considerándolo un sujeto activo con responsabilidad y capacidad de transformar su entorno.

Existen diversos estudios sobre el estrés psicosocial y las respuestas de afrontamiento en adolescentes (González, 1992, González, Salgado y Rodríguez, 1993; González y Salgado, 1993; González, Salgado, Andrade y Jiménez, 1996). Y en estudiantes universitarios, Cohen, Kamarck y Mermelstein (1983), encontraron que el estrés percibido correlacionó con los puntajes de eventos de la vida, sintomatología física y depresiva, con la utilización de servicios de salud y con ansiedad social. Estos antecedentes revelan la importancia de nuestra investigación por ser pionera en el ramo. En la Universidad Autónoma Metropolitana no existen registros de alguna investigación similar, conocer los principales estresores del sistema universitario y su afrontamiento es muy importante para guiar futuras investigaciones.

El estrés psicosocial reúne todos los eventos positivos y negativos que el sujeto percibe como amenazantes o como posibles retos, generándole incertidumbre, insatisfacción y malestar aunque también constituye un detonador que lo impulsa a lograr metas de forma óptima. Los afrontamientos dependerán de la personalidad y de factores psicosociales, como las experiencias anteriores, las creencias y de su adaptación a situaciones semejantes. Estos conceptos están inmersos en un proceso continuo de construcción biopsicosocial de la salud.

Los objetivos que guiaron este estudio, fueron: conocer la incidencia del sistema trimestral en la salud de los estudiantes y conocer las formas de afrontamiento ante el estrés.

Los resultados de nuestra investigación muestran que existen diferencias entre los sexos en sus percepciones sobre salud y también existen diferencias entre los trimestres debido a la condición particular de cada uno de ellos, por lo que existe la necesidad de fomentar espacios que ayuden a los estudiantes a afrontar los problemas escolares de la mejor manera posible para su óptimo desenvolvimiento, aumentar la autoestima y mejorar su salud.

CAPITULO I

PSICOLOGÍA SOCIAL DE LA SALUD

1. CONCEPTO DE SALUD: *unicausalidad contra multicausalidad.*

La salud y la enfermedad son, en definitiva, construcciones sociales.
Jesús Rodríguez Marín.

La salud concebida como *un estado de completo bienestar físico, mental y social y no como la ausencia de enfermedad* por la Organización Mundial de la Salud, ha quedado superada no sólo en el plano teórico sino sobre todo en el terreno práctico. Francisco Morales Calatayud (1997) propone cinco elementos para trabajar la psicología aplicada a los problemas de la salud:

- a) Información pertinente en relación a cuál es la situación actual del pensamiento sobre salud y enfermedad y cuáles son los planteamientos alternativos;
- b) Un análisis acerca de la evolución histórica de la interpretación causal de la salud y de las enfermedades;
- c) Un panorama general de los problemas de salud que son mas frecuentes hoy en día;
- d) Una breve descripción de las aproximaciones de las principales disciplinas que participan en el estudio de los problemas de salud;
- e) Una caracterización de lo que se denomina "salud pública".

Lo rescatable del concepto de salud de la OMS es que se reconocieron por primera vez, como componentes de la salud, dos áreas importantes del ser humano: la psicológica y la social que se sumaban a la biológica para construir un concepto "integral" de salud (Rodríguez Marín, 1995). Entonces una definición de la salud que posiblemente supera a la *clásica* y que implica factores personales, grupales, sociales y culturales que son determinantes en el origen así como en el mantenimiento, pronóstico y evolución de la enfermedad es "el nivel mas alto posible de bienestar físico, psicológico y social, y de capacidad funcional que permitan los factores sociales en los que vive inmerso el individuo y la colectividad" (citado por Rodríguez Marín, Salleras, 1985).

El discurso que ha dominado el problema de la salud y de la enfermedad tiene una tradición biologicista aunque algunas alternativas han mostrado que ciertos daños morfológicos y también algunas disfunciones no implican necesariamente la presencia de enfermedad (Morales, 1997).

Es decir, como Morales piensa, la salud y la enfermedad están condicionadas por situaciones que rebasan los límites del cuerpo y que tienen que ver con el comportamiento individual, el ambiente social y natural en el que la persona vive y también los determinantes económicos de su realidad. Al reconocer el mutuo condicionamiento que existe entre la salud y la enfermedad, el darle un carácter dialéctico al problema, nos permite un acercamiento dinámico al mismo que brinda múltiples explicaciones e incluye diferentes perspectivas.

Otra manera de entender el problema de la salud y la enfermedad la presenta Godoy (1999) al dividir en dos las concepciones; la primera la denomina *concepción negativa* que se caracteriza por describir a la salud humana como la ausencia de enfermedad, invalidez o incapacidad. Si se situara a la persona en un lugar topográfico de un continuo, uno de sus extremos correspondería a la salud y el otro a la enfermedad en donde el polo más claro ha sido siempre el que se refiere a la enfermedad, definida como la alteración momentánea o duradera, del componente psicológico o biofísico del organismo y que es acompañada del componente subjetivo de incapacidad, malestar o sufrimiento; el tema menos tratado es el que corresponde a la salud que se conceptualiza de manera negativa como la carencia de enfermedad. La segunda perspectiva la llama *concepción positiva*, ésta además de incluir los términos de ausencia de enfermedad y de malestar en la noción de salud también incluye diferentes dimensiones de bienestar, de ajuste psicosocial, de calidad de vida, de desarrollo personal, de protección hacia posibles riesgos, etc. Godoy también menciona que en la definición de salud debe primar tanto el componente subjetivo como el individual sin olvidar el medio biofísico, cultural y socioeconómico, como se puede apreciar, es similar a la opción que maneja Morales.

En suma "los conceptos de salud como de enfermedad deben ser comprendidas en una contextualización ecológica en la que aparezcan debidamente reconocidas, junto a las circunstancias biológicas y naturales las de carácter económico y social (...) su expresión (de la salud) puede cambiar dinámicamente en dependencia de las peculiaridades de la interacción del individuo con su ambiente, mientras que por su parte, la enfermedad, (...) está sujeta a semejante dinamismo" (Morales, 1997, p.6).

Incluso se puede intuir que con Morales, la contextualización ecológica se diferencia de la *concepción negativa* ya que aporta la idea de que existe un continuo desde la salud a la enfermedad que reconoce muchos puntos intermedios en la medida que podamos identificar la situación del individuo en el marco de sus relaciones.

Con todo esto debemos entender que, a nivel conceptual, la salud y la enfermedad son fenómenos multidimensionales (Godoy, 1999). Es decir que el enfoque unicausal que declaraba una relación univoca entre una sola variable del ambiente, como un microorganismo, y el huésped humano sobre le cual actuaba este, ha sido superado por el planteamiento multicausal (Morales, 1997).

Finalmente, Rodríguez Marín (1995) sugiere que hay que considerar a la salud en el marco de un paradigma holista o integral cuyos puntos mas relevantes son:

- a) La salud no es sólo la ausencia de enfermedad sino que se entiende como un proceso por el cual el hombre desarrolla al máximo sus capacidades y sus potenciales.
- b) El concepto de salud es dinámico y cambiante, cuyo contenido varía de acuerdo a las condiciones históricas culturales y sociales de la comunidad.
- c) La salud es un derecho del sujeto como tal y como miembro de la comunidad, sin embargo, también es una responsabilidad personal que debe ser promocionada y fomentada por la sociedad y sus instituciones.
- d) La promoción de la salud es una tarea Interdisciplinar que requiere la aportación científico-técnica de diversos profesionales.
- e) La salud es un problema social y político cuya solución necesita de la participación activa de la comunidad.

La relevancia que tienen los factores psicosociales y por supuesto la Psicología Social en el fenómeno de la salud, se manifestará constantemente a lo largo de este estudio.

2. DIFERENTES APORTACIONES DE LA PSICOLOGÍA EN EL CAMPO DE LA SALUD

2.1. Salud y Psicología

El interés por estudiar el tema de la salud se relaciona estrechamente con la Psicología, prácticamente desde sus inicios, aunque el matiz casi siempre fue destinado exclusivamente a las cuestiones mentales, sus trastornos, la manera de intervenir e investigar así como su rehabilitación y tratamiento.

Godoy (1999) menciona precisamente dos conexiones; una que se refiere exclusivamente al origen que se mencionó al principio de este párrafo y otra que se desliza hacia la aplicación de procedimientos de terapia y modificación de la conducta en problemas que hasta hace poco se consideraban exclusivos del área biomédica y que le permite a la disciplina ganarse poco a poco un lugar que, junto con las ciencias médicas y biológicas, sólo de manera conjunta, se puede aspirar a entender el problema y encontrar, sobre todo, las mejores soluciones posibles. En un modelo más específico, Morales (1997) plantea dos cuestiones que se refieren en primer lugar, a las tendencias dominantes sobre el pensamiento y práctica psicológica en lo que se refiere a los problemas de la salud y la enfermedad; y en segundo término, a la "competencia" o el "derecho" de verdad, que surgió debido a las corrientes que se proyectaron en el espectro teórico y práctico:

- a) Se diferencian dos enfoques con sus respectivos métodos, objetos de atención primarios, los espacios de actuación y el acento en la formación de recursos humanos, por un lado tenemos un modelo *individual-restrictivo* que le compete a la medicina clínica y por el otro, el modelo *social-expansivo* cuya orientación será, como es de suponerse, la social.
- b) Cada escuela ha tratado el problema con sus respectivas aportaciones, límites y ventajas, pero se percibe en el ambiente de la psicología una especie de carrera para lograr el éxito en la nota nueva o el descubrimiento que supere a los anteriores que, como dice este autor, "ha dado lugar a que en ciertos momentos se prioricen problemas, así como a que existan explicaciones y prácticas diversas para los mismos problemas, o a que se dé mayor énfasis a la orientación clínica que a la orientación social y viceversa" (Morales, p. 38).

Es decir que si se está tratando de ubicar el concepto de salud y enfermedad como un condicionamiento mutuo, las prácticas y teorías derivadas de las ciencias que los abordan, *también* tienen que comprometerse en incluir, discutir y construir para lograr un enfoque en verdad más integral.

2.2. Psicología Clínica

De manera muy sintética, Rodríguez Marín (1995) considera que la Psicología Clínica se ha ocupado de forma restringida, de lo psicopatológico centrando su enfoque en la enfermedad mental, su curación e intervención en una dimensión individual, aunque también ha orientado su trabajo a los problemas cognitivos y emocionales de las personas físicamente enfermas.

Godoy (1999) entiende a la Psicología Clínica en un marco donde los sujetos presentan problemas o trastornos psicológicos que se caracteriza principalmente por una relación entre el psicólogo y el paciente, que se relacionan en una dimensión de ayuda, dirigidos por los conocimientos del profesional. La función del psicólogo clínico, es para Godoy, investigar, explicar y comprender para mejorar la conducta, facilitando al paciente el aprendizaje de habilidades que resuelvan los problemas de manera satisfactoria. ¿qué fue y qué es ahora la Psicología Clínica?, para Morales (1997), las características desde sus inicios, hasta nuestros días, son las mismas; Morales la considera como un modelo de actuación profesional orientado más a la enfermedad que a la salud, su enfoque es básicamente individual, más que al grupo o la comunidad y cuya referencia es la enfermedad *mental*. Se dirige al diagnóstico y se vincula con un trabajo hospitalario asociándose estrechamente con la disciplina médica psiquiátrica. Sin embargo, se tienen que reconocer las aportaciones que la Psicología Clínica ha legado al campo de la salud.

2.3. Psicología Médica

Rodríguez Marín (1995) enfoca a la Psicología Médica bajo dos vertientes, la que se asocia a la Psiquiatría y la que se refiere a cuestiones psicológicas de interacción entre pacientes y enfermos pero quizá lo más importante es que últimamente se ha matizado una perspectiva humanista y holista de los problemas de las personas enfermas.

Complementando lo anterior Morales (1997), dice que en la Psicología Médica predominó la idea de aplicar los conocimientos psicológicos a la comprensión de las manifestaciones emocionales y del comportamiento de los enfermos pero que en nuestros días esta área de la psicología se comprende dentro de un enfoque general de Psicología de la Salud. Para Morales, la Medicina Psicosomática, cuyas bases se sustentan en la teoría psicoanalítica, cabe perfectamente en este rubro y las principales enfermedades que se estudiaron dentro esta corriente fueron la hipertensión, la migraña, la úlcera péptica, la colitis, la diabetes y el asma entre otras; de manera paralela, Rodríguez Marín (1995) considera a la Medicina Psicosomática de manera independiente, cuyo interés se centra en las enfermedades sin causa física conocida pero que considera que las causas psicológicas no son conflictos inconscientes, sino factores valorables como el estrés, las características de la personalidad y la falta de habilidades comportamentales aunque también la considera como una parte de la Psicología de la Salud.

2.4. Medicina Conductual

La Medicina Conductual es un amplio campo de integración de conocimientos que emergen de diversas disciplinas como las biomédicas y las psicosociales, por ello su característica primordial es la interdisciplinariedad, es decir un cúmulo de conocimientos biopsicosociales que se relacionan con la salud y enfermedad físicas (Godoy, 1999).

En líneas semejantes Rodríguez Marín (1995), que por cierto la llama Medicina Comportamental, la entiende como un gran campo interdisciplinar de investigación, educación y práctica que se refiere a la salud y a la enfermedad físicas, que conjunta elementos que provienen de las ciencias del comportamiento y de la educación sanitaria pero también de la medicina interna, epidemiología, la salud pública, entre otras, para ayudar al cuidado de la salud y el tratamiento y prevención de las enfermedades.

La Medicina Conductual reconoce que los problemas de la salud son multifactoriales y no únicos de un enfoque o un profesional exclusivo, si bien se interesa por la conducta y sus cambios funciona como parte de la práctica médica. Esta disciplina ha contribuido en el desarrollo de una psicología aplicada a los problemas de la salud y de la enfermedad, sin embargo su énfasis se dirige a las manifestaciones de la enfermedad y no tanto a la promoción de la salud, Morales (1997).

Para Godoy (1999), existen tres características básicas de la Medicina Conductual:

- a) Posee una naturaleza interdisciplinaria que reconoce un origen multifactorial que no son un patrimonio exclusivo de cierto enfoque profesional, sino que son muchos y diversos de acuerdo a los componentes implicados.
- b) Se interesa por investigar los factores conductuales que contribuyen a la promoción de la salud, así como al desarrollo, prevención y tratamiento de la enfermedad. Es decir que existe una relación recíproca entre los aspectos biofísicos y psicosociales, por lo que los factores cognitivos, sociales y conductuales influyen en la enfermedad.
- c) La aplicación de estrategias conductuales para evaluar, controlar o modificar a los factores, que no implica los aspectos biomédicos de forma exclusiva.

2.5. Psicología Comunitaria

La acción de los psicólogos en el desarrollo de la Psicología Comunitaria, se caracteriza por diferenciarse de las posiciones de la Psicología Clínica, de índole individual y asistencialista, al enfatizar los objetivos comunitarios y sociales desde una perspectiva preventiva y educativa (Morales, 1997).

(Bernstein y Nietzel, 1982), dicen que los principios de la Psicología Comunitaria, son la adopción de una perspectiva ecológica, la búsqueda del cambio social, la importancia de la prevención, el enfoque sobre la intervención en crisis y la creación de la sensación psicológica de la comunidad. Entonces esta disciplina tiene como objeto de estudio la relación entre los sistemas sociales y el comportamiento, para lograr el desarrollo integral y prevenir problemas desde una comprensión de los factores socioambientales y la modificación de los mismos, así como de las relaciones psicosociales para desarrollar a la comunidad, (Godoy, 1999).

Ahora bien, la relación que existe entre Psicología y comunidad se puede entender desde la posición que tengan tanto los profesionales, la disciplina y sobre todo la comunidad, por ello, Carranza y Almeida (1995) sugieren que la Psicología Comunitaria se puede entender como:

- a) *Una Psicología de la Comunidad*, cuando se refiere a la investigación y evaluación, desde una posición externa, de los comportamientos y características psicosociales de los miembros de la comunidad.
- b) *Una Psicología en la Comunidad*, es decir que se habla de una psicología aplicada que tiende a priorizar los servicios psicológicos al alcance de la comunidad.
- c) *Una Psicología para la Comunidad*, pretende entender las características psicosociales que limitan y favorecen el desarrollo de la comunidad, el propósito es diseñar estrategias viables para transformar a la comunidad.
- d) *Una Psicología con la Comunidad*, considera al psicólogo como un facilitador social y a la comunidad un sujeto de conocimiento y cambio, ya que reconoce que el profesional y la disciplina son imperfectos y limitados.

La Psicología Comunitaria se basó en el llamado *modelo de competencia* cimentado en la idea de que los problemas de la salud, que presentan tanto los ciudadanos como la comunidad, son una razón variable que dependía de los defectos o causas orgánicas y el estrés ambiental por una parte, y los sistemas de autoestima y apoyo social por la otra (Morales, 1997).

2.6. Psicología de la Salud

Una vez que se han revisado las principales vertientes manadas de la Psicología que tienen que ver con el problema de la salud y la enfermedad, que como hemos visto, son mutuamente incluyentes y dependen de múltiples causas y factores asociados con procesos psicosociales, culturales y económicos, pasaremos al estudio particular de la salud desde un enfoque psicológico o Psicología de la Salud, que le debe a las diversas construcciones que se proyectaron en diferentes ámbitos, circunstancias, y sobre todo, diferentes corrientes. En este orden de ideas aparece la Psicología de la Salud como “un área más específica que subraya el papel primario de la psicología como ciencia y como profesión en el campo de la medicina comportamental” (Rodríguez Marín, 1995, p. 20). Este autor considera que la Psicología de la Salud no es otra cosa que la aplicación de la Psicología al estudio de los procesos comportamentales implicados en el proceso salud-enfermedad así como el cuidado de la salud, que se alimenta de un gran número de teorías y métodos de diversas disciplinas psicológicas básicas para enmarcar un área específica de práctica profesional.

A la Psicología de la Salud le interesa estudiar los procesos psicológicos que participan en la determinación de la salud, los riesgos de enfermar, las condiciones de la enfermedad y su recuperación, aunque también se orienta a estudiar las circunstancias interpersonales que se manifiestan en la prestación de servicios de salud, (Morales, 1997); por lo tanto, el mismo Morales, destaca que no es una “nueva” psicología ni mucho menos una psicología diferente pero que si se interesa por analizar las variables psicológicas que intervienen en el proceso salud-enfermedad, que como sabemos, tiene un carácter multicausado, consideramos que una definición acertada es la que este autor retoma de Holtzman, Evans, Kennedy e Iscoe (1988), la Psicología de la Salud se ocupa de la relación biopsicosocial de la mente con el cuerpo en un determinado medio sociocultural y el interés por desarrollar nuevas tecnologías del comportamiento para promover y mantener la salud, y una vez más, los factores que afectan el tratamiento y la recuperación.

No vamos a profundizar en el origen de la Psicología de la Salud, ya que para unos surge en Estados Unidos en la década de los 70 (Rodríguez Marín, 1995) y para otros tuvo su origen desde los primeros momentos de la revolución cubana, (Morales, 1997).

Lo importante es destacar, retomando la definición de Matarazzo, (Rodríguez Marín, 1995), que la Psicología de la Salud reúne las siguientes características:

- a) Se considera a esta disciplina como una rama de la Psicología, mientras que en la Medicina Comportamental, los psicólogos de la salud intervienen conjuntamente con otros profesionales.
- b) Es un campo de aplicación de la Psicología –la Psicología de la Salud-, favorece que todas las disciplinas psicológicas se apliquen al campo de la salud sin que ninguna tenga el estandarte de única o fundamental.
- c) La Psicología de la Salud estudia tanto a las personas sanas como a las enfermas permitiendo una aproximación positiva a la salud incluyendo su promoción y la prevención de las enfermedades.
- d) La Psicología de la Salud estudia las conductas de aquellas personas y organizaciones implicadas en el cuidado de la salud.
- e) La Psicología de la Salud se interesa primordialmente por la salud-enfermedad física más que la mental.

Para complementar todo el ordenamiento que se ha hecho de la Psicología de la Salud, siguiendo a Godoy (1999), esta disciplina integra como subespecialidades a la Psicología Clínica, la Psicología Comunitaria y las contribuciones de la Psicología a la Medicina Conductual que se articulan, con sus respectivas actuaciones, para plantear estrategias óptimas de promoción de salud y prevención de la enfermedad.

Sin embargo no podemos negar que todos estos intentos quedan en un plano teórico y que la llamada actuación todavía no encuentra los canales suficientes para impactar verdaderamente a la sociedad, por lo menos en México, ya que todavía prevalece un enfoque biomédico, interesado en la enfermedad *real* y poco en su prevención; la promoción de la salud no tiene los mismos dividendos en las campañas publicitarias y el complejo aparato tecnológico-biológico que acompaña a la industria farmacéutica, contrarresta notablemente lo que la Academia sí ha logrado: darle importancia a la Psicología, a la Psicología de la Salud y a las variables psicológicas y contextuales en el fenómeno que nos interesa.

Como piensan Sears y cols., la comunicación masiva se ha preocupado por los cambios de las actitudes de salud pero hay modestos cambios de conducta general de salud (Sears, *et al.*, 1991).

3. IMPORTANCIA DE LA PSICOLOGÍA SOCIAL DE LA SALUD: APORTACIONES Y RETOS

Al quedar claro el panorama de la Psicología de la Salud, sus retos y limitaciones, llega el momento de estudiar los principales contenidos teóricos y prácticos desde un enfoque psicosocial que es el camino que nosotros elegimos para realizar nuestra investigación.

La Psicología Social en diferentes momentos ha aportado sus teorías, prácticas y métodos a la interpretación multicausal de diferentes problemas, en el caso de la salud y la enfermedad no es la excepción; aplicar la Psicología Social al campo de la salud nos permite entender la conducta de salud-enfermedad en interacción con otros sujetos o con productos de la conducta humana, técnicas diagnósticas y de intervención en el caso del estrés, organizaciones que cuidan la salud, etc. (Rodríguez Marín, 1995).

Por supuesto que la Psicología Social de la Salud se interesa por el contexto social y más concretamente por los grupos sociales, Huici (1985) distingue las siguientes áreas que estudian lo anterior:

- a) Las teorías, interpretaciones o definiciones de la enfermedad que influyen en la mejor o peor utilización de los servicios, en el uso de medicinas alternativas, la automedicación, la actitud hacia los servicios de salud, entre otras; se considera por ejemplo a la familia como *unidad básica de comportamientos de enfermedad y salud*, ya que influye directamente en la interpretación de los síntomas del enfermo y sobre todo en contribuir a procesar e interpretar los puntos de influencia señalados.
- b) La expresión de síntomas; cuando se presentan manifestaciones de dolor, como producto de la influencia de las pautas de conducta aprobadas por el grupo social.
- c) Las conductas que se orientan a la salud.
- d) Las relaciones entre profesional de la salud y enfermo.
- e) Los hábitos saludables que se desarrollan por la influencia social y cultural derivada de la familia, los grupos y la sociedad en general.

Como podemos apreciar, la síntesis que se ha efectuado en el campo de la Psicología Social aplicada a la Psicología de la Salud ha permitido articular elementos que se fueron viendo en cada una de las disciplinas psicológicas interesadas en el proceso de salud-enfermedad.

Las aportaciones han servido para “avanzar en objetivos de promoción y mantenimiento de la salud, prevención y atención a la enfermedad, mejora del sistema sanitario y participación en las políticas sanitarias” (Rodríguez Marín, 1995, p.26).

4. CAMPO DE ESTUDIO DE LA PSICOLOGÍA SOCIAL DE LA SALUD EN EL QUE SE INSERTA NUESTRA INVESTIGACIÓN

La intención esencial de este apartado es ubicar nuestra investigación, de las diferentes dimensiones que pertenecen a los campos de aplicación de la Psicología Social de la Salud, en la que más se identifique de acuerdo al estudio que realizamos. Rodríguez Marín (1995), habla de cinco campos: *la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad, el proceso de enfermedad, la conducta de enfermedad, las relaciones entre los profesionales de la salud y el enfermo y finalmente, la mejora del sistema de cuidado de salud y política sanitaria*. Nosotros nos interesamos exclusivamente en la primera, que se refiere a la promoción de la salud.

La promoción de la salud y la prevención de la enfermedad

La función de prevenir se divide en tres categorías; cuando se disminuye la incidencia de las enfermedades, hablamos de *prevención primaria*; cuando se disminuye la prevalencia y se acorta el periodo de duración de la enfermedad, nos referimos a la *prevención secundaria*; al disminuir las secuelas y complicaciones de la enfermedad, se habla de *prevención terciaria* (Costa y López, 1986). La prevención se relaciona estrechamente con la enfermedad mientras que la promoción se dirige a la salud, es un concepto más amplio ya que no sólo le interesa la protección y el mantenimiento de la salud, también promueve el óptimo estado físico, mental y social de la persona y de la comunidad (Maes, 1991; Salleras, 1985).

La educación de las personas para aclarar estos conceptos, el conocimiento de su situación, sus potenciales transformaciones, la adquisición de hábitos y sobre todo la concientización de su situación ubicándose en un problema específico; en nuestro caso, que los estudiantes tengan acceso a los resultados de la investigación, sus posibles riesgos y también posibles líneas de acción, son importantes para tomar, “individual o colectivamente, las decisiones que implican la mejora de su estado de salud y el saneamiento del medio en que viven” (OMS, 1969; Rodríguez Marín, 1995, p. 26).

La Psicología Social aporta al estudio de las causas psicosociales que intervienen en el origen de los problemas de salud, las aproximaciones del sistema sociocultural como factor que afecta la salud y la enfermedad a través de los estilos de vida imperantes y sobre todo las actitudes de la población (Barriga *et al.*, 1990; León y cols., 1987; Rodríguez Marín, 1991b). Además de participar en el diseño, planificación y evaluación de programas que se dirigen a reducir los factores ambientales que tienen efectos negativos sobre la salud así como la construcción de estrategias psicosociales para elevar la calidad de vida, la Psicología Social aporta conocimientos que provienen de las teorías más importantes, como la atribución (Rodríguez Marín, 1995).

CAPITULO II

ESTRÉS, AFRONTAMIENTO Y APOYO SOCIAL

1. CONCEPTO DE ESTRÉS

1.1 El concepto de estrés para la Biología

Desde el siglo XIV el concepto de estrés se empezó a asociar con expresiones tales como dureza, tensión, aflicción o adversidad (Lazarus y Folkman, 1991), ya para el siglo XVII, según estos autores, Hocke lo utilizó en el contexto de la física, aunque su uso no se propagó hasta el siglo XIX. La palabra *stress* hacía referencia a la fuerza en el interior del cuerpo como consecuencia de la acción de una fuerza externa. Cannon (1932) consideró el estrés como una perturbación de la homeostasis ante situaciones prioritariamente físicas como la falta de oxígeno, falta de glucemia, exposición al frío, etc.

Seyle (1936) usó el concepto de estrés relacionado con una serie de reacciones fisiológicas ante cualquier estímulo nocivo, incluyendo las amenazas psicológicas, al conjunto de reacciones las llamó *Síndrome General de Adaptación*. Seyle consideraba que el estrés no era una demanda ambiental, que la llamó estímulo estresor, sino un grupo universal de reacciones orgánicas y procesos originados como respuesta a dicha demanda. El estrés como concepto fue sufriendo transformaciones en la medicina otorgándole un estado dinámico que sugiere la adaptación a las demandas, lo que generó cambios como de la física a la biología porque en la primera, se refiere a un cuerpo pasivo deformado por fuerzas ambientales y en la segunda, el estrés se concibe en un proceso activo de resistencia. Además, el estrés como defensa permite compararlo con el proceso de afrontamiento (Lazarus y Folkman, 1991). Este énfasis dinámico, para Lazarus y Folkman, se dirige al reconocimiento de los recursos de afrontamiento, sus costos, el incluir la enfermedad, el agotamiento, los beneficios incluso la competencia y el gozo cuando se triunfa ante la adversidad. En suma, la aproximación dinámica estudia al estrés como un estado dinámico, la relación del organismo con su entorno, su interacción así como el *feedback*.

Como apreciaremos más adelante, el estrés, al igual que las formas de enfrentamiento y en general todos los conceptos analizados, se enmarcan bajo una visión psicosocial que permite admitir la relación entre los sujetos, entre los grupos, y la sociedad en su conjunto, con el medio, las condiciones económicas y culturales como determinantes de las conductas y comportamientos y finalmente el papel que juega la salud humana como construcción social.

Para Lazarus y Folkman, existen cinco hechos relevantes que orientan el moderno enfoque del estrés: la preocupación por las diferencias individuales, el resurgimiento del interés por la Medicina Psicosomática (descrita en el capítulo 1), el desarrollo de terapias conductuales que se dirigen al tratamiento y prevención de la enfermedad y de estilos de vida que presentan riesgos en salud, y finalmente, el crecimiento de una perspectiva experimental del curso de la vida y la preocupación del papel del entorno en los problemas humanos.

El estrés se ha definido ya sea como un estímulo o respuesta. Los que lo ubican como estímulo, se centran en los acontecimientos del entorno resaltando ciertas situaciones como universales sin considerar las diferencias individuales, quienes lo consideran como respuesta, que prevalecen en Medicina y Biología, enfatizan que el individuo está dispuesto a reaccionar ante el estrés (Lazarus y Folkman, 1991), pero como dice Zaldívar, "hemos planteado la imposibilidad de una explicación y un entendimiento cabal del estrés si no apreciamos en conjunto ambos factores" (Zaldívar, 1996, p. 22).

En resumen, el concepto de estrés desde una perspectiva biologicista, se ha orientado a incluir en su enfoque, las demandas sociales y físicas del entorno, Lazarus (1966) planteó que el estrés se tratara como un concepto organizador que sirva para entender una amplia gama de fenómenos que influyen en la adaptación humana y animal, considerando al estrés no como una variable, sino como un conjunto de variables y procesos, lo que da pie a estudiarlo desde una visión psicosocial, que trataremos en el siguiente apartado.

1.2 El modelo basado en la interacción individuo-ambiente

El modelo anterior ha sido cuestionado desde la actual psicología cognitiva. Un modelo centrado exclusivamente en la respuesta falla, porque la misma respuesta puede producirse para estímulos diferentes con diversos significados psicológicos. Un modelo basado en el estímulo falla, así mismo, porque el mismo estímulo puede provocar respuestas diferentes en distintas personas.

Surge así un tercer enfoque en el que, desde una perspectiva integradora, se propone el empleo del término "estrés" como una etiqueta genérica para un área de problemas que incluye el estímulo que provoca las reacciones de estrés, las reacciones mismas y los diversos procesos que intervienen (Cohen, 1985; Cox y McKay, 1978; Feuerstein y cols. 1986; Jenkins y Calhoun, 1991; Lazarus, 1966, 1980).

Puede decirse que de los modelos de Schachter y Singer (1986) partieron los modelos subsecuentes, desarrollados por Lazarus (1980), basados en las teorías cognoscitivas. Estos modelos constarían de dos momentos de evaluación: el primero, durante el cual el individuo evalúa la "peligrosidad" o riesgo que el estímulo representa para su bienestar, y el segundo, en el que evalúa los recursos con los que cuenta para manejar esa "amenaza". El estrés surge entre los dos momentos: cuando la persona ha tenido ya la cognición amenazadora pero aún no ha puesto en juego sus "estrategias de afrontamiento" y, por lo tanto, se encuentra en una condición *sobreactivada*.

En los modelos cognoscitivos hay dos consideraciones importantes: *la evaluación del estresor es siempre subjetiva y depende de las características propias del individuo* o de lo que Lazarus ha llamado los *significados del sujeto*, lo que colocaría al estrés en la escala de las *experiencias* más que de los hechos objetivos; y la segunda consideración, según la cual, dado que los estímulos pueden o no ser nocivos o que los sujetos pueden intervenir activamente en la acción restauradora, esto conllevaría al desarrollo de *estrategias de afrontamiento*, más que de mecanismos adaptativos.

Los estudios más recientes de Lazarus (1986; 1991) contradicen el modelo clásico que se caracteriza por exponer una relación lineal, unidireccional, entre los estresores—estrés— indicadores de estrés. Para este investigador, al tratarse de la respuesta humana específicamente, *la situación es considerablemente más compleja*.

1.3 El estrés psicosocial

Al preguntarle a cualquier persona una definición de estrés, probablemente lo asociará con términos tales como tensión, molestia, angustia, depresión, amenaza, malestar físico, haciendo alusión al carácter demandante, de presión que tiene el estrés, lo que le da una connotación negativa, que se suele llamar *distrés* o estrés negativo, pero también el estrés tiene un carácter positivo y se conoce como *eutrés* o estrés positivo (Zaldívar, 1996).

Como ya se comentó, el concepto de estrés ha vivido varios momentos, desde un enfoque fisiologista hasta una orientación cognitivista en el cual las demandas ambientales, las demandas internas o las dos, agotan o exceden los recursos de adaptación del individuo o del sistema social, pero también concede gran importancia, como veremos más adelante, a la evaluación que el sujeto elabora del estímulo lo que determinará la intensidad de la respuesta.

Es decir que se le otorga al sujeto un papel activo y evaluador que actúa sobre su ambiente, elige entornos y busca controlar los acontecimientos de acuerdo a sus intereses y compromisos (Zaldívar, 1996; Morales, 1997).

Para Álvarez (1987), la definición de estrés debe considerar los siguientes aspectos:

- a) El estrés es una respuesta del organismo ante estímulos que afectan su homeostasis (como vimos con Cannon) que pueden ser de origen biológico, físico o psicosocial.
- b) Esta respuesta es de tipo sistémico ya que integra los niveles endocrino, neurológico y psicológicos.
- c) Es una respuesta parcialmente inespecífica ya puede ser independiente del estímulo.
- d) El carácter estresante de un estímulo psicosocial no lo da el estímulo por sí solo, sino a la significación que el sujeto le atribuye, unido a sus experiencias y al grado de control sobre el ambiente.
- e) Los componentes afectivos y cognitivos se vinculan estrechamente con la significación atribuida y la respuesta psicológica.
- f) La respuesta de estrés es activa e influye sobre el estímulo y la significación atribuida.
- g) Se considera la vida social como el primer eslabón en la cadena de respuestas psiconeuroendocrinas.

De lo anterior se desprende que las definiciones de estrés comparten la noción de “una transacción entre la persona y el ambiente, o una situación resultante de la interpretación y valoración de los acontecimientos que la persona hace” (Rodríguez Marín, 1995, p. 55). Rodríguez afirma que el estrés resulta de las transacciones entre una persona y su ambiente que conducen al sujeto a percibir una discrepancia, real o no, entre las demandas de alguna situación y sus recursos biológicos, psicológicos o sociales. Para completar, la definición que nos parece integra todos los aspectos analizados, es la que tienen Zaldívar, Guevara y Roca: “El estrés es un estado vivencial displacentero sostenido en el tiempo, acompañado en mayor o menor medida de trastornos psicofisiológicos que surgen en un individuo como consecuencia de la alteración de sus relaciones con el ambiente que impone al sujeto demandas o exigencias las cuales, objetiva o subjetivamente, resultan amenazantes para él y sobre las cuales tiene o cree tener poco o ningún control” (citado por Zaldívar, 1996, p. 30).

Se presenta un proceso psicobiológico complejo con tres componentes (Rodríguez Marín, 1995): una situación inicial en la que se da un acontecimiento potencialmente perjudicial, lo que se conoce como estresor; un momento siguiente en el que se interpreta el acontecimiento como perjudicial o amenazante; y por último, una activación del organismo, que responde ante la amenaza que se caracteriza como una respuesta de *ansiedad*.

El estrés psicosocial se refiere a la relación entre la persona y su ambiente en el contexto de un proceso multivariado con específicas consecuencias en la salud mental (Lazarus y Folkman 1984, 1987), donde un estresor es una situación que demanda o excede los recursos personales de modo que la situación represente *daño, amenaza o desafío*. En particular las situaciones estresantes cotidianas desempeñan un papel muy importante en el estado físico y mental del individuo más aún que los eventos de vida mayores (Wagner, Compas y Hovell, 1988). En este sentido, la evaluación cognitiva de estrés no es estática y por tanto diferentes situaciones pueden ser percibidas como estresantes dependiendo de las características personales (Brim, 1980).

El estudio del estrés psicosocial, entendido como un proceso dinámico, considera que los acontecimientos cotidianos potencialmente estresantes varían según el sexo y la etapa de la vida (Brim y Ryff, 1980). Las relaciones familiares constituyen uno de los puntos de partida para el establecimiento de las relaciones sociales, con un especial significado emocional, principalmente orientado al desarrollo y definición de la identidad psicosexual madura.

Por su parte, Lazarus (1966) propuso que el estrés se considerara como un concepto organizador para entender un amplio grupo de fenómenos importantes para la adaptación humana; sin embargo, señaló que en el proceso de adaptación la persona puede pasar por procesos cognoscitivos, acciones específicas y estilos de vida de forma rutinaria y automática, que no necesariamente significan estrés.

Aunque sea importante determinar una taxonomía de acontecimientos estresantes, ya sea por el contenido o por la duración, es imprescindible reconocer que las diferencias individuales, los recursos psicológicos y sociales, inciden en el grado de vulnerabilidad a los acontecimientos, por lo que se reconoce que en un momento determinado, lo que puede ser muy estresante para una persona, puede no serlo para otra. La definición de Lazarus considera a la evaluación cognoscitiva como un proceso que determina por qué y hasta qué punto es no estresante una relación determinada o una serie de relaciones entre las personas y su entorno.

Lazarus (1990) planteó que el estrés es un fenómeno principalmente subjetivo, y que es mejor evaluado en las circunstancias cotidianas, y finalmente, las mediciones de estrés deberían evaluar el contenido y las fuentes generadoras de estrés además del grado. Asimismo, propone analizar los sistemas en los que interviene una gran cantidad de variables que se relacionan; entre el transcurso del tiempo y atraviesan por contextos cambiantes de adaptación. Tal es el caso de los indicadores sociodemográficos, como el sexo, la edad, el nivel socioeconómico, la escolaridad, etc., que permiten contextualizar el significado de los acontecimientos potencialmente estresantes.

En suma, el estrés psicosocial no escapa a las interpretaciones y construcciones sociales que realizan los individuos en su interacción con el medio, con los otros, así como de sus condiciones económicas, políticas, sociales y culturales.

1.4 Fuentes de estrés

Se conocen muchas fuentes de donde deriva el estrés y se clasifican de acuerdo al sistema que provengan (Serafino, 1990; Rodríguez Marín, 1995). Las estudiaremos en seguida:

- a) *Fuentes personales.* De las fuentes personales más frecuentes son las *situaciones de conflicto*. Cuando se dan dos o más tendencias de respuesta incompatibles entre sí, se presenta el conflicto que puede ser de cuatro tipos: "acercamiento-acercamiento", cuando el sujeto tiene que elegir entre dos opciones igual de atractivas; "evitación-evitación", caso en el que la persona tiene que elegir entre alternativas igualmente indeseables; "acercamiento-evitación", cuando el sujeto quiere alcanzar un objetivo al mismo tiempo que le da miedo realizarlo; "doble acercamiento-evitación", caso en el que el acercamiento a un objetivo específico implica perder otro, de manera que la resolución por alguno conlleva a evitarlo. (Lewin, 1935). Cuando se resuelve el conflicto o queda sin resolverse, provoca estrés o tensión. La enfermedad también es una de las fuentes personales más importantes de estrés.
- b) *Fuentes familiares.* Interactuar con los miembros de la familia, sus necesidades y comunicaciones particulares, conflictos y experiencias, provoca constantemente estrés, aunque la familia también puede ayudar a prevenirlo y reducirlo, como veremos en el apartado de "control de estrés". Los acontecimientos vitales importantes como el nacimiento de un hijo, la muerte, el divorcio, dificultades económicas, etc., provocan estrés (Holmes y Rahe, 1967; Dohrenwend, 1974). La "atmósfera" o "clima" familiar son determinantes en la conducta de los miembros de la familia.

- c) *Fuentes sociales*. Todos los contextos en los que se desenvuelve el sujeto, pueden provocar estrés, como el contexto laboral y escolar. Peiró (1992) distingue estresores del “ambiente físico” como el ruido, la iluminación, la higiene, la temperatura, la toxicidad; “las demandas estresantes del trabajo” como los turnos, la sobrecarga de trabajo, exposición a peligros y riesgos; “contenidos del trabajo”, la oportunidad de control, oportunidad del uso de habilidades, identidad con las tareas y complejidad del trabajo; “estrés por el desempeño de roles”; “estrés por relaciones interpersonales y grupales”; “estrés con el desarrollo de la carrera”; “estresores derivados por la tecnología” y “estresores derivados del clima organizacional”. También se pueden considerar como fuentes de estrés, la pérdida del empleo y la jubilación.

1.5 Niveles de estresores y factores que los determinan

1.5.1 Niveles de estresores

Al conocer las fuentes, Rodríguez Marín (1995) distingue tres niveles de estresores:

- a) *Acontecimientos vitales importantes*. Como un ataque al corazón o la muerte del cónyuge, de un hijo, de los padres que a menudo ocurren de forma súbita y requieren reajustar el estilo de vida de los implicados, manifestándose un período de choque y posteriormente un período de ajuste gradual.
- b) *Tensiones vitales constantes o persistentes*. Aquí se refiere a los problemas ocupacionales, sociales o interpersonales que persisten y no se resuelven tan fácilmente. En nuestra investigación, logramos identificar los principales estresores que son relevantes para los estudiantes de la Universidad.
- c) *Estrés provocado por problemas cotidianos*. Estos se presentan frecuentemente, de la misma forma se resuelven y son reemplazados por otros. La cuestión importante es que debido a la persistencia de estas situaciones, pueden irse sumando y producir un alto nivel de estrés.

1.5.2 Factores que determinan la percepción de un acontecimiento como estresante

Para evaluar un acontecimiento como estresante se deben reunir ciertos factores que se combinan, como toda construcción psicológica y social, para que el individuo, cuyo rol activo se ha mencionado en muchas ocasiones, determine y actúe de acuerdo a las circunstancias.

La capacidad que el sujeto tiene para resistir y tolerar al estrés dependerá de:

- a) *Afrontamiento constructivo*. Se refiere a las reacciones al estrés que resultan *relativamente* saludables o adaptativas, cuyas características principales (Weinsten, 1983), son el confrontar la situación problemática, apoyarse en la realidad y realizar una evaluación precisa y realista, aprender a reconocer mediante un autocontrol emocional relativamente fuerte, por último, realizar esfuerzos para evaluar racionalmente diferentes alternativas a la situación.
- b) *Vulnerabilidad al estrés*. La vulnerabilidad se entiende como la relación que existe entre la valoración y significación de las consecuencias que cierto evento tiene para el sujeto y la valoración que éste hace de los recursos con los que dispone para afrontarlo (Zaldívar, 1996). Alrededor de la vulnerabilidad, se proponen una serie de factores vinculados con la evaluación y el afrontamiento, entre los que tenemos a los factores de riesgo y los factores protectores. Los primeros se refieren, para Zaldívar, citando a Bagés (1990), a los aspectos personales o situaciones en los que el individuo asocia con la probabilidad de enfermar. Los factores protectores son la combinación de características personales y elementos del ambiente, con su respectiva percepción, que pueden disminuir los efectos del estrés sobre la salud y el bienestar.
- c) *Perfil de seguridad*. Los principales factores que conforman el perfil de seguridad son la autoestima, el control, la fortaleza personal, el estilo de vida saludable, el afrontamiento, el apoyo social, al respecto Barrón dice "el afrontamiento con el estrés es un proceso que puede implicar la necesidad de distintos tipos de apoyo en momentos diferentes. Esto refleja el desarrollo continuo de evaluaciones y reevaluaciones de la relación cambiante entre el individuo y las dificultades que afronta" (Barrón, 1996, p. 18), y las habilidades psicosociales.

- d) *Perfil de riesgo*. Para Zaldívar sus principales componentes son, las experiencias molestas de la vida cotidiana, el estilo de vida inadecuado, un afrontamiento no constructivo, la presencia de emociones negativas como consecuencia de evaluaciones distorsionadas, la presencia del patrón A de comportamiento que se refiere a los sujetos competitivos, obsesivos en el trabajo y metas, perfeccionista y poco tolerante, la sobreactivación fisiológica constante y la baja autoestima así como la débil fortaleza personal.

El significado y la relevancia de los acontecimientos estresantes, los decide el individuo que interactúa con el medio y los demás, que se comunica, que le atribuye signos de malestar a las condiciones internas y externas, en conclusión "es la percepción de tales características lo que transforma al acontecimiento en estresante, al menos en el caso de los organismos humanos" (Rodríguez Marín, 1995, p. 62). Una situación puede ser, por sus características particulares, negativa pero siempre dependerá de la evaluación que de ella, hagan los sujetos.

1.6 Reacción ante el estrés y su control: estrés y salud

Ya se han descrito las fuentes de donde proviene el estrés, desafortunadamente (y afortunadamente también), es un acontecimiento cotidiano. Las experiencias estresantes provienen, a manera de integración, de tres fuentes básicas: el entorno, nuestro cuerpo y nuestros pensamientos (Davis, Robbins y Mc Kay, 1986). Para estos autores, el entorno nos bombardea constantemente con demandas de adaptación al vernos implicados en exigencias sociales, horarios y normas de conducta, así como las aglomeraciones que amenazan nuestra seguridad.

La fuente fisiológica se manifiesta por el crecimiento del sujeto y su envejecimiento, las enfermedades y accidentes, la alimentación, los trastornos del sueño, etc.; las amenazas del ambiente producen en el cuerpo cambios que son estresantes por sí mismos y la persona reacciona de manera "natural" luchando o huyendo ante los problemas y amenazas. Al cambiar el cuerpo, los centros reguladores del organismo le proporcionan información para enfrentarse o escapar de la amenaza es decir que al sentirse estresado, se puede reaccionar ocasionando desgaste físico, llanto e incluso depresión y hasta la muerte. De la tercera fuente, ya nos hemos ocupado cuando se habló de estrés psicosocial y el carácter activo del sujeto.

De forma sistemática Rodríguez Marín (1995) maneja cuatro tipos de respuestas al estrés:

- a) *La activación fisiológica*, como respuesta inicial a una situación de estrés.
- b) *Respuestas cognitivas*. No sólo los resultados de la evaluación que el sujeto elabora, sino incluyen respuestas involuntarias como la incapacidad de concentrarse, el desempeño deficiente de tareas cognitivas y la aparición de pensamientos repetitivos e intrusivos.
- c) *Reacciones emocionales*. Se liga a las dos anteriores ya que la emoción no sólo refleja la activación fisiológica, sino contenidos de naturaleza cognitiva y evaluativa que se conectan a su vez al contexto social y cultural del sujeto. Entre las reacciones emocionales al estrés tenemos el miedo, la ansiedad, la excitación, la ira, la depresión y la resignación.
- d) *Respuestas comportamentales*. Dependen del acontecimiento estresor y de la percepción del sujeto. Se organizan básicamente en tres y son características de cualquier organismo animal: aproximación, evitación e inmovilización.

Controlar el estrés no es tarea fácil, se tienen que considerar todos los factores que se han estudiado y se requiere de un amplio conocimiento de los mismos y de las posibles alternativas con un programa estructurado y guiado por profesionales implicados en esta tarea. Meeks y Heit (1987) sugieren que se ayude a las personas a sobrellevar el estrés en áreas de la salud como la familiar y la social, discutiendo los problemas con familiares y amigos, desarrollar destrezas que faciliten la comunicación con los demás así como el interesarse por diversas actividades alternativas.

También proponen que la alimentación se puede controlar construyendo una dieta sana pero que no se convierta en un estresante también, así como la práctica de ejercicio y el tener una buena condición física, cuando el ejercicio falta, se considera una causa de estrés negativo ya que el corazón y los demás músculos no se ejercitan de ahí que se presente la propensión a enfermedades y trastornos cardiovasculares, factor principal del aumento de peso, esta condición es a su vez, otra causa de estrés negativo. Otro factor que puede controlarse, es uso de drogas, alcohol y tabaco que se consideran atenuantes de la falta de capacidad para sobrellevar el estrés, y como veremos, se consideran formas de afrontamiento evitativos. Finalmente, "el carácter particular y el estado de salud de tu familia y de las demás personas en tu ambiente influyen en el nivel de estrés que tengas" (Meeks y Heit, 1987, p.135).

Si bien no podemos escapar de todas las situaciones estresantes ni evitar las respuestas innatas a las amenazas, si podemos aprender a contrarrestar las reacciones habituales al estrés, con la técnica de la relajación (Davis, Robbins y Mc Kay, 1986), ellos dicen que los centros del cerebro que aceleran los procesos bioquímicos en una situación de alerta, también se pueden estimular para inhibir dichos procesos, cuando el organismo responde ante una amenaza con estrés, la respuesta de relajación es su contraria y devuelve al organismo su estado natural de equilibrio. La relajación ayuda a recuperar las condiciones normales del organismo para evitar usar toda la energía de manera excesiva ante los estímulos amenazantes. Para estos autores es conveniente conocer los síntomas que representan el tipo de respuesta específica al estrés, por ello empleamos el instrumento de registro de síntomas en nuestro estudio.

Jasnoski y Schwartz (1985) dicen que cada nivel de nuestra existencia se forma por subsistemas que a su vez es un subcomponente de un sistema más amplio; para entender la salud se considera cómo interactúan los sistemas biológicos, psicológicos y sociales, estos investigadores ponen de ejemplo que los órganos del cuerpo forman amplios sistemas con sus respectivas funciones vitales como la circulación y la digestión, que a su vez son parte de un sistema más amplio: el sujeto. El individuo es parte de su familia, su cultura, su comunicación. Incluso los órganos internos, formados por subsistemas, están compuestos por elementos bioquímicos.

En conclusión, el estrés se relaciona íntimamente con la enfermedad. Lo conveniente es evitar al máximo que altere o afecte la vida de las personas. Precisamente de la relación de estrés y enfermedad nos ocuparemos en el siguiente apartado.

2. ESTRÉS Y ENFERMEDAD

2.1 Relevancia de factores psicosociales en la relación de estrés y enfermedad

En los últimos años, ha resurgido el interés por la influencia de los diferentes factores psicosociales y emocionales en la morbilidad y mortalidad (Zaldívar, 1996). Para Zaldívar, las investigaciones sobre estrés, han apuntado hacia esta dirección al poner de manifiesto la relevancia de estos factores en el surgimiento y desarrollo de muchas enfermedades, no sólo en las psicosomáticas, sino otras más vinculadas con factores inmunológicos como la tuberculosis y el cáncer, entre otras.

Ya se ha mencionado la relevancia de los vínculos entre los eventos vitales, y sus respectivos cambios de los estilos de vida y que se perciben como amenazantes para los sujetos y la posibilidad de padecer alguna enfermedad, al respecto Valdés y Flores (1986) señalan cómo ante situaciones de tensión, el organismo se adecua mediante ciertos mecanismos que se desarrollan en cuatro ejes fundamentales: psicofisiológico, psiconeuroendocrino, psicoimmunológico y conductual. Entonces se evidencia cómo el sistema nervioso central se relaciona y funciona en conjunto con los sistemas endocrino e inmunológico y ayuda a comprender cómo el estrés se vincula con muchas enfermedades (Zaldívar, 1996).

La investigación enfocada a los procesos emocionales sugiere que la emoción precisamente tiene un aspecto fisiológico que incluye cambios endocrinos y autónomos así como una correlación entre el cerebro y el sistema límbico, lo que marca un papel importante de la corteza cerebral en la percepción, integración y expresión emocional (citado por Zaldívar, Díaz, 1990).

Zaldívar menciona que todas estas investigaciones dieron pie a una nueva rama: la psiconeuroinmunología cuyos objetivos básicos son la investigación de la vida emocional del sujeto, incluido el estrés, y su repercusión en la salud del individuo a partir de la relación entre los factores psicosociales, la función cerebral, la secreción de hormonas y las respuestas inmunológicas.

Se ha desprendido de todo lo anterior la siguiente hipótesis, “mientras más estreses vitales experimente una persona, más elevadas serán las probabilidades de desarrollar trastornos físicos, incluidos los sistemas cardiovasculares, las infecciones, las alergias y hasta el cáncer” (citado por Zaldívar, Borysenko y Borysenko, 1983).

Ahora bien, el avance que han tenido estas investigaciones que pretenden relacionar los factores psicosociales y su influencia en la salud, cabe mencionar que todavía quedan elementos que no se han resuelto por completo así como un acuerdo común (O’Leary, 1990). Aunque para contrarrestar está última aseveración, Zaldívar contesta que también existe evidencia en cuanto a los efectos negativos, en los enfermos de cáncer, de la depresión, la desesperanza y la soledad. En concreto, para O’Leary, los factores psicosociales que resumen los comportamientos mediadores de las respuestas inmunes son: pobres hábitos alimenticios, privación del sueño, consumo de drogas que pueden tener efectos directos sobre el sistema inmunológico.

2.2 Problemas de investigación de la relación entre estrés y enfermedad

Morales (1997) sugiere las siguientes líneas de investigación que relacionan el estrés con el desarrollo de las enfermedades:

- a) *Metabolismo de los lípidos*. En diversos estudios (Emsdale y Herd, 1982) encontraron que los ácidos libres y el colesterol se aumentan bajo situaciones de tensión, en particular el colesterol se incrementa ante estresores fuertes.
- b) *Hipertensión arterial*. Se ha encontrado que las tensiones ambientales y los estados emocionales, se asocian con esta condición y su control.
- c) *Infartos del miocardio*. Se considera que pueden ir precedidos por situaciones de conflictos personales graves, los sujetos predispuestos a problemas coronarios genéticos, exceso de peso, hipertensión e hipercolesterolemia, el estrés aumenta el riesgo considerablemente.
- d) *Respuesta inmunológica*. La relación entre este rubro y el estrés se marca en el análisis del impacto de las tensiones sobre la salud, partiendo de un enfoque interdisciplinario, que ya habíamos comentado con Zaldívar: la psiconeuroinmunología, basándose en de la idea de la conexión entre los sistemas inmune y nervioso.

Son muchas las evidencias que se han encontrado para determinar el impacto del estrés sobre la salud de los individuos aunque no debemos olvidar que también se puede enfocar desde un punto de vista dialéctico, un círculo construido socialmente que incluye ambas posibilidades: el estrés como causa de enfermedad y la enfermedad como generadora de estrés, contemplando que la repercusión se da en los diferentes niveles psicosociales y no exclusivamente en el individuo.

2.3 El estrés como causa de enfermedad

Existen diferentes investigaciones, hipótesis y especulaciones que se refieren a las relaciones entre los estímulos psicosociales (Rodríguez Marín, 1995) que analizan el papel del estrés como agente potencial de la enfermedad, y se refieren básicamente a los mecanismos que se asocian a la enfermedad, los precursores de la misma y la enfermedad como tal. Estas relaciones se producen, según Rodríguez, siguiendo dos caminos: *la ruta directa* en la cual el estrés produce cambios fisiológicos que conducen al desarrollo de la enfermedad; *la ruta indirecta* que afecta a la conducta del sujeto y consecuentemente se facilita o produce la enfermedad.

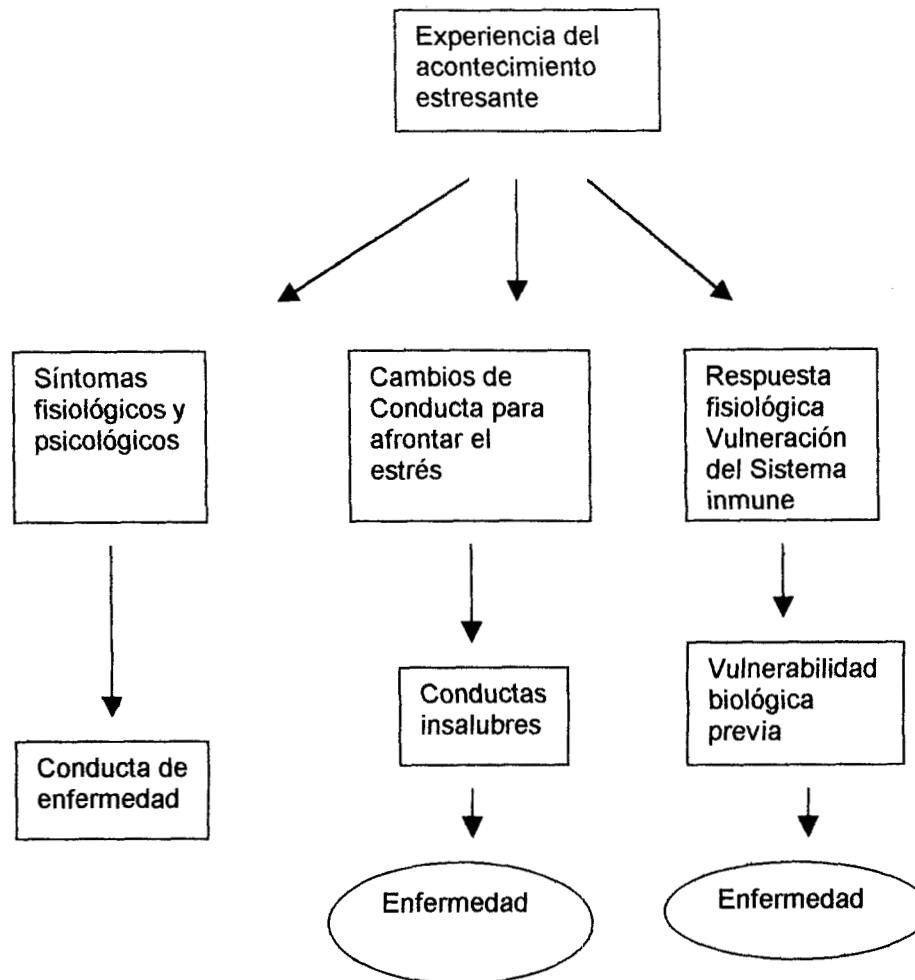


Figura 1. El estrés como causa de enfermedad (De Rodríguez Marín, 1995)

Podemos apreciar en la figura 1, que en la ruta directa, el estrés produce cambios en el sistema biológico que afectan la salud, como vimos con Morales. Al elevarse el nivel de hormonas, se produce un efecto negativo sobre el sistema cardiovascular, formándose placas de ateroma en la pared de los vasos, reduciendo el calibre de las arterias y produciendo cardiopatía isquémica que se manifiesta como angina en el pecho o infarto al miocardio; además la liberación de catecolaminas y corticosteroides durante la situación estresante puede alterar el sistema inmune. En el caso que exista relación directa entre estrés y enfermedad, influye también la vulnerabilidad biológica. Por otro lado, en el caso de la ruta indirecta, el estrés afecta la conducta, cambiándola, perturbando la salud del sujeto presentándose afrontamientos efectivos a corto plazo, pero negativos en un largo plazo, como fumar, beber alcohol, dejar de comer, etc. En concreto, el estrés puede producir también una conducta de enfermedad, aunque sin producir realmente enfermedad.

Este es el caso cuando el estrés genera una variedad de síntomas (...) algunas personas interpretan estos síntomas como “signos” de enfermedad y llevan a cabo “conductas de enfermedad”, como buscar tratamiento y ayuda médica” (Rodríguez Marín, 1995, p. 77).

2.4 La enfermedad como acontecimiento estresante

La enfermedad daña el funcionamiento biológico, psicológico y social del sujeto e incluso lo puede conducir a la muerte (Rodríguez Marín, 1995). La enfermedad potencialmente se considera como estresante, además una crisis vital que impacta en la identidad personal y social (Moss, 1977).

Para estar sano, se requiere tener un equilibrio psicológico y social, al igual que la homeostasis fisiológica. Cuando un acontecimiento irrumpe las pautas comportamentales y del modo de vivir, se emplean mecanismos para restablecer el equilibrio y solventar los problemas (Rodríguez Marín, 1995). Para este autor, la enfermedad se presenta como una crisis que dura cierto tiempo y conduce a cambios constantes entre los pacientes y sus familiares. Cuando un sujeto enferma, es frecuente que no cuente con la debida información, su significación se torna ambigua y tiene que decidir rápidamente, entonces el carácter estresante de la enfermedad dependerá de algunos factores, entre otros, Rodríguez menciona la duración, la forma de aparición, su intensidad y las etapas del proceso de la enfermedad. En muchos enfermos, el estrés psicológico es innegable (Nichols, 1984), que se confirma cuando las enfermedades producen reacciones emocionales y complicaciones psicológicas.

Estas respuestas son resultado de la evaluación de la enfermedad como factor estresante, una evaluación que se distingue por atribuirle características amenazantes, daño o pérdida y que los recursos no son suficientes para afrontar el acontecimiento.

Es importante señalar, como Rodríguez Marín, que la enfermedad produce estrés no sólo en la persona que la sufre, también en los familiares del enfermo. Al verse afectada la dinámica de las relaciones intrafamiliares, se producen cambios en el juego de roles de los miembros, constituyéndose este cambio por sí mismo, como fuente de estrés sumada a la situación particular del enfermo. Para muchos sujetos, la angustia que se produce por la reacción emocional ante estos eventos, es más difícil de sobrellevar que la enfermedad misma.

Las personas tienen que recurrir a mecanismos, como se ha hecho mención para afrontar el estrés de la mejor forma posible, de ellos nos encargaremos en la siguiente sección.

3. AFRONTAMIENTO

Hay que aprender a buscar la dicha, lo que hace la vida digna de ser vivida, en cosas aparentemente menores que poco tienen que ver con los grandes planes políticos ni tampoco, desde luego, con la riqueza o el almacenamiento de posesiones y cachivaches.

Fernando Savater.

3.1 Concepto de afrontamiento

A partir de la década de los noventa, la literatura científica se ha interesado más que nunca, por los efectos de los *estresores psicosociales*, en el funcionamiento biológico. Una de las cuestiones que centra el interés de los investigadores en la última década, son los procesos de afrontamiento.

La relación pues, entre los problemas de salud y afrontamiento constituye en la actualidad un importante tópico en área de investigación en Psicología de la Salud (Auerbach, 1989; Endler y Parler, 1990b, 1993; Parker y Endler, 1992; Taylor, 1990).

Como se mencionó, existen numerosos estudios que versan sobre los procesos conscientes, o sobre las reacciones a eventos estresantes externos (Endler y Parker, 1990b, 1993; Folkman y Lazarus, 1980, 1985, 1988; Krohne, 1988; Parker y Endler, 1992). Si bien, el modelo más clásico de afrontamiento está basado en el estudio de los procesos inconscientes (Freud, 1933), los nuevos planteamientos se centran en estrategias conscientes, reacciones emocionales y comportamientos manifiestos.

El afrontamiento, se define como un intento cognitivo y afectivo del sujeto, por reconciliar la discrepancia percibida entre demandas de situación y la capacidad personal o competencia (Endler, 1988; Lazarus y Folkman, 1984), o también el afrontamiento son aquellos esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes, que se desarrollan para manejar las demandas específicas externas y/o internas y que se evalúan como excedentes o desbordantes (Lazarus y Folkman, 1986).

Entonces, el afrontamiento se considerara como una operación reguladora, que representa los esfuerzos por mantener un nivel deseable de funcionamiento personal ante las demandas sobre los propios recursos personales. Estas demandas tradicionalmente se han estudiado en forma de estímulos ambientales, o factores que provocan estrés, como por ejemplo los acontecimientos vitales, las crisis y las contrariedades (Holmes y Rahe, 1967; Sarason, Johnson y Siegel, 1978) que requieren una solución. La repercusión de estos factores de estrés, sobre los múltiples niveles interdependientes de bienestar, han constituido desde sus inicios el centro de atención de la Psicología de la Salud.

Se presenta la posibilidad de un planteamiento sistémico de la investigación sobre el estrés, el afrontamiento y la salud, por su influencia en la investigación sobre la naturaleza transaccional y orientada a procesos de estas variables (Endler, 1988; Lazarus y Folkman, 1984, 1987; Ostell, 1991).

Dada la relevancia del tema del afrontamiento en el ámbito de la Psicología de la Salud, los investigadores están atentos a los métodos utilizados para evaluar las variables de afrontamiento.

El concepto de *coping* se relacionó desde un principio al afrontamiento al estrés y ha sido ampliamente reconocido en el campo de la Psicología. Los planteamientos tradicionales sobre este concepto provienen de dos aproximaciones metodológicas distintas: la experimentación animal que lo define en función de los actos que controlan las condiciones amenazantes; y la psicología psicoanalítica del yo, que lo relaciona fundamentalmente con la cognición.

Murphy (1962; Coelho, Hamburg y Adams, 1970) definieron este concepto, proponiéndolo como cualquier intento para dominar una situación nueva que puede ser potencialmente amenazante, frustrante, cambiante o gratificante.

En su libro *Afrontamiento y Adaptación*, Coelho, Hamburg y Adams dicen que el factor cognitivo es muy importante (filosofía de la vida, factores culturales y factores personales). El afrontamiento es un proceso porque la relación con el ambiente está constantemente cambiando. Se refiere, en definitiva, a lo que el individuo realmente piensa o hace en un contexto específico, de una forma cambiante, a medida que se producen sucesivas reevaluaciones de la situación.

Desde el punto de vista del foco del afrontamiento se han distinguido dos formas básicas (Folkman y cols., 1986; Lazarus y Folkman, 1986):

- a) *El afrontamiento centrado en el problema*. Busca modificar directamente la situación que provoca estrés e incluye conductas tales como la búsqueda de información y consejo, toma de una acción de resolución del problema.
- b) *El afrontamiento centrado en la emoción o paliativo*. Acepta la fuente de estrés pero busca manejar o reducir los sentimientos de estrés que se producen. Como ejemplos de conductas de afrontamiento centradas en la emoción se encuentran la descarga emocional, la regulación afectiva y la aceptación resignada.

En el concepto de afrontamiento es importante diferenciar los rasgos de los estilos de afrontamiento, ya que los estilos representan formas amplias y generalizadas de referirse a los aspectos particulares de los individuos, como el que tiene poder o el que carece de él, el amigable o el hostil, el controlador o el permisivo, o a situaciones particulares como las ambiguas o claras, evaluativas o no evaluativas, temporales o crónicas.

Los rasgos se refieren a las propiedades de las que dispone el sujeto para aplicar en determinadas situaciones (Lazarus y Folkman, 1991).

Estos autores consideran el *patrón A*, del que ya se ha hablado, como estilo de afrontamiento ya que incluye aspectos conductuales, cognitivo-afectivos y motivacionales que son interdependientes; mencionan también los *estilos cognitivos* que sirven como mecanismos de control y guardan similitud con lo que se conoce como estilo de afrontamiento. Se incluye en los estilos cognitivos a los *controles cognitivos* que son estilos aceptados como variables importantes mediadoras en el mantenimiento de la estabilidad de las actitudes y orientaciones de la persona, un control cognitivo es el de *nivelamiento-agudización* que se relaciona con el equilibrio entre estímulos nuevos y recuerdos de experiencias pasadas.

El nivelamiento es la tendencia a ver las cosas en términos de similitudes, la agudización por el contrario, es la forma de ver las cosas en base a las diferencias.

Otros controles cognitivos son la *focalización*, importante para determinar la atención espontánea; el *rango de equivalencia*, importante para establecer similitudes y diferencias; el *control flexible y estrecho*, que decide la respuesta ante situaciones incongruentes y la *tolerancia a las experiencias irreales*, importante para definir la respuesta ante situaciones que desafía los conocimientos sobre la realidad externa. Finalmente, Lazarus y Folkman, hablan de la *dependencia e independencia de campo*, se refiere a los individuos independientes de campo son más capaces de reestructurar las partes de un estímulo que los dependientes. Estos investigadores critican los planteamientos tradicionales sobre afrontamiento básicamente en cuatro aspectos: el enjuiciamiento del afrontamiento como rasgo o estilo estructural, la falta de diferenciación entre afrontamiento y conducta adaptativa automática, la confusión entre afrontamiento y consecuencia y la equiparación de afrontamiento y dominio.

3.2 Los recursos de afrontamiento

Son los elementos y/o capacidades, internos o externos que una persona tiene para hacer frente a las demandas de la situación potencialmente estresante (Rodríguez Marín, 1995), Rodríguez distingue cuatro tipos:

- a) *Físicos-Biológicos*. Incluyen los elementos del entorno físico del sujeto, por ejemplo, algunos factores que se relacionan con la salud biológica inmediata como la malnutrición. Los recursos físicos son la salud biológica, la energía y la resistencia del sujeto aunque también el clima, la estructura física de la vivienda o del ambiente en el que se desenvuelve.
- b) *Psicológicos-Psicosociales*. Van desde la capacidad intelectual del sujeto hasta su autoestima, independencia y sentido del control; los recursos psicológicos incluyen las creencias que se utilizan para sostener la esperanza, destrezas para solucionar problemas, la moral y la autoestima.
- c) *Culturales*. Tienen que ver con las creencias de la persona y sus atribuciones causales. Tales creencias, símbolos, normas y valores, son dadas por la cultura propia del sujeto, la salud y la enfermedad se valoran y se reconocen en la cultura y en los grupos de pertenencia.
- d) *Sociales*. Incluye la red social del individuo y sus sistemas de apoyo social, de los que se obtiene información, asistencia y apoyo emocional.

En suma, los recursos de afrontamiento tienen una naturaleza multidimensional, son propiedades exclusivas del individuo como la salud y la energía, las creencias positivas, las aptitudes y las habilidades sociales (Lazarus y Folkman, 1991).

3.3 Funciones del Afrontamiento

Las funciones del afrontamiento son: asegurar la información adecuada del entorno, mantener condiciones internas satisfactorias para actuar y procesar la información y mantener la libertad de movimientos (citado por Lazarus y Folkman, White, 1974).

También Mechanic (1974) considera tres funciones: afrontar las demandas sociales y del entorno, crear la motivación necesaria para enfrentar a tales demandas y mantener un estado de equilibrio psicológico para dirigir la energía y los recursos a las demandas externas.

Finalmente, existen funciones del afrontamiento relacionadas a contextos específicos como salud/enfermedad (Cohen y Lazarus, 1979; Moos, 1977), exámenes (Mechanic, 1962) y crisis políticas (George, 1974).

3.4 Afrontamiento y Control

Puede intuirse que afrontar una situación es pretender controlarla, modificando el entorno, cambiando el significado de la situación o controlar las propias conductas y emociones (Lazarus y Folkman, 1991). Ellos consideran que el control se refiere a los *esfuerzos* conductuales o cognitivos que se desarrollan para enfrentar una situación estresante, además establecen que control y afrontamiento son sinónimos y los distinguen de las creencias generales y/o situacionales sobre el control que determinan las evaluaciones cognitivas de amenaza.

Rothbaun, Weisz y Snyder (1982), establecen una clasificación de dos categorías: *control primario*, que pretende cambiar el entorno y *control secundario*, que intenta adaptarse a él. Lo importante es destacar el *intento* ya que se habla más de afrontamiento que de evaluación (Lazarus y Folkman, 1991).

Rothbaun, Weisz y Snyder distinguen cuatro maneras que se desprenden del control secundario: *control predictivo*, es decir la predicción de acontecimientos aversivos para evitar la amenaza que puedan significar; *control ilusorio*, el individuo se une al azar para competir por el control; *control vicario*, se logra al asociarse con otros más fuertes y *control interpretativo*, se refiere a la capacidad de interpretación de los acontecimientos y lograr comprenderlos.

Una vez más, podemos establecer una relación estrecha, entre los procesos de atribución, la salud y la enfermedad, el estrés y el afrontamiento, relación que evidencia la interdependencia de estos aspectos y que podemos apreciar en los siguientes aspectos.

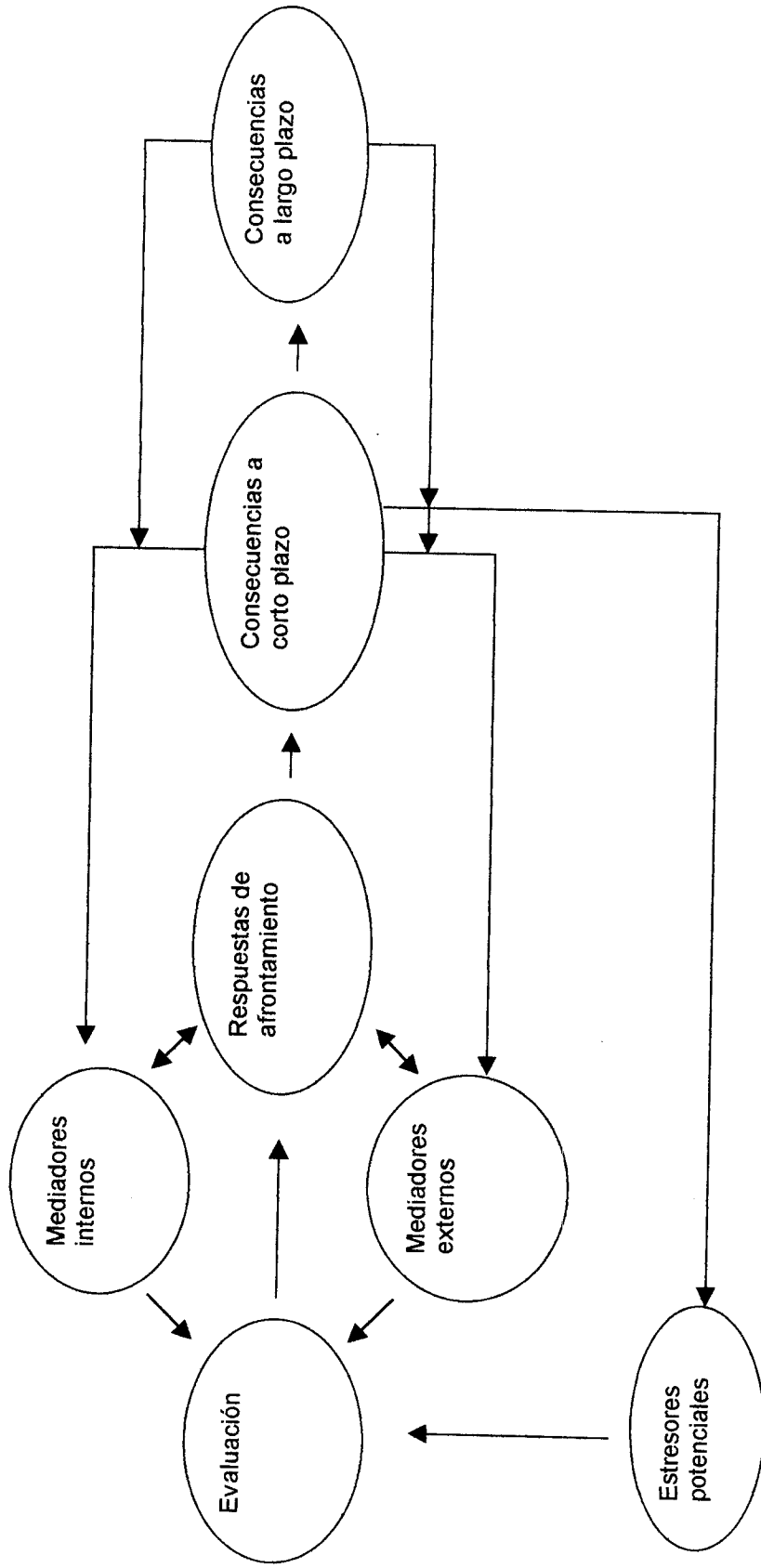
Las estrategias de afrontamiento pueden resultar efectivas en cierta situación pero no serlo en otra, la efectividad dependerá del grado en que resulte apropiada a las demandas internas y/o externas de la situación (Lazarus y Folkman, 1991), además estos autores consideran que se aplica el mismo criterio a las evaluaciones de amenaza, de pérdida, de desafío que dependen de la situación de cualquier juicio que se haga deberá considerar el contexto en el que se desenvuelven. Lazarus y Folkman describen las siguientes características de los procesos de evaluación:

- a) *Eficacia de la evaluación*. El problema clave del sujeto, en cualquier interacción con el entorno, consiste en formar juicios reales sobre los efectos que la interacción tendrá en su bienestar. Una evaluación efectiva debe aproximarse al flujo real de los acontecimientos, el desajuste entre la evaluación y el suceso real puede seguir dos rumbos: o el sujeto valorará la amenaza en grados y situaciones que no se dan, o la evaluación reflejará un fracaso en el reconocimiento del daño en los casos en que suceda. La mayoría de las situaciones estresantes son ambiguas, cuanto mayor sea la ambigüedad mayor será la probabilidad de desajuste entre la evaluación y el resultado final. Como se había mencionado, la vulnerabilidad también afecta la concordancia entre evaluación y acontecimientos y se halla en función de un compromiso fuertemente adquirido.
- b) *Eficacia del afrontamiento*. No todas las situaciones puedan afrontarse de manera efectiva lo que no significa necesariamente que el individuo sea un afrontador inefectivo, para que el afrontamiento sea efectivo debe existir una correcta adaptación entre los esfuerzos del mismo y los valores, creencias, estilos de afrontamiento, objetivos y compromisos. Evaluar de forma exacta el afrontamiento en situaciones concretas, requiere de un sistema que permita clasificar las distintas posibilidades que se relacionan con el resultado adaptativo.

Es decir que un programa sistemático que ayude a un individuo para dominar el estrés implica considerar la interrelación entre la evaluación cognitiva, el afrontamiento, los motivos personales y las situaciones demandantes (Zaldívar, 1996).

En suma, los procesos por lo que las personas reaccionan y manejan las situaciones estresantes determinan la relación entre afrontamiento del estrés y enfermedad y el afrontamiento en particular, puede influir en la intensidad, frecuencia y forma de las reacciones neuroquímicas al estrés, también puede afectar la salud en forma negativa aumentando el riesgo de morbilidad y mortalidad cuando se recurre al uso excesivo de sustancias nocivas o cuando el individuo realiza actividades que signifiquen un riesgo importante. Incluimos el modelo de Cervantes y Castro (1986), que explica lo antes mencionado (ver figura 2) basado en la Teoría General de Sistemas, que se refiere a que todos los sistemas vivientes están en constante intercambio con el medio ambiente y que el ajuste exitoso entre ellos, dependerá de la capacidad de adaptación del organismo, también considera que las condiciones biopsicosociales son siempre cambiantes y requieren que el sujeto se mantenga en un dinámico proceso de afrontamiento y adaptación. El individuo es la unidad de análisis que integra los factores biopsicosociales e incorpora los mediadores internos y externos, como el apoyo social, así efectúa una evaluación del estrés y elige qué tipo de recursos de afrontamiento puede emplear, implicando consecuencias a corto y a largo plazo.

Figura 2. Modelo de estrés psicosocial (De Cervantes y Castro, 1986)



3.5 Instrumentos de Afrontamiento

Sidle, Moos, Adams y Cady (1969) desarrollaron una escala de afrontamiento que evalúa el efecto de la deseabilidad social en su preferencia de estrategias de afrontamiento y estimar la relación del enfrentamiento con variables como ansiedad y autoestima. Los resultados obtenidos sugirieron que las personas con altos sentimientos de autoestima tendieron a enfrentar las situaciones estresantes buscando ayuda, hablando con otros y aprendiendo de sus experiencias anteriores; mientras que las personas con pobres sentimientos de autoestima tendieron a más a utilizar estrategias de afrontamiento tendientes a reducir la tensión.

Además, los resultados indicaron que las estrategias representaron formas relativamente independientes de afrontamiento, por ejemplo:

1. Tratar de saber más acerca de la situación, buscar información adicional.
2. Tratar de encontrar el lado positivo de la situación.
3. Hablar con otra persona acerca del problema (familiar, amigo, profesional).
4. No preocuparse. Cualquier problema tiene que terminar.
5. Involucrarse en otras actividades para mantener la mente ocupada y fuera del problema.
6. Encontrar el aspecto positivo, considerando la experiencia que se está adquiriendo.
7. Prepararse para lo peor.
8. Elaborar varios planes de acción, después de todo uno nunca sabe cuál va a funcionar.
9. Recapitular la experiencia pasada; quizás está uno viviendo una situación similar.
10. Tratar de reducir la tensión (bebiendo, comiendo, fumando más, haciendo ejercicio).

Existen dos categorías centrales para entender el concepto de afrontamiento de un acontecimiento estresante: aproximación y evitación. Este par de categorías se refiere a dos formas de afrontar el estrés: la lucha y la huida, ambos términos proporcionan una estructura teórica para comprender el afrontamiento del estrés; ambas estrategias no se excluyen una a otra, es decir los sujetos no se caracterizan simplemente como "aproximadores" o "evitadores" ya que casi todos usan alguna estrategia de cada categoría, lo que propicia que sean utilizadas de forma combinada (Rodríguez Marín, 1995). Sin embargo en nuestro estudio, como podremos verificar cuando se analicen los resultados, los estudiantes de la Universidad percibieron el afrontamiento aproximativo como significativo.

Precisamente de Rodríguez Marín, utilizamos para nuestra investigación el "cuestionario de formas de afrontamiento" (Rodríguez, Terol, López y Pastor, 1993). De las categorías de aproximación y evitación, en este instrumento se desprenden las siguientes dimensiones:

Afrontamientos aproximativos: *pensamientos positivos, búsqueda de apoyo social, búsqueda de soluciones, contabilización de ventajas, religiosidad.*

Afrontamientos evitativos: *culpación a otros, pensamiento desiderativo, represión emocional, autoculpación, resignación, escape.*

4. APOYO SOCIAL

4.1 Definición de apoyo social

El apoyo social se considera un acto comunitario donde los individuos reciben los mensajes por medio de dos canales, el verbal y el no verbal y dichos mensajes pueden analizarse en dos niveles, el de contenido y el de relación. Describe la conducta como una interacción dinámica que tiene lugar entre personas que se influyen en sus comportamientos, creencias y emociones (Musitu, 1993).

Existen diversas perspectivas y enfoques que han tratado de acercarse a una definición completa de apoyo social. En primer término, el apoyo social se define a través de tres elementos: afecto, afirmación y ayuda, el apoyo puede comprometer la expresión de cariño e intimidad emocional (afecto); la provisión de la información sobre lo correcto o incorrecto de las acciones del sujeto o pensamientos (afirmación), y la disponibilidad y el uso de ayuda directa a través de dinero, tiempo, esfuerzo, y la atracción (citados por Roca y Pérez, Kahn y Antonucci, 1989, p. 25).

Para diversos autores (Lin y cols., 1986; Barrón, 1990), la definición debe considerar tres aspectos: *los niveles de análisis* (comunitario, redes sociales y relaciones íntimas); *las perspectivas* (estructural, funcional y contextual); y *la diferencia entre aspectos positivos y negativos.*

Otra definición de apoyo social es la de Álvarez, quien asevera que las relaciones que proveen a las personas de un apoyo emocional, material o ambos en su interacción con el medio, sus funciones incluyen el mantener una identidad social positiva, proveer apoyo emocional, ayuda material y servicios concretos así como el acceso a nuevos contactos y funciones sociales (citado por Roca y Pérez, Álvarez, 1989, p. 26).

Barrón (1999), menciona que existen definiciones integradoras ya que contemplan la interacción entre los aspectos que se han subrayado, Vaux (1988) habla del apoyo social como un metaconstructo que tiene tres elementos conceptuales que interrelacionan dinámicamente las transacciones entre el sujeto y su ambiente; los tres elementos son: *recursos de la red de apoyo, conductas de apoyo y las evaluaciones del apoyo*.

Consideramos que la aproximación de Roca y Pérez es la más completa porque contempla de forma amplia e interactiva los elementos que componen el apoyo social ya que lo define como (los) recursos sociales accesibles y (o) disponibles a una persona, encontramos en el contexto de las relaciones interpersonales y sociales que pueden influir tanto de forma positiva como negativa en la salud y bienestar de los individuos implicados en el proceso. Su característica distintiva radica en su carácter interactivo, dinámico y extensible a lo largo de la dimensión temporal (Roca y Pérez, 1999, p. 30).

4.2. Redes sociales

La red social se refiere a los lazos o ataduras que tiene un individuo con un determinado grupo y el tipo de vínculos que desarrolla dentro del mismo (Leavy, 1983). La existencia de la red permite "medir" objetivamente la estructura de los recursos sociales de una persona y examinar cómo varían estos mediante las diferentes etapas y situaciones de la vida (Roca y Pérez, 1999).

4.2.1 Tamaño de la red

El tamaño o estructura de la red se refiere exclusivamente a un componente cuantitativo, es decir el número de individuos listados por la persona y a los que considera parte de su red social de acuerdo con algún criterio previo, por ejemplo, que se conozcan por el nombre y tengan una relación previa o que tengan contactos al menos una vez al mes (Roca y Pérez, 1999).

Sin embargo, Vaux (1988) diferencia los conceptos red social y red de apoyo, esta última forma parte de la red social pero que le permite a la persona acudir en busca de apoyo para manejar demandas de afrontamiento o para lograr algunas metas; las demandas y metas pueden ser cotidianas o no. En condiciones normales, las redes de apoyo son relativamente estables en tamaño y composición aunque pueden verse alteradas por ciertos cambios vitales como la jubilación, el divorcio, etc., los rasgos estructurales como la densidad y la reciprocidad influyen en su valor como recurso.

4.2.2 Funciones de la red social

Roca y Pérez (1999), considera que la red cumple tres funciones específicas: *apoyo*, que incluye tanto la estructura como el contenido de las relaciones de ayuda disponibles en el medio ambiente y el proceso mediante el cual los individuos hacen uso de estas uniones; así como el *consejo* y la *retroalimentación*.

4.3 Funciones del apoyo social

Thoits (1986), distingue tres funciones básicas del apoyo; *apoyo instrumental*, este advierte a las acciones o ayuda material proporcionada por otros y facilita la realización de las responsabilidades de los roles ordinarios. Desde el punto de vista de la vida cotidiana serían ejemplos de ello, la ayuda financiera que ofrece la familia a un estudiante universitario para que culmine su formación, el cuidado de los hijos pequeños para que uno u otro o ambos de los padres lleven acabo determinada actividad, o cualquier tipo de ayuda cuya característica esencial sea la concreción u objetividad.

La segunda función es el *apoyo socioemocional*, que consiste en la aseveración o demostración de amor, cariño, estima, simpatía y pertenencia de grupo. En este caso se trata de un componente en el cual lo primordial es lo vivencial subjetivo: hacerle sentir al otro que es apoyado, querido o respetado, a pesar de no tener efectos objetivamente visibles, sí contribuye a realzar la autoestima y los sentimientos de valía personal.

Finalmente, la tercera función se denomina *apoyo informacional* y se refiere a la comunicación de emociones o hechos relevantes, a dificultades corrientes tales como aviso, retroalimentación personal e información que puede mitigar circunstancias de la vida, ayudar a tomar decisiones u ofrecer vías acertadas para enfrentar uno u otro tipo de problemática.

4.4 Modelos teóricos de apoyo social

Cohen (1988), propone tres modelos basados en los efectos del apoyo social en la salud y enfermedad. En primer lugar están los *modelos genéricos*, afirman que el apoyo social se relaciona con distintas enfermedades, bien a través de su influencia en patrones conductuales que incrementan o reducen el riesgo de padecer alguna enfermedad, aunque también por su efecto sobre las respuestas biológicas que inciden en dichos trastornos.

En segundo término, tenemos los *modelos centrados en el estrés*. En relación con el estrés existen dos tipos de efectos: lo que se conoce como efecto directo que consiste en el bienestar cuando afecta la salud y el bienestar independiente del nivel de estrés, y el denominado efecto protector o amortiguador, cuando el apoyo social sólo tiene efectos benéficos en condiciones de alto estrés.

Por último, los *modelos del proceso psicosocial*, incluyen modelos que describen la naturaleza de la mediación psicosocial de la relación apoyo social-salud. Estos modelos intentan especificar los procesos biológicos y psicológicos implicados en dicha relación y evalúan por separado tanto los efectos protectores como los directos. Se dividen en modelos generales y específicos. Los primeros se plantean si el apoyo social tiene efectos positivos sobre la salud y el bienestar, entonces el apoyo tiene dos formas de actuación: efecto directo y efecto protector; los modelos específicos se centran en el estudio del apoyo cuando tiene efectos benéficos así como los mecanismos para cumplir las formas de actuación descritas anteriormente.

4.5 Efectos positivos y negativos del apoyo social

Los factores psicosociales actúan sobre la salud y aumentan la susceptibilidad de las personas a contraer ciertos trastornos físicos y psicológicos (Barrón, 1996). La ausencia de apoyo social se ha relacionado con algunos trastornos como la depresión, neurosis y esquizofrenia, mientras que un buen nivel de apoyo social en sus varias formas se relaciona con mejor salud y bienestar.

Se considera que las interacciones sociales pueden ser perjudiciales ya que en ocasiones pueden existir beneficios aunque también costos; por ejemplo, cuando las conductas de apoyo no fomentan la comunicación abierta, es decir que resultan inútiles para el receptor al entenderlas como triviales y lo hacen sentirse más solo. Este caso se presenta cuando algunas personas que dan apoyo a sujetos que son víctimas de eventos vitales trascendentes presentan intensa ansiedad al tener que interactuar con los sujetos que tienen la problemática, entonces el apoyo no surte el efecto deseado.

Otro efecto negativo del apoyo social, se presenta cuando los miembros de la red de apoyo del sujeto, actúan como modelos inadecuados o que tratan de distraerlo para que no se preocupe, evitando que adopte medidas que a la postre sean benéficas.

CAPITULO III

METODOLOGÍA

1. EL CONTEXTO DE LA UNIVERSIDAD

1.1 ANTECEDENTES DE LA UAM-I

INCALLI IXCAHUICOPA: **Casa abierta al tiempo**

Para afrontar unos de los principales problemas educativos de México, que es la creciente demanda de enseñanza superior estimulada por el aumento de la población, abrió sus puertas una nueva e importante institución: la Universidad Autónoma Metropolitana (UAM), que inicia su vida como una comunidad libre, de profesores, estudiantes y trabajadores, sin más compromiso que el interés nacional y la verdad científica.

Es una joven universidad pública y autónoma, que en el periodo de 1974 a la fecha, ha adquirido un sólido prestigio social basado en la capacidad de sus profesores, en su actualizada y diversa oferta educativa en licenciaturas y posgrados y en funcionales instalaciones equipadas con moderna tecnología.

Los principales objetivos de la institución son los siguientes: auxiliar en la captación de la demanda de educación superior así como de todas las experiencias positivas que hay actualmente sobre sistemas de enseñanza; ofrecer nuevas profesiones que demanda en estos momentos el desarrollo del país y, finalmente, crear profesionistas con *mayor responsabilidad social*.

Son preocupaciones esenciales de la Universidad el mantenimiento de un alto nivel académico, al respeto a la actividad docente y a la investigación. La Universidad debe responder a las necesidades del país y contribuir a la formación de profesionistas que se requieren para formar una ciudad justa y equitativa. Por eso, debe mantener en constante revisión, sus planes de estudio para proponer fórmulas nuevas de carreras tradicionales y ofrecer nuevas carreras con distintas especialidades y orientaciones.

La UAM orienta la enseñanza, la investigación y la difusión cultural a la solución de los problemas de la sociedad y une la preparación profesional con formas de servicio social que pongan a los estudiantes en relación con las necesidades del pueblo.

1.2 ORGANIZACIÓN

La UAM es un organismo descentralizado del Estado con personalidad jurídica y patrimonio propio, que se organiza dentro de un régimen de desconcentración funcional y administrativa a través de sus unidades y mantiene la coherencia en su organización y en sus decisiones por medio de la coordinación de las actividades académicas y administrativas.

La UAM está integrada por varias unidades localizadas en diferentes zonas de la Ciudad de México, las cuales se caracterizan por un color diferente: Azcapotzalco, rojo; Iztapalapa, verde; Xochimilco, azul; coordinadas todas ellas por una Rectoría General, cuyo color es el negro. Cada Unidad constituye por sí sola una universidad completa y tiene un desarrollo académico independiente, para lo cual cuenta con sus propios órganos académicos y administrativos.

Las Unidades Universitarias tienen bajo su responsabilidad el desarrollo de las actividades relacionadas con la aplicación y desarrollo de los programas docentes de nivel licenciatura y posgrado, la realización y evaluación permanente de los programas y proyectos de investigación, la formación integral de los estudiantes, la generación de acciones tendientes a difundir el conocimiento, la extensión de la cultura y la vinculación con el entorno.

La Rectoría General tiene a su cargo la responsabilidad de planificar, diseñar y conducir las actividades de desarrollo y crecimiento de la Universidad. El Rector General preside el Colegio Académico donde están representados todos los miembros que conforman la comunidad universitaria; órganos personales (rectores, directores y jefes de departamento) personal académico, administrativo y alumnos.

1.3 ESTRUCTURA ACADÉMICA

La UAM agrupa en cuatro divisiones las carreras que imparte: División de Ciencias Básicas e Ingeniería (CBI), División de Ciencias Biológicas y de la Salud (CBS), División de Ciencias Sociales y Humanidades (CSH) y División de Ciencias y Artes para el Diseño (CAD).

La División esta integrada por Departamentos y Áreas de Investigación y tiene el propósito de impartir y desarrollar los planes y programas académicos de los estudios de educación superior, así como los programas y proyectos específicos de investigación. Cada división reúne un conjunto de Departamentos Académicos.

En la tabla 1 podemos observar las divisiones con las que cuenta cada una de los planteles de la Universidad.

Tabla 1: "Divisiones de las unidades que existen en la Universidad Autónoma Metropolitana"

Azcapotzalco	Iztapalapa	Xochimilco
CBI	CBI	CSH
CSH	CBS	CAD
CAD	CSH	CBS

La organización académica de la UAM está basada en un innovador modelo educativo denominado Modelo Departamental, que surge en 1974 como un esquema alternativo a los modelos educativos predominantes de aquellos años en el país, los cuales estaban conformados fundamentalmente por escuelas y facultades.

El Modelo Departamental hace posible que las tareas de docencia, investigación, difusión y preservación de la cultura se realicen en forma armónica e integral. También permite de manera natural la organización de grupos multidisciplinarios de investigación para abordar problemas con un alto grado de complejidad.

El Departamento es la unidad básica académica y está constituido por una comunidad de profesores e investigadores responsables de la docencia y de la investigación en un campo especializado del conocimiento, constituida por diversas áreas de investigación.

1.4 LA UNIVERSIDAD AUTÓNOMA METROPOLITANA, Unidad Iztapalapa

El plantel de Iztapalapa se caracteriza por contar con sistema académico de doce trimestres en todas las licenciaturas, donde la carga académica se distribuye en once semanas de clases, una de exámenes y evaluaciones globales y una más de entrega de actas, en total trece semanas.

La División de Ciencias Sociales y Humanidades cuenta, entre otras, con las licenciaturas de Psicología Social, Sociología, Economía, Administración de Empresas, Letras Hispánicas, Historia, Ciencia Política, Filosofía, Antropología Social, etc.; que se evalúan por medio de unidades de enseñanza aprendizaje, usualmente se conoce con el nombre de materias.

Conforme van avanzando las semanas del trimestre, el nivel de tensión aumenta en los estudiantes ya que se va acumulando la carga de trabajo y las responsabilidades académicas; por ejemplo, en la primera semana existe un proceso de altas y bajas (inscripciones y reinscripciones) de la UEA'S que incide notablemente en los estudiantes. En la quinta semana existe un proceso similar que se conoce con el nombre de "renuncias" de UEA'S que también afecta el desarrollo de la vida académica de las personas.

Cuando un alumno no logra inscribirse, le queda una alternativa poco segura que consiste en asistir a las clases en calidad de "oyente", supeditado siempre a que el docente acepte y que posteriormente le asigne su calificación en las actas.

El estudiante de la UAM-I se ve expuesto a constantes tensiones que provoca el sistema trimestral de la Universidad, viéndose inmerso en diversas situaciones estresantes, recurriendo a un proceso de afrontamiento que le garantice el éxito.

2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Nuestro problema deriva básicamente en dos cuestiones: ¿el sistema trimestral de la Universidad Autónoma Metropolitana de Iztapalapa, propicia estrés psicosocial? Y, ¿cuáles son las formas de afrontamiento de los estudiantes de la Universidad?

3. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

3.1 Objetivos generales

3.1.1 Conocer la relación existente entre el sistema trimestral y la salud de los estudiantes.

3.1.2 Establecer de qué forma el sistema trimestral de la Universidad genera estrés psicosocial.

3.1.3 Conocer las formas de afrontamiento de los estudiantes ante el estrés que genera el sistema trimestral.

3.2 Objetivos particulares

3.2.1 Identificar los principales estresores del sistema trimestral de la UAM-I.

3.2.2 Identificar la vulnerabilidad al estrés de los estudiantes por el sistema educativo de la UAM-I.

3.2.3 Conocer la hostilidad por las situaciones que se viven en el sistema educativo existente en la UAM-I.

3.2.4 Identificar los principales síntomas relacionados con el estrés en los estudiantes de la UAM-I.

3.2.5 Conocer las formas de afrontamiento en respuesta a los principales estresores del sistema trimestral.

3.2.6 Comparar los estresores, síntomas y formas de afrontamiento entre los sexos.

3.2.7 Comparar los estresores y formas de afrontamiento entre los estudiantes que cursan del primero al cuarto, del quinto al octavo y del noveno al doceavo trimestre.

4. TIPO DE INVESTIGACIÓN

Se realizó un estudio exploratorio que se caracteriza por establecer preferencias para ulteriores investigaciones y reunir información acerca de las posibilidades prácticas en marcos contemporáneos así como la formulación de problemas urgentes en el campo de las relaciones sociales.

Los estudios exploratorios se distinguen de los otros, porque su finalidad no es comprobar o demostrar hipótesis (Sellitz, Jahoda, Deutsch y Cook, 1974).

5. INSTRUMENTOS

Los instrumentos definitivos se aplicaron a 120 estudiantes de la División de Ciencias Sociales y Humanidades de la UAM-I, divididos en trimestres y en tres rangos, del primero al cuarto, del quinto al octavo y del noveno al doceavo, durante los meses de abril, mayo y junio del año 2000.

- a) Se realizó un sondeo a 40 estudiantes de la División de Ciencias Sociales y Humanidades mediante un cuestionario abierto (ver anexo, cuestionario "A") con la finalidad de observar las situaciones molestas o irritables del sistema trimestral y mediante el análisis de contenido se observaron los principales indicadores para la realización del cuestionario siguiente. Posteriormente, se aplicó una prueba piloto a 40 estudiantes de la misma división (Ver anexo, cuestionario "B"), es un instrumento binomial sobre vulnerabilidad al estrés por el sistema educativo de la UAM-I que consta de 31 ítems para recabar información sobre lo que más les molestaba del sistema trimestral de la Universidad, con la intención de elaborar la escala de hostilidad por las situaciones que se viven en el sistema educativo existente en la UAM-I. Este último, es un cuestionario construido mediante una escala de tipo ordinal que consta de 12 ítems. (Ver anexo, cuestionario "C").
- b) Registro de síntomas. Consiste en un cuestionario basado en una escala de tipo ordinal, original de Davis, Eshelman y Mc Key (1985). (Ver anexo, cuestionario "D"). La finalidad de este instrumento fue relacionar los principales síntomas de los estudiantes de la Universidad relacionados con el estrés.
- c) Formas de afrontamiento. Consiste en un cuestionario basado en una escala de tipo ordinal, original de Rodríguez Marín, Terol, López y Pastor, (1993). (Ver anexo, cuestionario "E"). La fiabilidad y validez de este instrumento fue realizada en una muestra de 384 sujetos, obteniéndose una (r media 0.60). La consistencia interna de las escalas mostró un coeficiente moderado satisfactorio alfa media (0.58). La fiabilidad se considera buena, dada por el análisis de ítems, subescalas y puntuaciones. Inicialmente el cuestionario fue construido por 50 ítems, siendo eliminados 14 para finalmente quedar compuesto por 36 ítems. La fiabilidad de la escala completa tuvo un alfa de Cronbach (0.66). Respecto a los factores la más alta correspondió al 1, alfa (0.76) pensamientos positivos y la más baja al factor 11, con alfa (0.40) "escape".

6. PROCEDIMIENTO

6.1 Población

Los estudiantes de Licenciatura inscritos en la Universidad Autónoma Metropolitana, Unidad Iztapalapa.

6.2 Muestra

Nuestra investigación utilizó una muestra no probabilística y diferenciada en donde se seleccionaron sujetos típicos previendo que son casos representativos de la población, cuya ventaja es la cuidadosa y controlada elección de sujetos con características específicas de acuerdo al planteamiento del problema (Hernández, Fernández y Baptista, 1998).

Se eligieron 120 estudiantes de licenciatura de la División de Ciencias Sociales y Humanidades de los doce trimestres, de los cuales, 59 fueron mujeres y 61 hombres inscritos en los dos turnos (matutino y vespertino).

RESULTADOS

RESULTADOS

Una vez aplicados los instrumentos, se concentró la información en tablas y figuras.

El cuestionario abierto arrojó una lista considerable de circunstancias que los estudiantes de la Universidad consideraron como molestas o desagradables del sistema educativo trimestral, entre las más frecuentes fueron: el sistema trimestral en sí identificado como elemento que causaba malestar, los procedimientos de inscripción, altas y bajas que diferencian a la UAM de otras instituciones, dentro de ese proceso, señalaron situaciones especiales que se presentan con cierta frecuencia, como el seleccionar grupos y horarios pero enfatizando cuando no se logran inscribir en las condiciones deseadas como falta de cupo en los grupos, inscripción en grupos no deseados, profesores que no se escogieron, calidad de "oyente" que también es una condición especial de la Universidad que no garantiza, de acuerdo con las impresiones de los sujetos sondeados, una estabilidad que se refleja en las calificaciones y la participación en clase. Manifestaron molestia en situaciones particulares de cada carrera como son la seriación en las materias, el contenido de las clases y las diferentes formas de evaluar. Por último las personas que participaron en el sondeo coincidieron en señalar situaciones que tienen que ver con el turno en el que se está inscrito, las asesorías extraclase, las interacciones con sus compañeros y profesores y el final del trimestre escolar que representa un aumento en la carga de trabajo diferente a la que se desarrolla a lo largo de las semanas que conforman el trimestre.

De este cuestionario abierto, se desprendió una lista de 31 situaciones que los estudiantes consideraron relevantes y que pueden ser vulnerables y por ende propiciar estrés.

En la tabla 1 podemos apreciar estas situaciones y las ordenamos en cinco categorías de acuerdo a sus características.

TABLA 1: *Situaciones molestas para los estudiantes del sistema trimestral de la UAM-I*

SITEMA ACADÉMICO	PROCEDIMIENTOS	CIRCUNSTANCIAS INDESEABLES	INTERACCIÓN	CONDICIONES DE LA CARRERA
Sistema trimestral	Inscripción/reinscripción	Horarios inconstantes	Diferentes grupos	Seriación
Inicio del trimestre	Altas y bajas	Grupos saturados	Trasladarse a diferentes aulas	Duración de las clases
Tiempo completo y medio tiempo	Selección de horarios	Profesores no elegidos	Compañeros de otras carreras	Asesorías
Turno	Selección de profesores	Calidad de oyente	Interacción con compañeros	Contenido de las clases
Calificaciones por letras			Interacción con profesores	
Evaluaciones				

De este instrumento, en el que los estudiantes señalaron las situaciones que consideraron molestas, de acuerdo a las frecuencias, se construyó la escala conformada de 12 ítems, podemos verlo en la tabla 2.

Tabla 2: *Concentrado de frecuencias de situaciones molestas para los estudiantes de la Universidad*

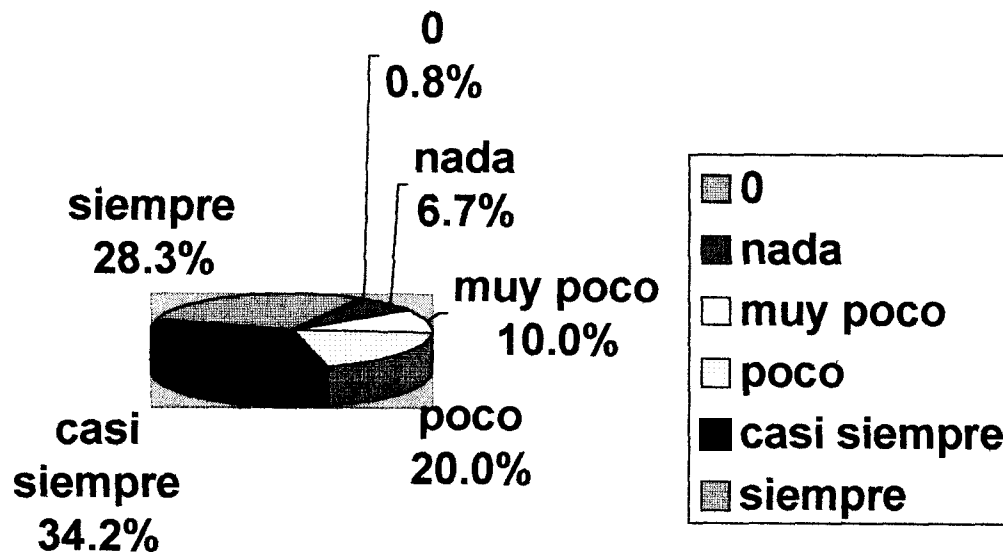
SITUACIONES	FRECUENCIAS
Falta de cupo	34
Horario inconstante	32
Calidad de oyente sin calificación	28
No contar con asesorías	25
Seriación	24
Profesores no elegidos	22
Inscripción/reinscripción	20
Final de trimestre	19
Altas y bajas	16
Selección de horarios y grupos	16
Oyente	16

Para lograr identificar los estresores, dentro de la escala de hostilidad, donde "nada" vale "1", "muy poco", "2", "poco", "3", únicamente se consideraron las respuestas "4" y "5" ("casi siempre" y "siempre") ya que nos revela cuales son las situaciones más incomodas para los estudiantes.

Se encontró, que para los estudiantes de la muestra, los tres principales estresores son: "cupo en los grupos" con un 62.5%, como se aprecia en la figura 1.

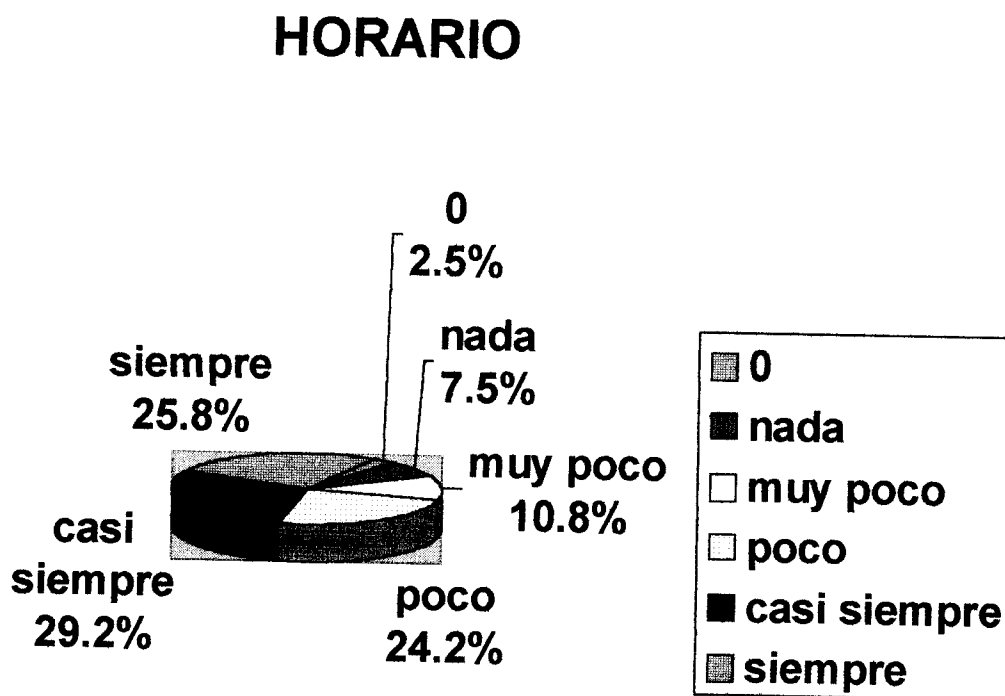
Figura 1

CUPO EN LOS GRUPOS



"Horario", el 55% de los estudiantes lo consideró relevante, como se observa en la figura 2.

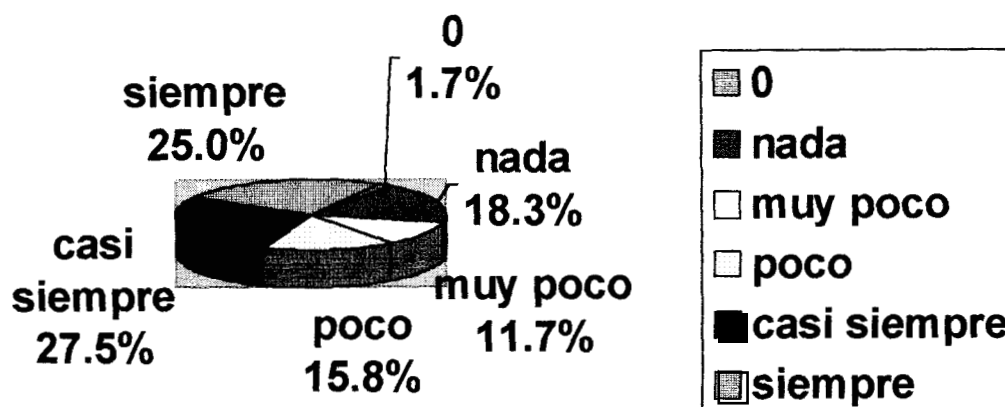
Figura 2



Finalmente, el tercer estresor importante fue "situación de oyente", con un 52.5%, como se puede ver en la figura 3.

Figura 3

SITUACIÓN DE OYENTE



Para registrar los síntomas más importantes, se tomaron en cuenta únicamente, dentro de la escala, el "malestar moderado" y el "malestar extremo" que nos revelan los síntomas más relevantes para los estudiantes de la Universidad, los cuales fueron "mal humor" e "irritabilidad", "desesperanza" y "depresión". Por la similitud de estos síntomas, y por su significado e identificación, asociamos "mal humor con irritabilidad" y "desesperanza con depresión", obteniendo los siguientes resultados de la muestra: "mal humor-irritabilidad", con un 45.9%. "Desesperanza-depresión", con 48.3%, lo que significa que estos síntomas se relacionan íntimamente con los estresores relevantes, señalados anteriormente.

Para conocer los principales recursos de afrontamiento asociados a los estresores y síntomas relevantes de los estudiantes, sólo se consideró, de la escala, las respuestas "4" y "5", "a menudo" y "casi siempre, la mayoría de las veces", respectivamente, por el hecho de que son los más relevantes. Resultando como principales recursos de afrontamiento los de tipo "aproximativo" y el principal recurso para los sujetos de la muestra fue "pensamiento positivo" con 62.5%.

Una vez que se establecieron los principales estresores de la Universidad, los principales síntomas y sus recursos de afrontamiento, se procedió a compararlos con las variables de sexo y trimestre.

La tabla 3 se refiere a los resultados más importantes para las mujeres. En el estresor "cupo en los grupos", el síntoma más relevante fue "desesperanza-depresión" con un 68%, y su forma de afrontamiento fue "pensamiento positivo" con 46%.

El estresor "horario", tuvo como principal síntoma "desesperanza-depresión" con 70.1% y su forma de afrontamiento fue "búsqueda de soluciones" con 42.6% .

El estresor "situación de oyente", presentó como síntoma importante "desesperanza-depresión" con 73.1% cuya forma de afrontamiento fue "pensamiento positivo" con 47.9%.

TABLA 3 "ESTRESORES, SÍNTOMAS Y FORMAS DE AFRONTAMIENTO PARA MUJERES"

ESTRESORES	SÍNTOMAS			FORMAS DE AFRONTAMIENTO				
	Mal humor-irritabilidad	Desesperanza-depresión	Pensamiento positivo	Búsqueda de soluciones	Búsqueda de apoyo social	Contabilidad de ventajas	religiosidad	
Cupo en los grupos	67.7 %	68 %	46 %	43.6 %	33.3 %	22 %	37.7 %	
Horario	69 %	70.1 %	39.4 %	42.6 %	31.2 %	24.7 %	37.2 %	
Situación de oyente	67.5 %	73.1 %	47.9 %	41.5 %	35.2 %	26.1 %	38.8 %	

227501

En la tabla 4 se concentraron los resultados para los hombres. En el estresor "cupo en los grupos", el síntoma más importante fue "mal humor-irritabilidad" con 52%, la forma de afrontamiento fue "pensamiento positivo" con 27.4%. El estresor "horario", tuvo como síntoma relevante "mal humor-irritabilidad" con 44.8%, y su forma de afrontamiento fue "pensamiento-positivo" con 24.7%. El estresor "situación de oyente", presentó como síntoma relevante "desesperanza-depresión" con 54.6% cuya forma de afrontamiento fue "pensamiento positivo" con 22.8%.

TABLA 4 "ESTRESORES, SÍNTOMAS Y FORMAS DE AFRONTAMIENTO PARA HOMBRES"

ESTRESORES	SÍNTOMAS		FORMAS DE AFRONTAMIENTO				
	Mal humor-irritabilidad	Desesperanza-depresión	Pensamiento positivo	Búsqueda de soluciones	Búsqueda de apoyo social	Contabilidad de ventajas	de religiosidad
Cupo en los grupos	52 %	45.5 %	27.4 %	12.2 %	13.7 %	18.6 %	10.2 %
Horario	44.8 %	39.1 %	24.7 %	15.4 %	14.6 %	12.1 %	8.9 %
Situación de oyente	35.7 %	54.6 %	22.8 %	16.3 %	15.8 %	12.4 %	9.4 %

Al realizar la comparación entre los trimestres, se analizaron los estresores y las formas de afrontamiento, como puede apreciarse en las tablas 5, 6 y 7.

Encontramos que para el estresor "cupos en los grupos", la forma de afrontamiento "pensamiento positivo" fue considerado importante para los estudiantes de los trimestres 5, 6, 7 y 8, con 30.4%. La forma de afrontamiento "búsqueda de apoyo social", fue más importante para los trimestres 1,2,3,4, con 18.6%. La forma de afrontamiento "búsqueda de soluciones", se consideró relevante para los trimestres 5, 6, 7 y 8, con 28.4%. La forma de afrontamiento "contabilidad de ventajas", fue importante para los trimestres 5, 6, 7 y 8, con 22%. Finalmente, el afrontamiento de "religiosidad", se consideró relevante para los trimestres 5, 6, 7 y 8, con 22%.

Ahora bien, en el estresor "horario", se encontró que para la forma de afrontamiento "pensamiento positivo" fue considerado relevante para los estudiantes de los trimestres 5, 6, 7 y 8, con 28%. La forma de afrontamiento "búsqueda de apoyo social" se consideró importante para los estudiantes de los trimestres 1, 2, 3 y 4, con 28.3%. La forma de afrontamiento "búsqueda de soluciones", se consideró relevante para los trimestres 5, 6, 7 y 8, con 27.2%. La forma de afrontamiento "contabilidad de ventajas", fue importante para los trimestres 5, 6, 7 y 8, con 21.1%. Por último, el afrontamiento "religiosidad", se consideró importante para los trimestres del quinto al doceavo, con 18.6%.

En el estresor "situación de oyente", encontramos que para el afrontamiento "pensamiento positivo", se consideró relevante para los trimestres 5, 6, 7 y 8, con 32.4%. La forma de afrontamiento "búsqueda de apoyo social" se consideró importante para los trimestres 1, 2, 3 y 4 con 22.4%. La forma de afrontamiento "búsqueda de soluciones", se consideró relevante para los trimestres 5, 6, 7 y 8, con 26.1%. El afrontamiento "contabilidad de ventajas", fue importante par los trimestres 5, 6, 7 y 8 , con 25.4%. Finalmente, el afrontamiento "religiosidad", fue importante para los trimestres, 5, 6, 7 y 8, con 22.8%.

TABLA 5 "ESTRESORES Y AFRONTAMIENTO DE LOS TRIMESTRES 1,2,3,4"

ESTRESORES	FORMAS DE AFRONTAMIENTO					
	Pensamiento positivo	Búsqueda soluciones	de búsqueda social	Búsqueda de apoyo ventajas	de religiosidad	religiosidad
Cupo en los grupos	24.5 %	16.1%	18.6 %	2.9 %	7.8 %	
Horario	24 %	15.4 %	28.3 %	3.2 %	8.2 %	
Situación de oyente	25.5 %	16.1 %	22.4 %	3.3 %	12.4 %	

TABLA 6 "ESTRESORES Y AFRONTAMIENTO DE LOS TRIMESTRES 5,6,7,8"

ESTRESORES	FORMAS DE AFRONTAMIENTO					
	Pensamiento positivo	Búsqueda de soluciones	de Búsqueda social	de apoyo	Contabilidad de ventajas	de religiosidad
Cupo en los grupos	30.4%	28.4%	16.1 %	22 %	22 %	22 %
Horario	28%	27.2 %	12.6 %	21.1 %	18.6 %	18.6 %
Situación de oyente	32.4%	26.1 %	15.8 %	25.4 %	22.8 %	22.8 %

TABLA 7 "ESTRESORES Y AFRONTAMIENTO DE LOS TRIMESTRES 9,10,11,12"

FORMAS DE AFRONTAMIENTO						
ESTRESORES	Pensamiento positivo	Búsqueda de soluciones	Búsqueda de apoyo social	Contabilidad de ventajas	Contabilidad de religiosidad	
Cupo en los grupos	18.6 %	12.7%	10.8 %	15.7 %	18.1 %	
Horario	12.2 %	15.4 %	15.1 %	12.6 %	18.6 %	
Situación de oyente	12.8 %	15.8 %	12.8 %	9.7 %	16.1 %	

CONCLUSIONES

CONCLUSIONES

El rendimiento de los individuos está asociado al impacto estresante de los problemas cotidianos mediatizado por las características de la personalidad, del entorno social y las respuestas de afrontamiento, por lo tanto, sobre el estado emocional a corto y quizá también a largo plazo. En esta investigación se hizo especial mención de estas condiciones al basarnos en el *modelo social expansivo* propuesto por Morales (1995) que intenta superar los planos alcanzados por las disciplinas relacionadas con la Psicología en los problemas concernientes a la salud.

Desafortunadamente, estos intentos quedan la mayoría de las veces en el plano teórico y la actuación todavía no tiene eco en la sociedad, por lo menos en México, ya que aún prevalece el enfoque biomédico, dirigido a la enfermedad *real* y poco a la prevención. La promoción de la salud no tiene el mismo impacto en las campañas publicitarias y el aparato tecnológico-biológico que acompaña a la industria farmacéutica, contrarresta lo que la investigación académica sí ha logrado: darle relevancia a la Psicología de la Salud y a las variables psicosociales o contextuales.

En este orden de ideas, cobra particular trascendencia la inserción a una nueva institución y el transcurso de la escolarización en la UAM-I, ya que forma parte de intereses de vida que involucra grandes cambios en el individuo, de orden fisiológico, psicológicos e interpersonales, en este nuevo sistema de relaciones sociales que implica un reacomodo de sí mismo y de los demás, donde se ensayan nuevas respuestas de afrontamiento al estrés psicosocial cotidiano.

Nuestra investigación tuvo la intención de presentar, por vez primera, algunos elementos de la Universidad que los estudiantes perciben como potenciales estresores y que finalmente pueden repercutir en su salud, por supuesto que una limitación considerable de la misma, es el impacto que los resultados obtenidos deben tener. Es primordial encontrar espacios y apoyos institucionales para darle seguimiento y mejorar las condiciones que en un momento dado, obstaculizan el desempeño de los estudiantes. Se requiere vincular las tareas de la Psicología de la Salud y la Psicología Comunitaria para aclarar conceptos, conocer las situaciones amenazantes y sobre todo la transformación de esas condiciones; también es muy importante adquirir habilidades y hábitos en un proceso de concientización para adoptar las decisiones encaminadas a mejorar el estado de salud y el medio universitario.

Por último, es conveniente indagar en los síntomas que representan el tipo de respuesta específica al estrés, para posteriores investigaciones sobre su incidencia real en la salud.

De acuerdo con el modelo de estrés psicosocial y con los modelos basados en las teorías cognoscitivas desarrollados por algunos autores (Lazarus, 1980; Cervantes y Castro, 1986; Lazarus y Folkman, 1991; Rodríguez Marín, 1995), que mencionan el surgimiento del estrés cuando el sujeto ya tuvo la cognición amenazadora pero aún no usa el afrontamiento y por lo tanto se encuentra en una condición *sobreactivada*, el sistema trimestral de la Universidad puede tener un impacto relevante sobre la salud de los estudiantes porque incide en su desenvolvimiento, así como en las percepciones y evaluaciones que éstos construyen en un constante proceso psicosocial. Influye de forma negativa cuando los sujetos no manejan hábilmente las formas de afrontamiento para controlar los estresores del sistema académico.

Aunque también se reconoce la habilidad de algunos estudiantes en su manejo cotidiano de formas de afrontamiento, que les permite lograr resultados óptimos en su desempeño académico, evaluando diferentes alternativas, para controlar determinadas situaciones estresantes.

De todo lo anterior, se concluye que de acuerdo a ciertas condiciones como son las diferencias individuales así como los recursos psicológicos y sociales, incidirán en el grado de vulnerabilidad a los acontecimientos, por lo que se reconoce que en un momento determinado, lo que puede ser muy estresante para una persona, puede no serlo para otra.

En el contexto escolar donde se desenvuelven los estudiantes, son fuentes sociales de estrés las demandas estresantes de la Universidad, los contenidos de las carreras, las relaciones interpersonales y el desarrollo de cada carrera. De ello se derivaron los principales estresores identificados por los estudiantes: "cupos en los grupos", "horario" y "situación de oyente". Estos estresores muestran que los procesos administrativos generan un nivel de estrés considerable y que provocan evaluaciones matizadas por la incertidumbre, ya que la saturación en los grupos, los turnos únicos de algunas licenciaturas, orillan a los sujetos a conformarse con situaciones poco satisfactorias que le producen principalmente síntomas asociados al mal humor, irritabilidad, desesperanza y depresión, mermando su aprovechamiento y resultados, desencadenando pocas expectativas de éxito.

De acuerdo con la hipótesis de que mientras más estreses vitales experimente una persona, más elevadas serán las probabilidades de desarrollar trastornos físicos, incluidos los sistemas cardiovasculares, las infecciones, las alergias y hasta el cáncer; el estrés puede provocar enfermedad como vimos en el capítulo 2, mediante dos rutas (la directa y la indirecta). Proponemos que nuestra investigación tenga un seguimiento al respecto para que se logren visualizar los efectos del estrés que pueden desencadenar en enfermedad.

Un aspecto de gran relevancia en el estudio del estrés y afrontamiento, es el apoyo social ya que relaciona íntimamente con ellos. Los recursos sociales de una persona y sus relaciones interpersonales y sociales pueden influir tanto de forma positiva como negativa en la salud y bienestar de los individuos implicados en el proceso. La red social cumple funciones de apoyo, consejo y retroalimentación que son de gran importancia y dan soporte al afrontamiento óptimo de los factores estresantes, como se pudo apreciar en nuestro estudio.

La comparación entre sexos, permite concluir que para las mujeres, son más relevantes los principales estresores así como la tendencia a deprimirse y a molestarse más que los hombres, es decir que tienen, de acuerdo a los estudiantes de la muestra, una respuesta al estrés de tipo *emocional*, aunque cuentan con mejor manejo de las formas de afrontamiento aproximativo, es decir que manejan mejor las respuestas al estrés de tipo *comportamental* de acuerdo a los resultados obtenidos, siendo el "pensamiento positivo", el afrontamiento más recurrido. Lo que se explicaría quizá porque las mujeres se relacionan con la noción de sentido común "de la manera en que veas al mundo, responderás con optimismo".

La comparación entre los trimestres nos indica, que los estudiantes de los de los trimestres intermedios cuentan con un mejor manejo de las formas de afrontamiento porque en ese periodo han adquirido mayores habilidades para controlar las situaciones que tiene el sistema de la Universidad, quizá el estudiante se encuentra en un lapso de reacomodo, de búsqueda de alternativas en contraste con los estudiantes de los primeros trimestres. Los sujetos inscritos en los últimos trimestres, están más adaptados a la institución y a sus exigencias, porque la experiencia de afrontar el estrés es producto de un constante esfuerzo y lograr consumir los objetivos y metas primordiales, como es el concluir los estudios, por ello, los principales estresores no les afecta tanto como a los demás. Los primeros trimestres presentan una excepción, señalaron el "apoyo social" como afrontamiento, porque la mayoría se encuentra en similares condiciones, expectativas y proyectos de vida, manifestándose una tendencia a buscar ayuda en los compañeros que se ubican en el mismo contexto.

En base a todo lo anterior, proponemos que los estudiantes inscritos en la Universidad cuenten con la información más relevante de esta investigación para que se construyan espacios de reflexión, apoyo y de intervención, que les permita contar con estrategias y técnicas de afrontamiento adecuadas, como los grupos de apoyo social y las técnicas de relajación para contrarrestar las conductas evitativas (alcohol, tabaco, negación de los acontecimientos, etc.) que inciden negativamente en la salud de las personas, considerando siempre las características individuales, los contextos familiares, culturales y sociales de los estudiantes y lograr una construcción psicosocial de la salud que mejore la estancia en la Universidad, el aprovechamiento académico de los sujetos y la transformación de las condiciones de existencia de la sociedad.

BIBLIOGRAFÍA

BIBLIOGRAFÍA

- Aldwin, C. M. (1987). Does coping help? A reexamination of the relation between coping and mental health. Journal of Personality and Social Psychology, 53 (2), 337-348.
- Barrón Ana. (1996). Aspectos conceptuales del apoyo social. En Apoyo Social (pp.457-489). Madrid: Ariel.
- Calvete, Z. E. y A. Villa Sánchez. (1997). Programa Deusto 14-16 II. Evaluación e intervención en el estrés docente. Madrid: Mensajero.
- Carranza, M. y Eduardo Almeida. (1995). La Psicología Comunitaria. En Eduardo Almeida (Comp.). Psicología Comunitaria. (pp. 13-101). México, D.F.: Benemérita Universidad Autónoma de Puebla y Universidad Autónoma de Sinaloa.
- Cuevas, S. (1991). El estrés. Instituto Mexicano de Psiquiatría, 15 (3), 18-30.
- Domingo, E., G. Gómez y Xosé S. (1996). Salud y prevención. Madrid: Universidad de Santiago de Compostela.
- Doms Martha, E. R. E. y M. Mc Kay. (1986). Cómo reacciona usted ante el estrés. En Martha Doms, E. R. Eshelman y Matthew Mc Kay. Técnicas de autocontrol emocional. (pp. 7-19). Barcelona: Martínez Roca.
- Godoy, J. F. (1999). Psicología de la Salud: delimitación conceptual. En M. A. Simón. Manual de Psicología de la Salud. (pp. 37-76). Madrid: Biblioteca Nueva.
- González Forteza, C. (1992). Estrés Psicosocial y Respuestas de Enfrentamiento: Impacto sobre el Estado Emocional en Adolescentes. Tesis de Maestría. México, D.F.: UNAM.

Hernández, S. R., C. F. Collado y P. Bautista. (1998) Metodología de la Investigación (2a. Ed.). México, D.F.: Mc Graw Hill.

Higashida, B. (1991). Ciencias de la salud (2a. Ed.). México, D.F.: Mc Graw Hill.

[Http://www.uam.mx](http://www.uam.mx)

Lazarus, R. y S. F. (1991). Estrés y procesos cognitivos. México, D.F.: Martínez Roca.

Meeks, L. y P. H. (1987). El control del estrés. En L. Meeks y P. Hert. Tu salud, un enfoque integral. (pp. 124-143). Columbus: Mac Millan/ Mc Graw Hill.

Morales, F. C. (1997). Introducción al estudio de la Psicología de la Salud. Hermosillo: UniSon.

Peiro, J. M., J. F. M. y D. F. (1996). Tratado de Psicología Social: Vol. I. Madrid: Síntesis.

Rodríguez Marín, J. (1995). Psicología Social de la Salud. Madrid: Síntesis.

Rodrigo, M. J. (1994). Contexto y desarrollo social. Madrid: Síntesis.

Sears O. D., et al. (1991). Health Psychology. In O. D. Sears, et al. Social Psychology (7th edition). (pp. 486-515). New Jersey: Prentice Hall.

Selltiz, C., M. J., M. D. y S. W. Cook. (1974). Métodos de Investigación en las Relaciones Sociales (7a. Ed.). Madrid: Rialp.

Zaldívar P., D. F. (1996). Conocimiento del estrés. En D. F. Zaldívar. Conocimiento y dominio del estrés. (pp. 11-56). La Habana: Científico-Técnica.

ANEXO

TABLA 1
CONCENTRADO GENERAL DE SUJETOS
POR SEXO Y TRIMESTRE

sujeeto	sexo	trimestre
1	1	1
2	2	1
3	1	1
4	2	1
5	1	1
6	1	1
7	1	1
8	1	1
9	1	1
10	2	1
11	1	1
12	2	1
13	2	1
14	1	1
15	1	1
16	1	1
17	1	1
18	2	1
19	2	1
20	2	1
21	2	1
22	1	1
23	2	1
24	2	1
25	2	1
26	2	1
27	2	1
28	2	1
29	1	1
30	2	1
31	1	1
32	2	1
33	2	1
34	1	1
35	2	1
36	2	1
37	1	1
38	2	1
39	1	1
40	1	1

sujeeto	sexo	trimestre
41	2	2
42	1	2
43	1	2
44	1	2
45	2	2
46	2	2
47	1	2
48	2	2
49	1	2
50	2	2
51	1	2
52	1	2
53	2	2
54	2	2
55	1	2
56	2	2
57	1	2
58	1	2
59	1	2
60	1	2
61	1	2
62	2	2
63	1	2
64	1	2
65	2	2
66	2	2
67	2	2
68	1	2
69	2	2
70	1	2
71	2	2
72	2	2
73	2	2
74	2	2
75	1	2
76	1	2
77	1	2
78	1	2
79	1	2
80	2	2
81	2	3
82	1	3
83	1	3

sujeto	sexo	trimestre
84	1	3
85	1	3
86	1	3
87	2	3
88	1	3
89	2	3
90	1	3
91	1	3
92	1	3
93	1	3
46	2	2
47	1	2
48	2	2
49	1	2
50	2	2
51	1	2
52	1	2
53	2	2
54	2	2
55	1	2
56	2	2
57	1	2
58	1	2
59	1	2
60	1	2
61	1	2
62	2	2
63	1	2
64	1	2
65	2	2
66	2	2
67	2	2
68	1	2
69	2	2
70	1	2
71	2	2
72	2	2
73	2	2
74	2	2
75	1	2
76	1	2
77	1	2
78	1	2

sujeto	sexo	trimestre
79	1	2
80	2	2
81	2	3
82	1	3
83	1	3
84	1	3
85	1	3
86	1	3
87	2	3
88	1	3
89	2	3
90	1	3
91	1	3
92	1	3
93	1	3
93	1	3
94	2	3
95	1	3
96	2	3
97	2	3
98	1	3
99	2	3
100	1	3
101	2	3
102	2	3
103	2	3
104	2	3
105	1	3
106	2	3
107	2	3
108	2	3
109	2	3
110	2	3
111	2	3
112	2	3
113	2	3
114	1	3
115	1	3
116	1	3
117	2	3
118	2	3
119	1	3
120	2	3

SEXO:
1,FEMENINO.
2,MASCULINO.

TRIMESTRE:
1; 1, 2, 3, 4;
2; 5, 6, 7, 8;
3; 9, 10, 11, 12

CUESTIONARIO "A"

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA METROPOLITANA

AÑO DE INVESTIGACIÓN 1999-2000: PSICOLOGÍA SOCIAL DE LA SALUD

El presente cuestionario tiene como finalidad obtener información de lo que piensan los estudiantes universitarios acerca de las situaciones que se viven en el sistema educativo que existe en la Universidad Autónoma Metropolitana Unidad Iztapalapa, la información obtenida se utilizará únicamente para fines de investigación, te agradecemos tu participación.

INSTRUCCIONES: Contesta de manera clara la siguiente pregunta.

1. Durante tu estancia en un sistema educativo trimestral como el que hay en la Universidad Autónoma Metropolitana de Iztapalapa, ¿qué es lo que más te molesta, desagrada, te pone de malas o irrita?

CUESTIONARIO "B"

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA METROPOLITANA

AÑO DE INVESTIGACIÓN 1999-2000: PSICOLOGÍA SOCIAL DE LA SALUD

INVENTARIO DE ITEMS SOBRE VULNERABILIDAD AL ESTRÉS DE LOS ESTUDIANTES DE LA UNIVERSIDAD DE NIVEL LICENCIATURA POR EL SISTEMA EDUCATIVO IMPERANTE EN LA UAM-I.

Las siguientes aseveraciones son acerca del sistema académico que existe en la Universidad Autónoma Metropolitana de Iztapalapa.

INSTRUCCIONES: lee cuidadosamente y anota una **X** en **SI**, cuando consideres que la situación en cuestión te molesta constantemente o **X** en **NO** cuando el evento no te moleste en nada o lo haga muy poco.

SITUACIÓN	SI	NO
1. El sistema trimestral		
2. Al iniciar el trimestre escolar		
3. El procedimiento de inscripción/reinscripción		
4. El movimiento de altas y bajas en la primera semana		
5. Selección de tus horarios		
6. Cuando no te toca el horario que elegiste		
7. La selección de tu grupo		
8. Falta de cupo en el grupo que elegiste		
9. La selección del profesor de la UEA en turno		
10. Profesores que no escogiste		
11. Asistir a diferentes grupos en el mismo trimestre		
12. Compañeros de diferentes carreras en grupos		
13. Trasladarte a diferentes aulas para asistir a clase		
14. El procedimiento de bajas de la quinta semana		
15. Que el sistema universitario cuente con tiempo completo y medio tiempo de dedicación académica		

SITUACIÓN	SI	NO
16. Seriación de las UEA'S de tu carrera		
17. Ser oyente en un grupo en el cual no estás inscrito		
18. Si el profesor del grupo del cual eres oyente no te toma en cuenta la calificación		
19. La forma de calificar por letras (NA, S, B, MB)		
20. La duración de las clases por semana		
21. Las asesorías extraclase		
22. No contar con asesorías extraclase		
23. El contenido de las clases		
24. Evaluaciones con exámenes escritos u orales		
25. Evaluaciones con entrega de trabajo		
26. Evaluaciones globales		
27. Exámenes extraordinarios		
28. Interacción maestro-alumno		
29. Interacción alumno-alumno		
30. El turno en el que estás inscrito		
31. El final del trimestre escolar		

CUESTIONARIO "C"

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA METROPOLITANA

AÑO DE INVESTIGACIÓN 1999-2000: PSICOLOGÍA SOCIAL DE LA SALUD

ESCALA DE HOSTILIDAD POR LAS SITUACIONES QUE SE VIVEN EN EL SISTEMA EDUCATIVO EXISTENTE EN LA UAM-I

SEXO _____ EDAD _____ DIVISIÓN _____ TRIMESTRE _____

INSTRUCCIONES: A continuación te presentamos una lista de las situaciones que se viven en el sistema educativo imperante en la Universidad; por favor lee cada una de ellas cuidadosamente y marca con una **X** las respuestas que mayor indiquen en qué medida cada una de las situaciones de la escuela te han preocupado, irritado, molestado, desesperado, estresado o malhumorado en tu estancia en esta institución.

Me molesto, enfado, irrito y estreso por:	Nada	Muy poco	Poco	Casi siempre	Siempre
1. Las inscripciones y reinscripciones					
2. Las altas y bajas					
3. Selección de tus horarios					
4. Cuando no te toca el horario que elegiste					
5. Selección de grupos					
6. Falta de cupo en los grupos					
7. Profesores que no elegiste					
8. Seriación de las UEA'S					
9. Ser oyente en un grupo que no estás inscrito					
10. Si el profesor del grupo que eres oyente no te toma en cuenta la calificación					
11. No tener asesorías extraclase					
12. El final del trimestre					

CUESTIONARIO "D"

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA METROPOLITANA

AÑO DE INVESTIGACIÓN 1999-2000: PSICOLOGÍA SOCIAL DE LA SALUD

REGISTRO DE SÍNTOMAS

De Martha Davis, Elizabeth Robbins Eshelman, Matthew Mc Key

INSTRUCCIONES: Anota del 1 al 10 los síntomas relacionados con el estrés que se describen a continuación según el grado de malestar que te produzcan:

Malestar ligero Malestar moderado Malestar extremo

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Síntoma Grado de malestar actual (1-10)

(Ignore los que no te afecten)

Ansiedad en situaciones específicas	
Exámenes	
Muertes	
Entrevistas	
Otras	

Ansiedad en las relaciones personales	
Con el cónyuge	
Con las padres	
Con los hijos	
Otras	

Ansiedad general, sin relación con situaciones o personas determinadas

Síntoma	Grado de malestar actual (1-10)
---------	---------------------------------

Depresión	
Desesperanza	
Impotencia	
Baja autoestima	
Hostilidad	
Mal humor	
Irritabilidad	
Resentimiento	
Fobias	
Miedos	
Obsesiones, pensamientos no deseados	
Tensión muscular	
Tensión arterial alta	
Dolores de cabeza	
Dolores de cuello	
Dolores de espalda	
Indigestión	
Colon irritable (estreñimiento y diarrea de forma alternante)	
Úlcera péptica	
Estreñimiento crónico	
Diarrea crónica	
Espasmos musculares	
Tics	
Temblores	
Fatiga	
Insomnio	
Dificultad para dormir	
Obesidad	
Debilidad física	
Otros	

Nota importante: Es posible que los síntomas físicos que tú padeces sean debidos a causas puramente fisiológicas; por tanto, es importante que mediante una consulta con el médico descartes esta posibilidad antes de aceptar que están relacionados con el estrés. La prueba de síntomas se dividió en dos para su codificación, "a" y "b", calificando la escala de "0 a 3" como "malestar ligero", "4 a 7" "malestar moderado" y "8 a 10" como "malestar extremo".

CUESTIONARIO "E"

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA METROPOLITANA

AÑO DE INVESTIGACIÓN 1999-2000: PSICOLOGÍA SOCIAL DE LA SALUD

CUESTIONARIO DE FORMAS DE AFRONTAMIENTO

Adaptado del cuestionario elaborado por Rodríguez Marín M. C., Terol S., López Roig Terol S. Y M. A. Pastor

INSTRUCCIONES: Por favor, señala qué acontecimiento o experiencia que hayas vivido en el sistema educativo de la UAM-I, te ha provocado mayor tensión o preocupación en tu estancia en la Universidad _____

Las frases que leerás ahora expresan formas de afrontar el problema que has señalado. Nos interesa conocer el grado en que has utilizado cada uno de estos pensamientos/conductas. Por favor, señala en cada pregunta con una **X** las respuestas de acuerdo a la escala que se presenta.

	FORMAS DE AFRONTAMIENTO	Nunca	Rara vez	Algunas veces	A menudo	Casi siempre, la mayoría de las veces
1.	Me he prometido conseguir algo positivo a partir de la situación					
2.	He hablado con alguien para intentar encontrar una solución					
3.	Me he culpado a mi mismo/a					
4.	Me he encontrado en los aspectos positivos de esta situación					
5.	He deseado que ocurriera algún milagro					
6.	Le he pedido consejo a alguien que respeto y le he seguido					
7.	He ocultado a los demás lo mal que están las cosas					
8.	He hablado con alguien sobre como me siento					
9.	Me tomo las cosas paso a paso					
10.	Me niego a creer que el problema ha sucedido					
11.	He considerado diferentes soluciones al problema					
12.	He deseado ser una persona más fuerte					
13.	Intento evitar que el problema interfiera demasiado en mi vida					
14.	He deseado poder cambiar lo					

	que me ha ocurrido					
15.	He deseado poder cambiar la manera como me he sentido					
16.	He cambiado algo acerca de mi mismo para poder enfrentarme mejor con la misma situación					
17.	He deseado que las cosas hubieran sido de otra manera					
18.	He pensado en cosas fantásticas o irreales que me hicieran sentir mejor					
19.	He deseado que la situación desaparezca o acabe de algún modo					
20.	He seguido adelante como si nada hubiera ocurrido					
21.	He guardado mis sentimientos para si mismo					
22.	Duermo más de lo habitual					
23.	Me he enfadado con las cosas o personas que pienso han causado el problema					
24.	He aceptado la simpatía y la comprensión					
25.	He intentado olvidar todo					
26.	He buscado ayuda profesional y he hecho lo que me han recomendado					
27.	He cambiado o madurado de forma positiva					
28.	He hecho un plan de acción y lo he seguido					
29.	Me he dado cuenta que yo mismo he producido, provocado o causado mi problema					
30.	He hablado con alguien que puede hacer algo concreto acerca de mi problema					
31.	He intentado sentirme mejor comiendo, fumando, bebiendo, etc.					
32.	He cambiado algunas cosas de forma que todo fuera mejor					
33.	En general he evitado estar con la gente					
34.	Me he preparado para lo peor					
35.	Lo he pagado con otros					
36.	Me he negado tomarme las cosas demasiado en serio					

37.	Pienso demasiado en el problema					
38.	Lo he aceptado porque no era posible hacer nada					
39.	He intentado ver el lado positivo de las cosas					
40.	Me he resignado, ha sido cuestión de mala suerte					
41.	He culpado a otros					
42.	He pensado que los demás eran injustos conmigo					
43.	He pensado que hay gente que esta peor					
44.	Me he dicho a mi mismo que las cosas podrían ser peor					
45.	Me he concentrado en las cosas buenas de la vida					
46.	He considerado las ventajas que tiene esta situación					
47.	Rezo pidiendo a Dios que me dé fuerzas y me ilumine					
48.	He intentado mejorar la información sobre el problema					
49.	Leo libros y artículos de revistas, o atiendo a programas de televisión o radio acerca de mi problema					
50.	Practico más la religión desde que tengo este problema					

Este instrumento evalúa formas de afrontamiento aproximativas (cinco factores) y formas de afrontamiento evitativas (seis factores) contiene en total 11 factores e ítems, son los siguientes:

Afrontamientos aproximativos: Rango de 51 a 85, es significativo.

Pensamientos positivos (ítems 1,4,39,45 y 46)

Búsqueda de apoyo social (ítems 2,6, y 30)

Búsqueda de soluciones (ítems 11,26,28,48,y 49)

Contabilización de ventajas (ítems 43 y 44)

Religiosidad (ítems 47 y 50)

Afrontamientos evitativos: Rango de 57 a 95, es significativo.

Culpación a otros (ítems 23,35,41 y 42)

Pensamiento desiderativo (ítems 12,14,15 y 17)

Represión emocional (ítems 7,8,21,y 24)

Autoculpación (ítems 3 y 29)

Resignación (ítems 38 y 40)

Escape (ítems 22,31 y 36)

La escala de formas de afrontamiento se calificó de "1 a 5".