

Revista de
**PSICOLOGIA
DE LA SALUD**

Journal of
**HEALTH
PSYCHOLOGY**



- 3 Silverio Barriga Jiménez El estrés en la vida actual: Anotaciones para la intervención psicosocial.
- 29 F. Xavier Borràs Factores psicológicos, sistema inmune y estrés.
- 59 Jesús Rodríguez-Marín, M^a Carmen Terol, Sofía López-Roig y M^a Angeles Pastor Evaluación del Afrontamiento del estrés: Propiedades psicométricas del Cuestionario de Formas de Afrontamiento de Acontecimientos Estresantes.
- 85 Felicidad Loscertales Las relaciones entre los profesionales de salud y el niño enfermo: El papel mediador de la madre.
- 103 Monserrat Planes Pedra Influencia del conocimiento de los resultados de la prueba de anticuerpos frente al virus de inmunodeficiencia humana (VIH), en los comportamientos de prevención de los adictos a las drogas por vía parenteral (ADVP).
- 115 Javier Martínez Hernández Salud y malestar docente en profesores de E.G.B.: Estrés y absentismo laboral.
- 141 Congresos y reuniones.

Directores:

Silverio Barriga
(Univ. de Sevilla)

Jesús Rodríguez
(Univ. de Alicante)

José Santacreu
(Univ. Autónoma Madrid)

Directores asociados:

José A.I. Carrobles
(Univ. Autónoma Madrid)

Diego Maciá
(Univ. de Murcia)

Manuel F. Martínez
(Univ. de Sevilla)

Secretario:

José A. García-Rodríguez
(Univ. de Alicante)

Coordinador Edición:

José V. Castejón
(Univ. de Alicante)

Jefe de Redacción:

Fco. Xavier Méndez
(Univ. de Murcia)

Consejo de Redacción:

Arturo Bados
(Univ. de Barcelona)

Victoria del Barrio
(U. N. E. D.)

José M^a Farré
(Univ. de Barcelona)

Juan Godoy
(Univ. de Granada)

José M^a León
(Univ. de Sevilla)

José J. Mira
(Univ. de Alicante)

Rafael Peiró
(Ayuntamiento Gandía)

Marino Pérez
(Univ. de Oviedo)

Victor Rubio
(Univ. Autónoma Madrid)

M.A. Simón
(U. Santiago Compostela)

M^a Oliva Marquez
(Univ. Autónoma Madrid)

Barbara VanOss Marín
(Univ. California. S. F.)

Consejo Editorial:

Amalio Blanco
(Univ. Autónoma Madrid)

Ramón Bayés
(U. Autónoma Barcelona)

José Bermudez
(U. N. E. D.)

Johannes C. Brengelmann
(I. Max Planck, Múnich)

José Cáceres
(Univ. de Deusto)

Christine Eiser
(Univ. de Exeter, R. U.)

J. Richard Eiser
(Univ. de Exeter, R. U.)

Rocio Fdez. Ballesteros
(Univ. Autónoma Madrid)

José L. Fdez. Trespalacios
(U. N. E. D.)

Tomás de Flores
(Univ. de Barcelona)

Marie Johnston
(St. Andrews University)

Francisco J. Labrador
(U. Complutense Madrid)

Luis María Llavona
(U. Complutense Madrid)

Stan Maes
(Univ. de Leiden)

Vicente Pelechano
(Univ. de La Laguna)

Aquilino Polaino
(U. Complutense Madrid)

Bertran Raven
(Univ. California, L.A.)

Carmina Saldaña
(Univ. de Barcelona)

Fernando Silva
(U. Complutense Madrid)

George C. Stone
(Univ. California, S.F.)

Shelley Taylor
(Univ. California, L.A.)

Josep Toro
(Univ. de Barcelona)

Manuel Valdés
(Univ. de Barcelona)

Jaime Vila
(Univ. de Granada)

INDICE

Silverio Barriga Jiménez. El estrés en la vida actual: Anotaciones para la intervención psicosocial. 3.

F. Xavier Borràs. Factores psicológicos, sistema inmune y estrés. 29.

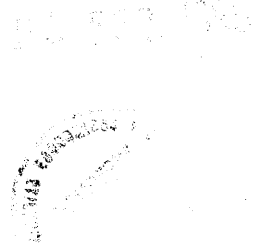
Jesús Rodríguez-Marín, M^a Carmen Terol, Sofía López-Roig y M^a Angeles Pastor. Evaluación del Afrontamiento del estrés: propiedades psicométricas del Cuestionario de Formas de Afrontamiento de Acontecimientos Estresantes. 59.

Felicidad Loscertales. Las relaciones entre los profesionales de salud y el niño enfermo: El papel mediador de la madre. 85.

Montserrat Planes Pedra. Influencia del conocimiento de los resultados de la prueba de anticuerpos frente al virus de inmunodeficiencia humana (VIH), en los comportamientos de prevención de los adictos a las drogas por vía parenteral (ADVP). 103.

Javier Martínez Hernández. Salud y malestar docente en profesores de E.G.B.: Estrés y absentismo laboral. 115.

Congresos y reuniones. 141.



CONTENTS

Silverio Barriga Jiménez. Stress in every day life: Notes on the order of psychosocial intervention. 3.

F. Xavier Borràs. Psychological factors, immunological system and stress. 29.

Jesús Rodríguez-Marín, M^a Carmen Terol, Sofía López-Roig y M^a Angeles Pastor. Assessing coping ways with stressful events: psychometric properties of a coping strategies questionnaire. 59.

Felicidad Loscertales. The relationships between health professionals and ill children: The intermediary rol of the mother. 85.

Montserrat Planes Pedra. Influence of the knowledge of HIV diagnosis on preventive behaviour. 103.

Javier Martínez Hernández. Health and educational malaise in primary schoolteachers: labour absenteeism and stress. 115.

Meeting Announcements. 141.

**EL ESTRES EN LA VIDA ACTUAL:
Anotaciones para la intervención psicosocial.**

Silverio Barriga
Universidad de Sevilla

RESUMEN

El estrés resalta la existencia de un desequilibrio entre las demandas (objetivas y subjetivas) del sujeto y sus recursos de control.

Se recuerdan los distintos tipos de estrés (situacional, consecuente, psicosocial, reactivo, evolutivo), se analizan sus factores psicosociales y los diferentes modelos explicativos (activación, sobrecarga ambiental, adaptación, descontrol de la situación, sistémicos).

Finalmente, se insiste en los ámbitos de intervención desde la perspectiva psicosocial tanto individual (particularmente las estrategias cognitivas) como estructural (modificando la cultura empresarial, los modelos de vida cotidiana y el economicismo como ideología imperante).

Palabras clave: Estrés, modelos de estrés, intervención psicosocial, modelos de vida.

ABSTRACT

Stress makes evident the existence of an unstable equilibrium between the subject's desires (objective and subjective) and his ability to control his resources.

The different types of stress (situational, consequential, psychosocial, reactive and evoluteve) must be kept in mind. Psychosocial factors should be analysed

as well as the different patterns of activation, ambient overload, adaptation and discontrol of the situational systemic explained.

Finally, one must insist upon the circuit of intervention from the psychosocial perspective, individual (particularly the cognitives strategies), as well as structural (modification of the empresarial culture, daily life patterns, and economics as a ruling ideology).

Key words: Stress, stress patterns, psychosocial intervention, patterns of life.

INTRODUCCION

En los países desarrollados de Occidente se detecta una particular sensibilidad a los problemas de ajuste entre el individuo y su medio físico y, sobre todo, psicosocial. El **estrés** aparece como constructo teórico que recoge dichos desajustes, bien como incapacidad individual para obtener el equilibrio y el triunfo, bien como requisito ineludible para participar de las ventajas de la moderna vida ciudadana. Y caben múltiples preguntas:

- ¿son las condiciones de vida competitiva las que generan el estrés o es el estrés mismo ocasionado por múltiples condicionantes el que desata la competitividad?;
- el estrés ¿responde a la aceptación consciente de las condiciones de vida o supone una interiorización inconsciente de las mismas?;
- el estrés ¿es respuesta individual a unos determinantes sociales, es el conjunto de estimulaciones de nuestro modo de vida, es la resultante de determinadas interacciones entre el individuo o su medio, o es el proceso por el que nos ajustamos inconscientemente o conscientemente mediante complejos procesos cognitivos a determinadas situaciones estimulares?

La adopción de uno u otro modelo explicativo acarrea diferenciales consecuencias interventivas.

Partimos del hecho de que el estrés es un constructo rico en posibilidades explicativas que, aunque estudiado empíricamente, sobre todo, en el laboratorio, sus conclusiones han sido *fácilmente* transferidas al medio ciudadano de la vida real, con las consiguientes inadecuaciones. Pero ello no ha de ser obstáculo para urgir nuestra reflexión sobre este fenómeno que tanta incidencia tiene en el bienestar de tanta gente hoy en día.

Comencemos estableciendo algunas limitaciones conceptuales.

REFLEXIONES ACLARATORIAS SOBRE EL TEMA

La vida actual por la **inmediatez** de los acontecimientos mundiales, como consecuencia de la **telepresencia**, coloca al individuo necesariamente en una perspectiva social. Nada de cuanto sucede lejos deja de ser próximo. Aún pretendiendo ser libremente autónomos no podemos dejar de ser socialmente dependientes. Se nos compara con los demás y se nos aplica la horma impasible de la excelencia de los estándares ajenos.

Por otra parte, al interiorizar las normas sociales, el individuo se sujeta a sí mismo estableciéndose en juez de sus propias realizaciones. Nos afirmamos a nosotros mismos identificándonos con los demás y diferenciándonos de ellos. **Semejanza y diferencia** son los dos procesos que dinamizan las interacciones cotidianas.

Las exigencias de esa constante **comparación social** mantiene al sujeto pendiente del juicio ajeno, en permanente evaluación de sus logros y de sus no realizaciones.

La misma tensión nacional por alcanzar estándares económicos y crecimientos de PIB que garanticen seguir disfrutando de los niveles de desarrollo y consiguiente consumo de bienes, hace que estemos empaados de una **cultura competitiva**. Aparentemente no podemos relajar la atención a los parámetros económicos si queremos seguir disfrutando de las ventajas del sistema capitalista. Máxime, después del fracaso generalizado del modelo comunista en el mundo occidental.

Pero esa vida moderna que tiene como secuelas inmediatas el desquicio de muchos por la cantidad de estresores que impone no deja de ser querida por muchos de nosotros. Nos gusta la vida moderna, pese a sus limitaciones. Es **denigrada pero querida**. Nos embelesan sus facilidades y no sabemos cómo desentendernos de sus inconvenientes. Y en ese hechizo se apoya el actual capitalismo liberal para afinar sus reales con más fortaleza que nunca ante un mundo teórico dubitativo e indeciso. Y, sin embargo, tras el fracaso y muerte del modelo comunista urge controlar al modelo capitalista construyendo alternativas que salvaguardando sus atractivos nos permita liberarnos de sus inconvenientes: y no es el menor el generalizado **estrés** de la vida cotidiana.

Urge consolidar un modelo social, democráticamente asumido, que incida en:

- la búsqueda de un bienestar generalizado hecho de equilibrio entre los intereses de todos los ciudadanos;
- el mantenimiento del acceso generalizado a los recursos existentes en

- la colectividad;
- la incentivación del esfuerzo comunitario, liberándonos del descarnado solipsismo de la cultura posmodernista;
- el desarrollo sostenido, equilibrado que no eche por la borda las conquistas sociales en aras de los meros intereses económicos de unos pocos;
- el desarrollo social de la colectividad corresponsabilizando del bienestar particular y forzando al establecimiento de prioridades al invertir los recursos públicos.

Cuando hablamos de **estrés** podemos estar refiriéndonos a contenidos diversos. Pues como cualquier realidad puede ser analizado desde distintas perspectivas. Sus niveles de análisis están ajustados al corsé ideológico de quien realiza el estudio.

El **estrés** puede ser considerado bien como variable dependiente, como variable independiente o como variable intermediaria; podemos resaltar en su estudio la respuesta a la situación de riesgo o bien las características objetivas y subjetivas del estímulo; o, a su vez, podemos situarnos en la interacción del sujeto con su medio, o en la valoración de las etapas evolutivas en el ajuste sujeto-medio; o finalmente, incidir en los elementos reactivos de quienes hallan como estresores a las personas estresadas con quienes conviven etc. etc.

LAS VARIANTES DEL ESTRES

En todas las definiciones de estrés, después nos referiremos a los modelos teóricos, se resalta la existencia de un desequilibrio en el sujeto en relación con su medio. Más concretamente el **estrés** supone un desequilibrio entre las Demandas (objetivas, subjetivas) del sujeto y sus Recursos de Control (Karasek).

D C

El estrés es la experiencia de malestar resultante de ese desequilibrio. Y cuyas consecuencias individuales pueden ser múltiples resaltando entre ellas las siguientes (García, 1991): trastornos en el estado de ánimo (desmotivación, irritabilidad, suspicacia), problemas de conducta (insomnio, tabaquismo), disfuncionamiento social (falta de apoyo social, inapetencia sexual, empobrecimiento

cultural), trastornos somático-funcionales (cansancio, cefalea), trastornos psíquicos (ansiedad, depresión) e incidencia sobre el infarto de miocardio, la angina de pecho, la hipertensión arterial, la úlcera gastrointestinal, la disminución de las defensas inmunológicas, etc.

Pero podemos distinguir varias **clases de estres**:

– **Estrés situacional** resalta las características de la situación estimular, como consecuencia de la situación de riesgo. Se desencadena ante acumulación de contrariedades personales como catástrofes, pérdidas de seres queridos, etc. Esas contrariedades se constituyen en variable independiente, definen la situación estresante. El estrés aparece como una variable del medio físico o social. La misma vida urbana actual, tan distinta de las condiciones *naturales* de vida de nuestros antepasados filogenéticos nos obliga a estar en constante situación de alerta defensiva (Dubos, 1965; Boyden, 1970; Kaplan y Kaplan, 1982)

– **Estrés consecuente** caracterizado por "*la respuesta inespecífica del organismo a una presión exterior*" (Selye, 1956, 1975). El sujeto se desequilibra y no halla las respuestas adecuadas a las exigencias provenientes del exterior, tal y como él las percibe.

El estrés consecuente conlleva una ejecución en triple fase: reacción automática de alarma, resistencia inicial y, finalmente, agotamiento. Como variable dependiente sigue a la presencia de condiciones anteriores a las que el sujeto no puede o no sabe hacer frente.

– **Estrés psicosocial** que se caracteriza por incidir en la relación de inadaptación que se establece entre el individuo y su medio ambiental. Se resaltan, por ejemplo, las características de personalidad (patrón de conducta tipo A, tipo B).

En esa interacción se valoran tanto los elementos objetivos, como, sobre todo, los subjetivos. Las creencias y expectativas del sujeto son determinantes para la adaptación del sujeto a su medio.

Quienes infravaloran sus capacidades, mantienen un alto nivel de exigencia frente a los demás, y carecen del suficiente apoyo social, reúnen las condiciones para desencadenar conductas estresantes.

Sus percepciones sociales y sus representaciones sociales pueden coincidir con la realidad (estrés ajustado) o alejarse de la misma (estrés desajustado). Pero el efecto es similar: generación de un estrés psicosocial.

Dentro de este modelo hemos de resaltar a su vez dos variantes:

- "*la interaccional*" que resalta en el estrés la relación dinámica que se establece entre el individuo, las exigencias del medio ambiente, las capacidades del sujeto para acometerlas, la representación que tiene de esa posibilidad etc. Se valora, pues, la captación cognitiva del sujeto sobre las exigencias del medio (Baum y otros, 1982; Lazarus, 1966, 1976; Lazarus y Launier, 1978). El sujeto percibe su capacidad y con ella interactúa con el medio.
- "*la transaccional*" que incide en el intercambio que se realiza entre la percepción de la vulnerabilidad del individuo y la percepción sobre las variaciones de su medio. El estrés supone el desequilibrio entre la percepción de las exigencias y la percepción de la capacidad para satisfacerlas (Cox, 1978). En ello incide igualmente la percepción del costo del control personal (Fischer, 1984, 1986) sobre la situación. Cuando se percibe la pérdida del control se origina una modificación del equilibrio homeostático originándose el estrés.

– Cabe igualmente distinguir otros **tipos de estrés**:

* así el **estrés reactivo**, como variante del estrés consecuente, que es consecuencia del estrés de otra persona. Se establece un contagio conductual por el que la mera interacción con personas estresadas lleva a participar de sus efectos estresantes.

* y el **estrés evolutivo** que resalta la importancia de los aprendizajes y las peculiaridades de cada período evolutivo. La adaptación del sujeto se realiza de manera permanente, pues constantemente van cambiando las condiciones de vida y se aumenta el caudal de experiencia para responder adecuadamente a las exigencias del medio. Quienes no son capaces de flexibilizar sus respuestas en consonancia con las exigencias medioambientales sufren en sí mismos el desgarramiento consiguiente a ese desajuste. Son personas estresadas, por estancamiento en su ciclo de evolución adaptativa.

En los distintos tipos de estrés subyace una consideración homeostática de la conducta humana en su interacción con los demás y con el medio ambiente. La necesidad de equilibrio aparece como necesidad imperante en la relación

humana. Y, sin embargo, nada más ajeno a la realidad cotidiana. El equilibrio aparece como meta a alcanzar, no exenta de presupuestos ideológicos, marcadamente utópicos en sus objetivos y generadores, por sí mismos, de mayor desequilibrio; pues se constituyen en profecía autorrealizadora. La vida no se caracteriza por el equilibrio, sino por todo lo contrario: por la superación progresiva y permanente de los equilibrios. Lo propio es el desequilibrio, lo anómalo es el equilibrio.

Pero bueno será que ante esta u otra posible taxonomía del desequilibrio propio del estrés, resaltemos sus componentes psicosociales desentrañando los implícitos ideológicos que pueden subyacer.

FACTORES PSICOSOCIALES DEL ESTRÉS

1. Niveles de análisis

Si lo característico del estrés es el desequilibrio entre las Demandas que el sujeto cree recibir y los Recursos de Control que cree disponer para responder, bueno será que analicemos dicho desequilibrio desde las múltiples perspectivas que nos permite el análisis de los niveles desde los que podemos estudiar la realidad social.

Pues la definición tanto puede cantonarnos en una visión **intraindividual**, como en una visión **interindividual**, **intragrupal**, **intergrupal** o **ideológica**.

- Desde el nivel **intraindividual** el estrés se reduce a la consecuencia de un desequilibrio cognitivo, afectivo o comportamental tamizado por la vivencia inmediata del sujeto, al margen de sus relaciones sociales y de los entramados que le vinculan a grupos concretos de referencia y de pertenencia.

El estrés puede perfectamente, desde este nivel, reducirse incluso a meros desequilibrios fisiológicos que en lógica coherencia puede ser resuelto mediante la oportuna farmacopea.

El estrés queda así desvinculado de cualquier componente sociocultural que pudiera poner en entredicho la estructura social existente en un momento dado. El individuo se autosatisface tanto en la etiología de sus desequilibrios como en la búsqueda de las soluciones equilibrantes.

- Desde el nivel **interindividual** el estrés se explica como consecuencia

del desequilibrio relacional entre sujetos que conviven próximamente. Sin negar la importancia de los elementos genéticos hereditarios se resaltan las condiciones de interacción: comparación social, afirmación de la distintividad individual, consolidación de la propia identidad personal etc. entre sujetos que disponen de similares oportunidades de vivencia cotidiana.

- Desde el nivel **intragrupal** el estrés aparece como desequilibrio en un sujeto que se define a sí mismo por su relación dentro del grupo. Su membrecía es determinante para el equilibrio o desequilibrio relacional dentro del grupo.
Las responsabilidades por el estrés quedan equilibradamente repartidas entre los distintos actores de la vida grupal. Incluso el grupo como realidad social condiciona las interacciones entre sus miembros. Formando parte de un todo, cabe afirmar simultáneamente las partes y el todo. Esa múltiple realidad introduce mediaciones importantes de cara a conseguir una relación equilibrada. Cuando la homeostasis grupal se rompe surge el estrés... O quizá mejor será decir que el estrés aparece cuando se defraudan las expectativas de homeostasis que el grupo ha generado en cada uno de sus miembros. Esa frustración sería la causa del estrés. Calificar subjetivamente la relación de estresante es la condición necesaria para que provoque el estrés. El elemento cognitivo introduce las variables moduladoras de una realidad necesariamente ambigua. Máxime cuando no necesariamente la homeostasis haya de ser el modelo teórico que mejor explique la complejidad de la vida cotidiana.
- Desde el nivel **intergrupal** el estrés resulta de la comparación que se establece entre las conductas promovidas por grupos que tienen vivencias competitivas al querer conseguir similares objetivos. El individuo se define por su adscripción a grupos concretos. Las normas reguladoras de cada grupo se constituyen en el entramado de la consistencia individual. El elemento comparativo dentro y fuera del grupo se constituye en motor de esfuerzo, de motivación, de superación competitiva, etc. Aquellos sujetos que mejor se adecuan a las exigencias del grupo, mejor se sienten realizados y distendidos en su valoración social. Pero quienes tienen dificultades de adecuación sufren el desgarramiento del desajuste entre las exigencias y las realizaciones. Tanto más que el veredicto se realiza públicamente y en presencia de jueces próximos a

los que difícilmente se puede engañar. El que esa competitividad se centre prioritariamente en elementos de tipo económico o conlleve también reajuste sociales va a depender de la riqueza cultural de los diferentes grupos. En este nivel el estrés es más total pero también está más modulado por el apoyo social de los miembros del endogrupo. Sus consecuencias pueden abarcar todas las esferas de la vida del sujeto, pero su incidencia será menor por contar con amortiguadores relacionales.

En la generación de este estrés son determinantes las representaciones sociales de los miembros de cada grupo. Las representaciones sociales compendian los elementos cognitivos que mediante los procesos de objetivación y anclaje permiten al individuo interiorizar la riqueza cultural heredada y generada en el grupo.

El estrés desde esta perspectiva conlleva corresponsabilidad entre los miembros todos del grupo. Tanto en su etiología como en las soluciones correspondientes nadie puede eludir su participación directa o indirecta.

- Desde el nivel **ideológico** se transversalizan los distintos niveles anteriores haciendo resaltar los condicionantes implícitos que en base a intereses o convicciones jalonan las interacciones humanas. La misma determinación de los elementos integrantes que definen al estrés no es ingenua. Muchos intereses cabalgan bajo la bandera de una determinada concepción del estrés.

El que actualmente se considere que vivir estresado es la exigencia *natural* de la vida desarrollada que llevamos los occidentales, o que el estrés se considere como *enfermedad* de la vida moderna fruto de desequilibrios personales, o que la vivencia estresante es parte integrante de la fatalidad social actual, o que ante la persona estresada sólo cabe realizar esfuerzos para integrarla convenientemente en el equilibrio social duramente conseguido a lo largo de muchos años, etc., etc., no dejan de ser proposiciones cargadas de componente ideológico.

Además se vehicula la paradoja de que a la vez se insiste en la universalidad del estrés en los tiempos actuales y en la ideosincracia del proceso. Se universaliza el fenómeno, pero se individualiza su explicación. Con lo cual se reducen las parcelas de responsabilidad social y se elude hábilmente cualquier intento de cambio social que pretenda atacar las condiciones estructurales que puedan estar en el origen de ese es-

trés generalizado.

También en el campo del estrés se nota el impacto de la racionalidad protestante: "*la salud como la salvación depende sólo de las acciones individuales*". ¿Cabe, acaso mayor carga ideológica en proposición más corta?

2. Las fuentes del estrés

Entre las circunstancias que pueden estar en el origen del estrés cabe resaltar (Selye, 1956; Lazarus y Cohen, 1977; Baum y otros, 1982; Campbell, 1983):

- ° las "*catastróficas*" (guerras, catástrofes naturales, ruinas familiares...) que generalmente el sujeto no puede controlar, y que son imprevisibles y poco frecuentes. Suelen provocar inicialmente la paralización del sujeto (Moore, 1985). Y hallan su apoyo en la comparación con otros que sufren de similares circunstancias (Coob, 1976),
- ° las "*personales*" (enfermedad, cambio de status familiar, duelos ...) que el sujeto puede controlar en parte,
- ° las "*ambientales*" del medio cotidiano físico (condiciones ambientales: ruido, calor, densidad, contaminación atmosférica) o psicosocial (relaciones interpersonales en el trabajo o en la familia).

Sin duda las circunstancias ambientales merecen especial atención tanto por el interés de su estudio en condiciones empíricas, como por la importancia que tienen para mejorar la calidad de vida de las personas en la ciudad.

Aunque no podamos extrapolar los resultados de laboratorio a la vida cotidiana, dadas las diferencias situacionales, cabe resaltar las dimensiones que caracterizan el estudio del estrés "*ambiental*" (Moser, 1992): su identificabilidad, su grado de adaptabilidad, su valencia positiva o negativa, su grado de controlabilidad, su predictibilidad, la importancia de la fuente, la atribución a una fuente, su duración.

3. Efectos del estrés

La realidad se constituye en el entramado psicosocial de la relación del individuo con su medio físico y social. De ahí que junto a los determinantes físicos del estrés haya que tener en cuenta la percepción que el sujeto tiene de los

mismos y la valoración que realiza sobre sus posibles respuestas.

De todos modos entre los indicadores de reacciones al estrés señalaremos (Moser, 1992, p.29-33):

- los efectos fisiológicos (tasa más elevada de catecolaminas y corticosteroides; presencia de hormonas como la epinefrina, aumento de la presión arterial, tensión muscular, ritmo respiratorio etc.);
- las estrategias de protección y defensa (aislamiento, evitación de la situación, reacción para superar las dificultades);
- desorganización funcional con menores rendimientos y comportamientos estereotipados;
- comportamientos expresivos de ansiedad, cólera, nerviosismo, etc.;
- otros efectos a largo plazo pueden incidir en la capacidad de adaptación del sujeto:
 - pudiéndole llevar a una aparente insensibilidad por el consiguiente proceso de habituación ;
 - a un proceso de adaptación generalizada como consecuencia residual a frecuentes situaciones de estrés;
 - que tiene frecuente repercusión en el estado de salud del individuo tanto a nivel fisiológico como psíquico.

4. Modelos teóricos del estrés

Conocer la realidad implica acercarse a ella desde la propia plataforma con una determinada horma interpretativa. Necesariamente usamos uno u otro modelo explicativo. Las distintas clases de estrés a que anteriormente hicimos mención se explican desde uno u otro modelo teórico y así podemos referirnos a modelos que resaltan la perturbación de la capacidad de reacción del sujeto (modelos de *activación* y de *sobrecarga ambiental*) y modelos que resaltan el ajuste entre el individuo y su medio y en los que cabe la modulación cognitiva del sujeto (modelos de *adaptación*, de *descontrol de la situación* y *sistémicos*). Veámoslos brevemente:

- **Los modelos de activación** se centran en los niveles de estimulación. Entre ellos cabe reseñar cómo la *excitación* (arousal) es un estado continuo que va desde el sueño hasta el grado de máxima excitación. La relación entre activación y conducta responde a una curva en U invertida. Poca o demasiada activación perturban el nivel de rendimiento, dependiendo igualmente de la complejidad de la tarea la

determinación del grado ideal de activación (Broadbent, 1971; Hockey, 1979). De la misma forma una estimulación ambiental pobre o excesiva ocasiona estrés (Wohlwill, 1974).

- **Los modelos de sobrecarga ambiental** resaltan la limitada capacidad de procesamiento informativo del sujeto. Ante un exceso de elementos informativos se ignoran aspectos periféricos, se disminuye la capacidad de concentración y se deteriora la relación social dificultando una adecuada adaptación a las exigencias del medio. Los estrés incontrolables precisan de más energía de procesamiento (Suedfel, 1980). Las situaciones estresantes llevan a la fatiga cognitiva del sujeto (McGrath, 1974).

- **Los modelos de adaptación** insisten en cómo con la evolución el hombre ha ido acomodando la naturaleza a sus necesidades y ha perdido capacidad y flexibilidad para adaptarse a condiciones novedosas (Kaplan y Kaplan, 1982). Se resalta tanto la capacidad de adaptación como el coste de la misma para el sujeto.

La capacidad de adaptación está en relación con el nivel habitual de estimulación (Wohlwill, 1974) así como con las necesidades personales que llevan a cada sujeto a tener como un ideal óptimo de adaptación (Altman, 1975).

La adaptabilidad de un sujeto conlleva un coste psicológico y fisiológico. Se adoptan conductas estereotipadas que faciliten la generalización de un determinado comportamiento. Pero aún así la adaptación implica fatiga cognitiva (Cohen, 1978, 1980) que puede desembocar en consecuencias patológicas (Cohen y otros, 1986) directas (úlceras, enfermedades cardiovasculares) o indirectas (baja en las defensas inmunológicas).

Lo interesante sería poder determinar cuál es el grado de adaptación más adecuado para que se puedan eliminar esas consecuencias negativas.

- **Los modelos de descontrol de la situación** . Descontrolamos la situación cuando no percibimos las contingencias entre la conducta y su resultado. Necesitamos controlar el medio para ser eficaces. El control puede ser directo sobre el medio (cambiándolo) o indirecto bien a nivel cognitivo (sobre la evaluación del estrés) bien decisional (eligiendo entre varias opciones). El control aparece como mediador situacional

ante el estrés.

- **Los modelos sistémicos** (Stokols, 1979), de corte ecológico, resaltan el equilibrio dinámico entre las capacidades del sujeto y las exigencias del medio. El estrés supone la existencia de un desequilibrio, de una incongruencia en el sistema constituido por el sujeto y su medio (Caplan, 1982) y en él intervienen tanto procesos de funcionamiento automático como procesos cognitivos (Moser, 1992)

LA INTERVENCION PSICOSOCIAL ANTE EL ESTRES EN LA VIDA MODERNA

1. Utopía y pragmatismo

La intervención psicosocial posee fuerte carga utópica en sus planteamientos finales. La equidad, la justicia, la libertad constituyen objetivos sociopolíticos que están en la base de la convivencia más responsable y democrática. En ese sentido el interventor psicosocial avezado en plantear reformas estructurales que garanticen esos objetivos, necesariamente mantiene planteamientos utópicos. Se sabe en la utopía; pero ello no es óbice para que incida pragmáticamente en la resolución de las diferencias sociales o en la búsqueda del bienestar individual. A una fase eminentemente promotora de bienestar le simultanea la tarea gris de ejercer su acción, desde orientaciones más clínicas, en la recuperación e integración de los marginados sociales. La labor terapéutica, para el interventor psicosocial, es una labor provisional, alternativa, no finalista. Los interventores clínicos hallan en esa labor *curativa* o *individualmente equilibrante* la razón de ser de su ejercicio profesional. No así el interventor psicosocial que como Psicólogo comunitario orienta sus objetivos y sus métodos de actuación a incidir en los fundamentos sociales de la convivencia.

Desde la perspectiva **utópica** se trata de:

- Elabora comunitariamente unos **modelos de vida** acordes con los planteamientos del equilibrio ecológico, el respeto a la calidad de vida de los demás y a la realización del bienestar individual.
- Ello conlleva, necesariamente, la denuncia de los desequilibrios institucionales, la **crítica del sistema establecido**, con el consiguiente en-

frentamiento a quienes disfrutan de las ventajas de los poderes establecidos.

- Pero la crítica debe alimentarse de **propuestas de estilo de vida alternativos**. No podemos dejar en el barranco de la desesperación a quienes tal vez adhieren a un sistema por considerarlo el único posible, el que mejor les garantiza la satisfacción de sus necesidades de seguridad psicológica en un mundo en permanente mutación. Determinadas prácticas conservadoras, tanto en moral individual, como en práctica social, puede que no respondan tanto a cerrazón y convencimiento cuanto a comodidad y ausencia de alternativas fácilmente asequibles.

Trabajar en replantear los equilibrios existentes, conlleva ofrecer los instrumentos que permitan la elaboración personal y grupal de alternativas posibles.

Y desde la perspectiva **pragmática** también el interventor ha de acercarse a la realidad de quienes sufren en su carne los desequilibrios del sistema social. Disminuir el dolor e incrementar los estándares de bienestar individual, sin olvidar los planteamientos utópicos, ha de ser tarea primordial en la intervención psicosocial. Para ello los programas de intervención han de insistir en la elaboración de estrategias de afrontamiento que fortifiquen la **competencia** de los individuos en el entramado de sus grupos.

2. Del estrés "social" al estrés "clínico"

Ante una sociedad que, por sus modelos y estilos de vida, mayoritariamente está generando cada vez más comportamientos estresantes en individuos de países desarrollados, el interventor psicosocial ha de realizar un planteamiento *in radice*, si no quiere despilfarrar los recursos sociales. Pues al joven parado de poco sirve decirle que se ajuste a las normas morales tradicionales para resolver su inseguridad, si no sabemos garantizarle un puesto de trabajo... En el modelo de sociedad capitalista-liberal, la libertad personal se fundamenta en la libertad económica. La económica quizá sea posible sin la psicológica, pero la psicológica es imposible sin la económica.

La intervención psicosocial deberá realizar un recorrido que primero intente poner remedio a los determinantes del estrés social para luego afanarse en resolver el estrés clínico.

EL INDIVIDUO EN LA SOCIEDAD ACTUAL

1. Responsabilidad individual vs responsabilidad colectiva

Bajo el impulso de la moral protestante en el mundo capitalista de occidente se han desarrollado estrategias de acción social basadas prioritariamente en la apelación a la responsabilidad del individuo. La justicia juzga a individuos concretos y prácticamente ignora los determinantes socioculturales que han podido incidir en el comportamiento individual. Quien se salva es el individuo, no la colectividad. Los principios de competitividad resaltan el esfuerzo individual en supuestas condiciones de igualdad de acceso. Incluso las formas de influencia social (recomendaciones, etc.) se realizan soterradamente conscientes de que se están vulnerando las normas explícitas de acceso a los puestos de preeminencia social.

La esquizofrenia social alcanza cuotas elevadas, cuando en campos como la salud se considera que los comportamientos individuales están en el origen del desquicio económico del sistema de salud: entonces se reitera la responsabilidad individual para que los sujetos se ajusten a programas de prevención y promoción de salud, cuando todos sabemos que pequeños cambios estructurales pueden resolver definitivamente esos desequilibrios. Y no se puede, a la vez que se financia una campaña contra el uso del tabaco, dedicar parte de los presupuestos del Estado a consolidar a la empresa que lo produce o comercializa, etc.

Ahora bien la apelación a la responsabilidad individual tiene como ventaja que salvaguarda la tranquila situación de quienes disfrutan de los beneficios del sistema social imperante. Son ellos los que directa o indirectamente elaboran las leyes y establecen las normas de funcionamiento social.

En este como en otros muchos campos, el interventor social ha de ejercer la denuncia que permite el análisis institucional de la situación en que se quiere intervenir. Pues si bien la *incoherencia individual* puede ser signo de autónoma realización, lo intolerable es facilitar la *incoherencia social*. La llamada incoherencia individual puede que sólo sea la proyección de los esquemas de unos sobre otros, pues rara vez los sujetos somos incoherentes con nosotros mismos. Otra cosa es que los observadores conozcan la complejidad de nuestra situación: con lo que su valoración necesariamente será sesgada y equivocada. En cambio la coherencia social supone el mantenimiento de la lógica entre los objetivos socialmente planteados y los medios puestos en marcha para conseguirlos. Cualquiera puede establecerse en juez externo para evaluar esa coherencia.

El campo del estrés, como parte del más amplio de la salud, participa de los mismos condicionantes ideológicos. Y en el campo de la salud estamos asistiendo a un vertiginoso proceso de apelación individual en la etiología de las disfunciones, como estrategia que camufla la responsabilidad colectiva ante condiciones socioeconómicas que directamente no generan salud.

Pero lo que diferencia ideológicamente las perspectivas de los modelos a que nos estamos refiriendo radica en que mientras el modelo centrado en la enfermedad apela exclusivamente a la responsabilidad individual, el modelo orientado a la salud privilegia la orientación comunitaria de sus programas con estas finalidades:

- garantizar la **igualdad** de acceso a las condiciones de salud,
- añadir **salud, bienestar** a la vida,
- añadir **vida** a los años,
- y añadir **años** a la vida,

2. Crecimiento económico vs crecimiento social

La preocupación de los países occidentales por mantener los niveles de desarrollo económico que posibilita otras formas de desarrollo se centra en la valoración de los incrementos del Producto Nacional Bruto. Pero si bien la economía es condición necesaria en la competitividad de mercado, lamentablemente no es condición suficiente para el adecuado desarrollo social.

Pero insistimos en que lo económico es fundamental. De hecho las mejoras de salud y bienestar alcanzadas en el siglo XX más que a los avances terapéuticos o asistenciales se han debido al saneamiento de las condiciones económicas, al mejoramiento de las condiciones laborales, a una nutrición más equilibrada, a una vivienda más humana y a las mejores condiciones de higiene (Cfr. Mckeown).

No obstante y pese a que el sector de la salud sea un sector eminentemente socioeconómico, hemos de reconocer que ciertos crecimientos del PNB apenas si tiene que ver con el desarrollo social.

El desarrollo social, además de satisfacer las necesidades básicas del hombre, se caracteriza por ser la resultante de múltiples componentes: facilitar la autonomía de los individuos, interesarlos para que participen en los procesos de desarrollo, en su gestión y en su control, garantizar la protección del medio ecológico y social, mantener los equilibrios de la naturaleza, defender en la práctica los principios de igualdad de acceso a los recursos y de justicia social, etc.

El desarrollo social es la meta de cualquier crecimiento económico entre países civilizados que supeditan las realizaciones materiales a la realización de un modelo humano hecho de racionalidad, equilibrio y respeto de la diversidad de la naturaleza en su totalidad.

3. Hacia una producción socio-comunitaria de la salud

La salud es un bien social, aunque el disfrute sea eminentemente individual. No se puede disfrutar de bienestar sin la participación de nuestros conciudadanos. Ellos forman parte del entramado individual. El sujeto es hechura social. La salud de unos repercute en la de los otros.

Tanto en el nivel biológico-genético, como en el psicosocial y en el sociocultural, la salud tiene determinantes sociales:

- En el **nivel biológico-genético** las leyes de la herencia marcan las pautas de desarrollo físico y temperamental de cada uno de nosotros.
- En el **nivel psicosocial**, como consecuencia de los aprendizajes variados en los distintos medios relacionales, los sujetos afirmamos nuestra identidad y nuestra diferencia ante la multitud de condiciones estímulares y contextuales.
- En el **nivel sociocultural** las vivencias de los grupos de pertenencia y de referencia van cincelando la originalidad de cada individuo.

Además cada colectivo social dispone de una estrategias concretas que determinan:

- las relaciones entre contenidos culturales y estilos de vida,
- las relaciones entre el modelo de salud y las formas de responder concretamente a la enfermedad,
- las formas de exponerse a situaciones de riesgo y que queda patente en la permisividad e impulso a determinados hábitos más o menos perjudiciales para la salud: uso de alcohol, tabaco, empleo de motocicletas, afición por deportes arriesgados, etc.

4. Por una vida saludable en la ciudad

El programa de "*Ciudades Saludables*" patrocinado por la OMS pretende, sin duda, resaltar el sentido colectivo de la salud en la ciudad, hábitat en el que

transcurre la vida de la mayoría de la población.

Conseguir que una ciudad sea saludable (Ashton, 1988) significa dotarla de las condiciones que faciliten la emergencia de ese bienestar individual y social que todos deseamos dentro de un respeto democrático de las diferencias particulares.

La ciudad saludable será la resultante de una serie de indicadores psicosociales entre los que conviene mencionar:

- el equilibrado crecimiento demográfico que establece la adecuada relación entre el respeto a las creencias individuales y el ajuste a los recursos necesarios para mantener determinado nivel de vida,
- la garantía del principio de igualdad de acceso a los recursos,
- la mejora de la economía local capaz de garantizar el empleo de todos los ciudadanos o de compensarles alternativamente con recursos que garanticen la solidaridad social entre todos los ciudadanos,
- la calidad del medio ambiental tanto físico (calidad de infraestructura, vivienda, ambiente limpio, respeto de la estética etc.) como psicológico (seguridad ciudadana, libertad de movimiento, respeto a la intimidad deseada, salvaguarda de los ritmos de trabajo, y ocio, etc.), y psicosocial (potenciación de las condiciones no estresantes, mejora de la calidad de los servicios locales, enriquecimiento de la cultura local, aumento de las redes de apoyo social sobre todo en colectivos más necesitados, etc.) todo lo cual forma parte de la calidad de vida,
- la adecuada escolarización,
- la prestación de unos servicios institucionales bien integrados y que sea cual fuere la partida presupuestaria que los financie, se ajusten a un planteamiento coherente y eficiente de colaboración intersectorial,
- la promoción de indicadores de salud basados en la participación comunitaria, en la adquisición de hábitos saludables (ejercicio físico, hábitos dietéticos, disfrute de la naturaleza, uso moderado del alcohol y el tabaco etc.),
- la calidad de los servicios sanitarios directamente orientados a la cura-

ción de la enfermedad y a la rehabilitación individual

– etc., etc.

Evidentemente todos estos indicadores poseen mayor o menor incidencia en cada uno de los ciudadanos. La objetividad se convierte en subjetividad, aunque manteniendo la vigencia e impacto de los determinantes psicosociales.

TRABAJAMOS PARA VIVIR *VERSUS* VIVIMOS PARA TRABAJAR

Pasamos la mayoría de nuestra vida o trabajando u orientando nuestra actividad a la consecución de un determinado trabajo. Para empezar la larga y laboriosa preparación escolar, prolonga la dependencia de los jóvenes, hasta hacerles olvidar que los primeros años también forman parte del acervo vital. La vida no comienza a disfrutarse cuando se trabaja -corolario calvinista del modelo social del capitalismo- sino que muchas veces el trabajo se convierte en obstáculo para vivir.

Los dos modelos según privilegien el trabajo o la vida condicionan las relaciones familiares, ciudadanas y sociales. Del trabajo como castigo bíblico al trabajo como forma de vida, hay mucho trecho. El trabajo al dejar de ser fin para convertirse en medio, deja al sujeto la libertad de limitar su ambición laboral en base a objetivos más completos. Sin duda que el máximo de bienestar se alcanza cuando trabajando para vivir se disfruta trabajando convirtiendo las horas profesionales en horas de placer...

Las verdad es que la mayoría de quienes nos rodean trabajan por necesidad social: para lograr su autonomía económica, para realizar su nivel de competencia, para afirmar su necesidad de éxito social, para consolidar su distintividad, etc. Y ahí está la fuente de muchos conflictos que desembocan en situaciones generadoras de estrés laboral. A su vez el estrés laboral se convierte en causa de estrés en la familia, entre los amigos, etc.

1. El estrés laboral

El desequilibrio entre la demanda y el control de los recursos tiene su campo de aplicación en el mundo del trabajo cuando ante un exceso o una carencia de demanda laboral el sujeto no dispone de las capacidades para afrontar sus consecuencias negativas (así percibidas).

La sobreactivación cardiovascular y neuroendocrina, así como la inhibición inmunológica y conductual consiguientes, se asocian a la condición de estrés.

Entre las consecuencias del estrés que aparecen como síntomas del mismo cabe resaltar las siguientes:

- perturbaciones físicas: incidencia en infarto de miocardio, angina de pecho, hipertensión arterial, úlcera gastroduodenal, indefensiones inmunológicas etc.
- perturbaciones psíquicas (con irritabilidad, desmotivación, suspicacia, ansiedad, depresión, etc.) y conductuales (con Insomnio, tabaquismo, bulimia, etc.),
- perturbaciones sociales: escasez de apoyos sociales, inapetencia sexual, desinterés socio-cultural.

Las condiciones estresantes paradójicamente quizá puedan lograr que los trabajadores mejoren sus rendimientos, pero en todo caso impiden una vida laboral en bienestar social. En todo caso la persona estresada despilfarra su vida, no dotándola de la calidad debida.

2. La calidad de vida en el trabajo

La calidad de vida en el trabajo supone un trabajo realizado con salud. Y la salud en el trabajo conlleva:

- marcar o adherirse libremente a los objetivos del trabajo;
- tener en cuenta objetivo final del trabajo;
- considerarse como parte de un conjunto total con el que colaboramos;
- participar en la organización y decisiones pertinentes en el grado que nos es posible de acuerdo con nuestra capacidad y nuestra ubicación en el organigrama laboral;
- contar con el apoyo social siempre que lo necesitemos: las relaciones amistosas, confiadas con los jefes, con los compañeros, con los amigos, los familiares, etc. compensan las limitaciones que pueda tener en un momento dado la relación laboral;
- saber vivir sin el trabajo, desconectando oportunamente y haciendo re-

al la máxima de que no vivimos para trabajar sino que trabajamos para vivir.

3. El estrés y el modelo japonés

Entre los japoneses no se dan los casos de estrés tan generalizados en occidente. La experiencia japonesa, al parecer sabría compaginar la competitividad productiva de sus empresas, el aumento del PNB y la serenidad en la realización laboral.

Independientemente de la veracidad empírica de estas afirmaciones, lo cierto es que las características del modelo tradicional japonés disminuyen la aparición del estrés, ya que actúan como amortiguadores. Recordemos algunas de ellas:

- importancia dada a la solidaridad y competitividad grupal frente a la competitividad individual de occidente;
- aceptación de una estructura jerárquica bien definida, establecida y aceptada de manera general;
- valoración de la ancianidad como experiencia y sabiduría ante los problemas de la vida, con el consiguiente respeto de los mayores en los ámbitos familiares y sociales;
- concepción familiar de las empresas con una organización marcadamente paternalista.

Esta hipótesis es tanto más verosímil cuanto que los estudios realizados con los japoneses integrados culturalmente en USA muestran que dichos japoneses sufren cinco veces más de cardiopatías isquémicas (infartos de miocardio y anginas de pecho) que los no culturalizados (García Sánchez, 1991) también residentes en Norteamérica.

El estrés sería, pues, una consecuencia del clima social generado por las condiciones del modelo de vida que, en la práctica, se deduce del modelo capitalista.

HACIA UNA VIDA COGNITIVAMENTE EQUILBRADA Y SOCIALMENTE JUSTA

El estrés es la resultante de un estilo de vida personal desajustado, como consecuencia de un modelo social desequilibrante. Así pues si queremos atacar las fuentes del problema caben dos ámbitos de actuación: la psicosocial individual y la social estructural

La **perspectiva psicosocial individual** considera que el estrés expresa el desequilibrio que percibe el individuo entre las demandas a que está sujeto y sus recursos de control.

Tanto ante las demandas como ante los recursos de control caben diferentes estrategias. La cognitiva nos aparece como la más económica, la más humana y la más eficiente.

Para ello necesitamos controlar las representaciones sociales que el individuo va elaborando como consecuencia de su vinculación con un determinado grupo.

Conocer esas representaciones facilita poder intervenir en sus procesos genéticos de objetivación y anclaje.

Hay que dotar al sujeto de habilidades, recursos cognitivos de afrontamiento al estrés, valorando las fuentes de su autoestima, valorando críticamente los objetivos sociales que le han transmitido y que muchas veces vehicula inconscientemente la organización en que trabaja, consolidando su identidad social y reforzando la necesidad de diferenciación social con el conveniente respeto y la adecuada tolerancia a las ideosincracias de los demás.

La **perspectiva social estructural** ha de llevarnos a modificar la cultura empresarial, los modelos de vida cotidiana, las relaciones internacionales basadas en las ventajas del PNB, el economicismo como ideología de vida etc.

Si la vida es pelea y lucha por garantizarse las fuentes de supervivencia, justo es reconocer que los humanos disponemos de suficientes recursos como para vivir adecuadamente siempre que:

- los principios de la razón y la equidad sean compartidos por quienes tienen la representación social de la colectividad y dediquen los suficientes recursos para luchar por la igualdad, la justicia y la equidad;

- y los individuos hagan suyos objetivos de solidaridad queriendo compartir recursos heredados y elaborando modelos de vida no consumista que valora las enormes posibilidades de una convivencia ecológica, respetuosa con la naturaleza y hecha de sobriedad, carácter y contenido cultural.

REFERENCIAS

- Altman I. *The environment and social behavior: Privacy territoriality crowding and personal space*. Monterrey, CA: Brooks-Cole, 1975.
- Antonovsky A. *Health Stress and Coping*. Londres: Josey-Bass, 1979.
- Ashton J. Las ciudades sanas, una iniciativa de la nueva sanidad. En: *La promoción de la salud, seguido de...* Valencia, Generalitat, 1988, 23-31
- Baker DB. The Study of Stress at Work. *Annu Rev Public Health*, 1985, 6, 367-81.
- Barriga S. *Salud y comunidad*. Sevilla: Diputación provincial, 1989.
- Barriga S, León JM, Martínez M y Fernández I. *Intervención psicosocial*. Barcelona: Hora, 1987.
- Barriga S y León JM. *Psicología de la Salud: aportaciones desde la Psicología Social*. Sevilla: Sedal-Alfar, 1990.
- Baum A y Koman S. Differential response to anticipated crowding: Psychological effects of social and spatial density. *J Pers Soc Psychol*, 1976, 34, 526-36.
- Borja J, (editor). *La ciudad en el mundo*. Barcelona: Publicaciones de la Corporación Metropolitana, 1987.
- Boyden SV. *The impact of civilization on the biology of man*. Toronto, Canadá: University of Toronto Press, 1970.
- Broadbent DE. *Decision and stress*. Nueva York: Academic Press, 1971.
- Campbell J. Ambient stressors. *Environment and Behavior*, 1983, 15, 355-80.
- Caplan R. Person-environment fit: Past, present and future. En: Cooper C, (editor). *Stress research: Where do we go from here?* Chichester, England: Wiley, 1982, 37-78.
- Carta de Otawa*. I Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud, 1986.

- Cobb S. Social support as a moderator of life stress. *Psychosom Med*, 1976, 38, 300-14.
- Cohen S. Environmental load and the allocation of attention. En: A Baum y otros, (editores). *Advances in environmental psychology*. Hillsdale, NJ: Erlbaum, 1978, 1, 1-29.
- Cohen S. Aftereffets of stress on human performance and social behavior; a review of research and theory. *Psychol Bull*, 1980, 88, 82-108.
- Cohen y cols. *Behavior Health and Environmental Stress*. Nueva York: Plenum, 1986.
- Cox T. *Stress*. London: Macmillan Press, 1978.
- Cox T. Stress, coping and problem solving. *Work & Stress*, 1987, 1, 5-14.
- Dubos R. *Man adapting*. New Haven, Ct.: Yale University Press, 1965.
- Duhl L. La ciudad saludable: su función y su futuro. *Anthropos*, 1991, 118-119, 51-8.
- Estrategias para todos en España en el año 2000*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 1990.
- Fisher S. *Stress and the Perception of Control*. London: Lawrence Erlbaum, 1984.
- Fisher S. *Stress and Strategy*. London: Lawrence Erlbaum, 1986.
- Fontana D. *Gérer le stress*. Bruselas: Mardaga, 1990.
- García-Sánchez S. Estrés laboral y salud. *Anthropos*, 1991, 118-119, 70-5.
- Hockey R. Stress and tehe cognitive components of skilled performance. En: V Hamilton, D Warburton, (editores). *Human stress and cognition*. Nueva York: Wiley, 1979, 141-77.
- Kaplan S y Kaplan R. *Cognition and environment*. Nueva York: Praeger, 1982.
- Kasl SV y Cooper CL, (editores). *Stress and Health: Issues in Research Methodology*. Nueva York: John Wiley and Sons, 1987.

Lalonde M. *A new perspective on the health of Canadians*. Ottawa: Department of National Health and Welfare, 1974.

Lazarus RS. *Psychological stress and the coping process*. Nueva York: McGraw-Gill, 1966.

Lazarus RS. On the primacy of cognition. *Am Psychol*, 1984, 39, 124-29.

Lazarus RS y Cohen JB. Environmental stress. En: I Altman, JF Wohlwill, (editores). *Human Behavior and the environment: Current theory and research*. Nueva York: Plenum, 1977, Vol. 2.

Lazarus RS y Folkamn S. *Stress Appraisal and Coping*. Nueva York: Springer, 1984.

Lazarus RS y Launier R. Stress-related transactions between person and environment. En: L Pervin, M Lewis, (editores). *Perspectives in interactional psychology*. Nueva York: Plenum, 1978, 1-67.

McGrath J. *Social and psychological factors in stress*. Nueva York: Holt, Rinehart y Winston, 1974.

McKeown T. *The role of medicine*. Oxford: Basil Blackwell, 1979.

Moore HE. Some emotional concomitants of disaster. *Mental Hygiene*, 1985, 42, 45-50.

Moser G. *Les stress urbains*. Paris: Armand Colin, 1992.

Muñoz FJ y León JM. Exámenes universitarios y salud: Un estudio psicosocial sobre el estrés académico. *Revista de enseñanza universitaria*, 1991, 1(1), 49-68.

Organización Mundial de la Salud. *Estrategia mundial de salud para todos en el año 2000*. Ginebra: OMS, 1981.

Pearson T. *The social system*. 1951.

Rodríguez E. Las teorías del estrés como discurso ideológico. *Anthropos*, 1991, 118-119, 58-63.

Rodríguez J, Pastor MA y López S. Salud Comunitaria. En: Martín A, Chacón F y Martínez MF. *Psicología Comunitaria*. Madrid: Visor, 1989.

- Salleras L. *Educación sanitaria*. Madrid: Díaz de Santos, 1985.
- Selye H. *The stress of life*. Nueva York: McGraw-Hill, 1976 [v.o. 1956].
- Selye H. Confusion and controversy in the stress field. *Journal of Human Stress*, 1975, 1, 37-44.
- Smith A, (editor). *Recent advances in Community medecine*. Edimburgo: Churchill Livingstone, 1985.
- Sociedad urbana y salud. *Anthropos*, 1991, 118-119, 1-175.
- Stokols D. A congruence analysis of stress. En: I Sarason, C Spielberger, (editores). *Stress and Anxiety*. Nueva York: Hemisphere, 1979, 6, 27-53.
- Stora JB. *Le stress*. Paris: PUF, 1991.
- Suedfeld P. *Restricted environmental stimulation*. Nueva York: Wiley, 1980.
- Valdés M, De Flores T y García-Sánchez S. *Estrés y cardiopatía coronaria*. Barcelona: Almax, 1988.
- Warshaw LJ. *Managing Stress*. Massachusetts: Addison-Wesley, 1979.
- Wohlwill JF. Human response to levels of environmental stimulation. *Human Ecology*, 1974, 2, 127-47.

FACTORES PSICOLOGICOS, SISTEMA INMUNE Y ESTRES

F. Xavier Borràs

Laboratori de Conducta. Unitat de Psicologia Bàsica.

Facultat de Psicologia.

Universitat Autònoma de Barcelona.

RESUMEN

La nueva línea interdisciplinaria conocida como **psiconeuroinmunología** se ocupa de estudiar las relaciones entre conducta, cerebro y sistema inmune. La psiconeuroinmunología está contribuyendo a esclarecer los mecanismos que median la incidencia de los factores psicológicos -los procesos emocionales y el estrés particularmente- en la vulnerabilidad a la enfermedad. Así, se han puesto de manifiesto alteraciones de la capacidad funcional de las células inmunes bajo la influencia de estresores psicológicos de distinta intensidad (acontecimientos vitales altamente estresantes vs. menores) y duración (agudos vs. crónicos). Estos efectos inmunológicos son modulados por variables psicológicas relacionadas con la apreciación y el afrontamiento de los acontecimientos y situaciones estresantes.

Palabras clave: Emoción; Estrés; Inmunología Conductual; Psiconeuroinmunología.

ABSTRACT

Psychoneuroimmunology is a new interdisciplinary field that studies the relationships between behaviour, brain, and immune system. It is contributing to

elucidate the mechanisms underlying the incidence of psychological factors, such as emotional processes and stress, in the vulnerability to disease. In this way, some alterations of the functional capacity of immune cells under the influence of psychological stressors with different intensity (major stressful life events vs. mild stressors) and duration (acute vs. chronic stressors) have been shown. These immunological effects are modulated by psychological variables related to stressful events appraisal and coping.

Key words: Behavioural Immunology; Emotion; Psychoneuroimmunology; Stress.

INTRODUCCIÓN

La influencia de los factores psicológicos en los procesos de salud-enfermedad ha sido reconocida desde la antigüedad. Reflejo de ello son hechos como la importancia terapéutica concedida a la relación médico-paciente a lo largo de la historia de la Medicina o, más recientemente, la relevancia metodológica otorgada al "*efecto placebo*" en farmacología. La importancia de los factores psicológicos, y, en particular, del estrés, en la salud ha sido subrayada por numerosos estudios de caso, epidemiológicos y clínicos. Algunos estudios pioneros, por ejemplo, examinaron los efectos del estrés derivado de los acontecimientos vitales en la susceptibilidad a la enfermedad (Holmes, Hawkins, Bowerman, Clarke y Joffe, 1957). En los últimos años, la nueva línea interdisciplinaria conocida como **psiconeuroinmunología** está contribuyendo de forma particularmente relevante al esclarecimiento de los mecanismos que pueden estar implicados en problemas como los mencionados, al poner de manifiesto las relaciones existentes entre conducta, cerebro y sistema inmune.

El sistema inmune constituye uno de los principales mecanismos de defensa del organismo frente a las agresiones del medio. Tiene una implicación fundamental en las enfermedades infecciosas, autoinmunitarias, las alergias, el cáncer o el SIDA. Tradicionalmente, el sistema inmune ha sido considerado autónomo en la regulación y desarrollo de sus funciones. Es innegable que esta concepción, estrechamente ligada a las estrategias de estudio *in vitro* de las respuestas inmunológicas, ha resultado enormemente productiva para la inmunología. No obstante, la psiconeuroinmunología ha venido a poner de relieve que en un organismo vivo completo se dan múltiples interacciones bidireccionales entre los sistemas nervioso, endocrino e inmunitario, dirigidas al mantenimiento de la homeostasis. En la actualidad sabemos, por ejemplo, que los

tejidos del sistema inmune son inervados autónomicamente, o que neuronas y leucocitos (células inmunitarias) comparten ciertos receptores y sustancias transmisoras (Ader, Felten y Cohen, 1991). Todo ello nos abre un camino de explicación acerca de cómo los procesos psicológicos y el estrés podrían influir en enfermedades como las antes citadas.

La psiconeuroinmunología ha señalado dos grandes vías de modulación psicológica de la función inmune: 1) el aprendizaje por condicionamiento clásico de las respuestas inmunológicas (Borràs, 1992); y 2) la influencia de los factores emocionales en la inmunidad. En el presente trabajo nos concentraremos, dentro de la segunda de las vías mencionadas, en revisar los trabajos psiconeuroinmunológicos que han examinado los efectos de los procesos psicológicos de estrés en las respuestas inmunológicas.

Aunque nos centraremos en los trabajos realizados en humanos, queremos señalar que los numerosos datos disponibles procedentes del laboratorio animal muestran la existencia de complejas relaciones entre estímulos estresantes, respuestas inmunes y enfermedad. Ello hará necesarios todavía muchos estudios experimentales paramétricos antes no podamos aclarar dichas relaciones. Algunas variables que, hasta el momento, han mostrado influir en los resultados son:

1. El tipo, intensidad y secuencia temporal de presentación de las estimulaciones patógena y/o estresante.
2. La duración, continuidad vs. intermitencia, frecuencia, agudeza-cronicidad y grado de predictibilidad y controlabilidad del estresor.
3. El tipo de evaluación inmunológica.
4. El tiempo entre la aplicación del estresor y la evaluación inmunológica.
5. El tipo de evaluación clínica.
6. Variables del huésped: estado neuroendocrino e inmunológico (afectado por variables como factores genéticos, sexo, edad, nutrición y factores psicosociales), historia de estrés y estilo de afrontamiento.
7. La interacción entre las variables anteriores.

ESTRESORES AGUDOS Y SISTEMA INMUNE

Gran parte de los trabajos realizados han examinado los efectos en la función inmune de estresores agudos, esto es, un solo acontecimiento concreto, aunque la duración de su impacto anticipatorio y consecuente puedan variar.

El interés de tratar separadamente los estresores agudos o discretos y crónicos o repetidos se justifica por los resultados diferenciales sobre la inmunidad obtenidos en animales (e.g., Monjan y Collector, 1977).

Los primeros estudios de que tenemos conocimiento se interesaron por situaciones como el amerizaje en vuelos espaciales tripulados o la privación de sueño. Desde nuestro punto de vista, estas situaciones presentan el problema de confundir los efectos puramente reactivos (biológicos, y por tanto incondicionados) al estresor con los posibles efectos mediados psicológicamente (aprendidos, en el sentido de que dependen de la historia de interacción del organismo individual). Por ejemplo, en relación a los niveles anteriores al despegue, los recuentos de leucocitos y de linfocitos (uno de los principales tipos de células especializadas inmunitarias) de los astronautas del Apolo aumentaron inmediatamente después del amerizaje, volviendo a la normalidad a los pocos días (Fischer, Daniels, Levin, Kimzey, Cobb y Ritzman, 1972). Un informe posterior con los astronautas del Skylab mostró una marcada elevación de los leucocitos tras el amerizaje posterior a un período prolongado (cincuenta y nueve días) en el espacio, atribuible a un aumento en el número de células polimorfonucleares (PMNs o granulocitos, un tipo de leucocitos fagocíticos); disminuían, en cambio, los porcentajes de linfocitos T (Kimzey, 1975; Kimzey, Johnson, Ritzman y Mengel, 1976). Los linfocitos T se ocupan de la respuesta inmune celular, actuando directamente sobre el antígeno (sustancia "no propia", extraña). O'Leary (1990) ha sugerido que estos efectos podrían ser debidos al alto nivel de miedo asociado con este tipo de estresor, que activaría preferentemente el sistema simpático adrenal-medular (SAM); la liberación de adrenalina consecuente sería responsable última de las alteraciones descritas, similares, de hecho, a las producidas por la inyección de adrenalina: leucocitosis, linfocitosis, neutrofilia y eosinofilia (incrementos, respectivamente, del número de leucocitos, linfocitos, neutrófilos y eosinófilos, constituyendo estos dos últimos diferentes subtipos de granulocitos). Efectivamente, los trabajos mencionados indican niveles elevados de catecolaminas (y cortisol) durante el vuelo espacial y el amerizaje. Respecto a la funcionalidad de los linfocitos, Fischer et al. (1972) no encontraron diferencias en la respuesta de las células T al mitógeno PHA después del amerizaje, mientras que Kimzey y sus colaboradores (Kimzey, 1975; Kimzey et al., 1976) muestran una depresión de la estimulabilidad linfocitaria a la PHA el día del amerizaje, que retorna gradualmente al nivel anterior al vuelo en el curso de varios días. La respuesta de proliferación linfocitaria a la estimulación con mitógenos es una de las pruebas más utilizadas en psiconeuroinmunología (Borràs, 1990). En esta técnica se cultivan *in vitro* linfocitos, separados del resto de la sangre, con estimulantes artificiales inespecíficos, denominados

mitógenos; posteriormente se mide la consiguiente capacidad de activación y proliferación (mitótica) de los linfocitos en respuesta a dicha estimulación. Los mitógenos más utilizados son la Con A y la PHA, que estimulan predominantemente los linfocitos T, y el PWM, que también estimula, además de a los linfocitos T, los B. Los linfocitos B desarrollan la respuesta inmune humoral, produciendo anticuerpos o inmunoglobulinas (Ig), esto es, moléculas circulantes producidas en respuesta a un antígeno, con el cual se combinan específicamente. La estimulación con mitógenos se considera indicativa de la funcionalidad inmunológica *in vivo* contra agentes patógenos ambientales, como virus y bacterias.

Respecto a la privación de sueño, Palmblad y sus colaboradores (Palmblad, Cantell, Strander, Fröberg, Karlsson, Levi, Granström y Unger, 1976; Palmblad, Karlsson, Levi y Lidberg, 1979; Palmblad, Petrini, Wasserman y Akersstedt, 1979) sometieron, en una serie de investigaciones experimentales, a sujetos voluntarios a privación de sueño durante un período de 48-77 h, pidiéndoles que cumplimentasen diversos cuestionarios y tareas de vigilancia. La producción de interferón (una linfocina o interleucina, sustancias solubles que permiten la comunicación entre células inmunes) aumentó durante un período de privación de tres días en comparación con el nivel basal. La capacidad fagocítica, en cambio, disminuyó; después de la privación, no obstante, aumentó por encima de la línea de base (Palmblad et al., 1976). Un estudio posterior no detectó diferencias en la adherencia de los granulocitos durante un período de privación de sueño de dos días, aunque los sujetos sí mostraron una respuesta disminuida a la estimulación con PHA, indicando una función deprimida de los linfocitos T (Palmblad, Petrini et al., 1979). Estos estudios sugieren que variables como el momento de evaluación de la función inmune o la técnica de evaluación empleada pueden ser críticas, como hemos mencionado anteriormente en los estudios con animales.

Pasando ya a estresores agudos más propiamente "*psicológicos*" (esto es, cuyo impacto es aprendido, dependiente de la historia de interacción del organismo individual), diversos estudios se han centrado en el duelo (**bereavement**) posterior a la pérdida del cónyuge, quizás el acontecimiento vital estresante (**stressful life event**) humano más severo. Según los estudios epidemiológicos, los viudos y viudas sufren mayores morbidez y mortalidad durante el año siguiente a la muerte de la pareja (Maddison y Viola, 1968). En coherencia con los datos epidemiológicos, los estudios psiconeuroinmunológicos, tanto transversales (de comparación de grupos) como longitudinales, han encontrado asociada la pérdida de la pareja a una función inmunitaria debilitada, sugiriendo así su responsabilidad mediadora. Bartrop, Lazarus, Lukhurst, Kiloh y Penny

(1977) mostraron, en una investigación pionera con veintiséis adultos viudos, una respuesta de los linfocitos T a la estimulación con Con A y PHA deprimida a las seis semanas de enviudar, aunque no encontraron diferencias a las dos semanas de la muerte del cónyuge, siempre en comparación con sujetos acoplados demográficamente que no habían enviudado. No se encontraron diferencias en los contajes totales de linfocitos T o B, los niveles de Ig o los de hormonas pituitarias (hormona estimulante de la tiroides, TSH, y prolactina, PRL) y adrenocorticales (cortisol).

En un trabajo prospectivo más reciente y complejo, Schleifer, Keller, Camerino, Thornton y Stein (1983) compararon, en hombres cuyas esposas padecían cáncer de mama en estadio avanzado, la respuesta linfocitaria a los mitógenos Con A, PHA y PWM antes y después de morir aquéllas. Durante la enfermedad de la esposa se obtenían muestras de sangre de los maridos cada seis-ocho semanas. En el curso del estudio, enviudaron dieciséis sujetos, de quince de los cuales se consiguieron datos, pudiéndose efectuar además en doce de ellos un seguimiento de cuatro a catorce meses. La estimulación de los linfocitos T y B durante las primeras cinco-siete semanas siguientes al enviudamiento fue significativamente inferior a la obtenida antes de morir la esposa. No se modificaron el número de linfocitos totales ni los números o proporción relativa de células T y B, en cambio. En el período de seguimiento, los valores de estimulabilidad linfocitaria fueron intermedios entre los previos al enviudamiento y los de los dos primeros meses posteriores a la muerte de la esposa. Estos resultados coinciden temporalmente con el incremento de morbilidad y mortalidad que experimentan los viudos, según indican los estudios epidemiológicos (Jacobs y Ostfeld, 1977; Kaprio, Koskenvuo y Rita, 1987; Maddison y Viola, 1968; Parkes y Brown, 1972).

En coherencia con los datos anteriores, las mujeres cuyos maridos han fallecido por cáncer de pulmón de uno a cuatro meses antes muestran una actividad de las células **natural killer** (NK) inferior (aproximadamente un 50 %) a la de mujeres de la misma edad que no han enviudado (Irwin, Daniels, Smith, Bloom y Weiner, 1987). Las células NK constituyen una subpoblación linfoide cuya función consiste en atacar y destruir de manera espontánea e inespecífica células tumorales o infectadas por virus. En otros trabajos se incluye un tercer grupo de mujeres cuyos esposos están bajo tratamiento por cáncer de pulmón, encontrándose que una alta depresión, más que el hecho del duelo o su anticipación, parece ser responsable de una supresión de la actividad NK (Irwin, Daniels, Bloom, Smith y Weiner, 1987). Irwin, Daniels, Smith et al. (1987) describen también un estudio prospectivo en el cual la actividad de las células NK no se altera significativamente después de la muerte del marido. El reduci-

do número de sujetos ($n=6$), junto con la posibilidad de un elevado estrés en el período previo al enjuiciamiento, cuestionan este resultado negativo. Es significativo que los cambios en depresión entre antes y después del enjuiciamiento muestren una fuerte correlación negativa con los cambios en la actividad NK. Estos estudios ilustran que las variables psicológicas que determinan el impacto emocional (por ejemplo, ansiedad o depresión) de un estresor pueden ser más importantes que su mero acontecer en los cambios inmunológicos resultantes, una idea sobre la que insistiremos posteriormente.

Prosiguiendo con los estresores agudos "*psicológicos*", en uno de nuestros trabajos (Borràs, 1991a, b) estudiamos las posibles alteraciones inmunológicas que tienen lugar en las personas que se han de someter a una intervención quirúrgica debido a la anticipación de ésta (estrés prequirúrgico). A nuestro entender, se trata de una situación cuyo estudio ofrece un gran interés: a) el hecho de que la intervención quirúrgica pueda, al menos en algunos casos, ser programada con anticipación favorece la realización de estudios longitudinales y prospectivos; b) por otro lado, puesto que todos los sujetos van a enfrentarse próximamente a una agresión física similar (la propia intervención quirúrgica), se trata de una situación óptima para analizar la relevancia clínica de una eventual modulación psicológica de la inmunidad. De hecho, es ya abundante la literatura que señala, a pesar de ignorarse ampliamente los mecanismos subyacentes, una influencia del estrés y de la ansiedad prequirúrgicos en la recuperación postquirúrgica (Johnston, 1986, 1988; Moix, 1990a, b; Rodríguez-Marín, López y Pastor, 1989; Wallace, 1986). En el trabajo citado, comparamos la respuesta linfocitaria a los mitógenos Con A, PHA y PWM en un grupo de pacientes varones ($n=12$) que debían ser intervenidos de hernia inguinal electiva veintiséis días antes de la operación ("*nivel basal*") y la mañana de ésta ("*estrés psicológico agudo*"). Los datos inmunológicos fueron complementados con otros endocrinos (hormona adrenocorticotropa, ACTH, y PRL) y hematológicos (Cfr. Borràs, 1991b). Encontramos resultados diferenciales, interactivos ($p < 05$), en función de los hábitos tóxicos (consumo de tabaco y alcohol) de los pacientes: mientras que en los sujetos que no tienen los hábitos de fumar ni/o de consumir bebidas alcohólicas, la respuesta a los mitógenos era menor la mañana de la intervención quirúrgica que veintiséis días antes (lo cual parece coincidir con los resultados hasta ahora -y posteriormente- revisados, procedentes de otros estresores), en los sujetos fumadores y/o bebedores habituales la reactividad linfocitaria era mayor la mañana de la operación que veintiséis días antes. Aunque algunos investigadores habían sugerido previamente un posible papel como variables extrañas de los consumos de tabaco y alcohol (e.g., Kiecolt-Glaser y Glaser, 1988a), lo cual nos impulsó a tener la precaución me-

todológica de considerarlos en nuestra investigación, estas variables realmente no han sido consistentemente evaluadas en una amplia mayoría de la literatura psiconeuroinmunológica. Los resultados anteriores, pues, fueron para nosotros en aquel momento ciertamente inesperados, al sugerir que el consumo habitual de bebidas alcohólicas (y/o de tabaco) podría antagonizar algunos efectos del estrés en la inmunidad celular, con la consiguiente existencia de patrones diferenciales de respuesta inmune al estrés en función de los hábitos tóxicos de los sujetos. Parece desprenderse, por tanto, la necesidad de controlar o al menos medir estas variables extrañas en la investigación psiconeuroinmunológica en humanos. Adicionalmente, se observó un impacto neuroendocrino de la situación de estrés quirúrgico, con niveles elevados de ACTH y PRL la mañana de la herniorrafia. Finalmente, las alteraciones descritas la mañana de la operación en la respuesta de proliferación linfocitaria a los mitógenos y los niveles de PRL estaban relacionadas con la evaluación cognitiva de la situación quirúrgica (concretamente, con aspectos de información-experiencia y percepción de control), reforzando la responsabilidad del proceso cognitivo y emocional de estrés en una modulación neuroendocrinoinmunológica.

Una situación de estrés agudo "*psicológico*" mucho más estudiada que la anterior son los exámenes académicos, que algunos autores clasifican ya dentro de los acontecimientos estresantes menores o leves. Dorian, Garfinkel, Brown, Shore, Gladman y Keystone (1982) compararon ocho residentes de psiquiatría que tenían que hacer un examen oral de seguimiento profesional con dieciséis psiquiatras y residentes de psiquiatría libres de éste. Tres sujetos experimentales que informaron de poco **distress** y siete de control con niveles altos de **distress** fueron excluidos. Dos semanas antes del examen, los sujetos experimentales mostraban recuentos más altos de células T y B, una menor síntesis de anticuerpos *in vitro* y una respuesta proliferativa de los linfocitos T y B inferior, que retornaba a los niveles de los sujetos de control en las semanas siguientes. Sorprendentemente, los niveles de cortisol eran más altos en el grupo control, no midiéndose las catecolaminas.

Kiecolt-Glaser, Glaser y sus colegas, de la Universidad del Estado de Ohio, han emprendido una extensa serie de investigaciones siguiendo el siguiente diseño general: comparar diversos parámetros inmunológicos en estudiantes de medicina voluntarios a los que se extraen muestras de sangre aproximadamente un mes antes del período de exámenes ("*línea base*") y durante éstos. Con este procedimiento han sugerido una disminución de los números de linfocitos T totales, T cooperadores/inductores, T supresores/citotóxicos y de los cocientes de células T cooperadoras:supresoras (T4:T8), siendo éste quizás el resultado menos consistente de sus trabajos (Glaser, Kiecolt-Glaser, Stout, Tarr, Speicher y

Holliday, 1985; Kiecolt-Glaser, Glaser, Strain, Stout, Tarr, Holliday y Speicher, 1986). Las células T cooperadoras (**helper**, T4) y T supresoras (T8) son los dos subgrupos principales de linfocitos T, con importantísimas funciones reguladoras de las respuestas inmunes. Las células T cooperadoras o T4 son las destruidas por el virus de inmunodeficiencia humana (VIH) en el SIDA, con lo que el organismo resta extraordinariamente vulnerable a multitud de patógenos. Por su parte, las células T citotóxicas (también T8) son células efectoras, capaces de matar directamente antígenos específicos, protegiendo al organismo de virus y tumores y mediando los fenómenos de rechazo en los trasplantes. Al lector interesado en profundizar los conceptos inmunológicos que aparecen en este trabajo nos atreveríamos a sugerirle consultar la introducción a los mismos de Borràs (1991b) o, con mucha mayor especialización y exhaustividad, el manual de Roitt, Brostoff y Male (1989). Prosiguiendo con los trabajos de Kiecolt-Glaser y Glaser, más sólidos son los datos que señalan una blastogénesis o estimulabilidad linfocitaria inferior durante los exámenes (Glaser, Kiecolt-Glaser, Stout et al., 1985), coincidente con el trabajo previo de Dorian et al. (1982). Han mostrado también títulos o niveles de anticuerpos más altos a los virus herpes HSV-1 (virus del herpes simple tipo 1, que produce resfriados), EBV (virus de Epstein-Barr, que puede causar mononucleosis infecciosa) y CMV (citomegalovirus, el cual produce un síndrome de mononucleosis) en período de exámenes finales que después de las vacaciones de verano (Glaser, Kiecolt-Glaser, Speicher y Holliday, 1985). Los títulos de anticuerpos al EBV, por ejemplo, iban de 1:640 durante los exámenes a 1:93 después de las vacaciones. Es necesario aclarar que, en contra de lo que parecería intuitivamente, títulos de anticuerpos altos a los virus herpes latentes indican un pobre control de la respuesta inmune celular sobre su replicación, puesto que reflejan un incremento de la síntesis de los antígenos del virus. En un estudio posterior, Glaser, Rice, Sheridan, Fertel, Stout, Speicher, Pinsky, Kotur, Post, Beck y Kiecolt-Glaser (1987) han seguido cuarenta estudiantes de primer año de medicina a lo largo de todo un año académico, observando cambios cíclicos en los títulos de anticuerpos: éstos son mayores en los períodos de exámenes, durante los cuales otras funciones inmunes relacionadas con los virus herpes también están negativamente afectadas. Este es el caso de la producción de factor inhibidor de la migración de los leucocitos, una linfocina que aparece suprimida durante la recrudescencia de las lesiones por el HSV-2 (virus del herpes simple tipo 2, que origina lesiones genitales). En esta misma investigación, el interferón-g (IFN-g) producido por linfocitos estimulados con Con A muestra disminuciones bruscas (valores de un 5 % o incluso inferiores respecto a los niveles basales) también coincidentes con los exámenes. Por otra parte, se observa un desorden de

la respuesta citotóxica específica de las células T contra linfocitos B autólogos (pertenecientes al mismo individuo) infectados por el EBV. Finalmente, los exámenes se asocian a alteraciones en los niveles plasmáticos e intracelulares de AMP cíclico, lo cual sugiere un posible mecanismo de los cambios observados en la inmunidad celular (Glaser et al., 1987). Previamente, este grupo de investigadores había encontrado, en un trabajo con cuarenta estudiantes de segundo año de medicina, una marcada supresión de la producción linfocitaria de interferón, que pasaba de una media de 2.000 unidades en la línea base, seis semanas antes de los exámenes finales, a sólo 80 unidades el día de inicio de éstos (Glaser, Rice, Speicher, Stout y Kiecolt-Glaser, 1986). Ya que el interferón regula el crecimiento y actividad de las células NK, es probable que sea la causa de otro efecto concomitante observado, cual es la reducción precisamente del número y actividad lítica de las mencionadas células NK (Glaser et al., 1986; Kiecolt-Glaser, Garner, Speicher, Penn, Holliday y Glaser, 1984; Kiecolt-Glaser et al., 1986). Kiecolt-Glaser y Glaser (1991) informan de otro resultado hallado en su laboratorio y todavía no publicado, asociando el estrés de los exámenes a alteraciones en apoptosis (suicidio celular controlado por el cual las células dañadas genéticamente por radiaciones o sustancias tóxicas son eliminadas), hecho que podría incrementar el riesgo de cáncer. Finalmente, los niveles plasmáticos de IgA son mayores durante los exámenes (Kiecolt-Glaser, Garner, et al., 1984). La IgA, una de las cinco clases de anticuerpos (IgG, IgM, IgA, IgE e IgD), se concentra en los fluidos corporales y protege las entradas mucosas del cuerpo. Jemmott III, Borysenko, Borysenko, McClelland, Chapman, Meyer y Benson (1983), en cambio, asocian el estrés derivado de los exámenes a una disminución de los niveles de IgA en saliva, lo cual podría incrementar la vulnerabilidad de los sujetos a las infecciones respiratorias.

Como señalan Kiecolt-Glaser y Glaser (1988b), este conjunto de datos es importante porque, aunque los estudiantes de medicina tienen historias largas y logradas en la conducta de examinarse, esta familiaridad con el estresor no impide que sigan mostrando cambios afectivos -mayores **distress**, ansiedad y depresión- y cambios inmunológicos concomitantes durante los exámenes. Así pues, también acontecimientos "*aversivos*" frecuentemente experimentados pueden afectar a la función inmune.

Aun reconociendo el desconocimiento existente en la actualidad respecto a las consecuencias para la salud del grado de inmunosupresión inducido por el estrés, en principio parece que debería suponer un incremento de la vulnerabilidad del organismo a las enfermedades de implicación inmunológica. Quizás podría resultar especialmente relevante para aquellos sujetos ya previamente inmunocomprometidos, como los sujetos ancianos o los pacientes de SIDA

(Kiecolt-Glaser y Glaser, 1991). En este sentido, algunos autores sostienen que, en personas sanas, incluso cambios grandes en los parámetros inmunológicos pueden ser resistidos y corregidos sin consecuencias clínicas (Cfr. Cohen, 1987). La investigación ya citada de Glaser et al. (1987) ha abordado esta polémica cuestión, encontrando alrededor de los períodos de exámenes una mayor incidencia de enfermedades (principalmente infecciones del tracto respiratorio superior) y un mayor número de días con una actividad restringida por enfermedad. El trabajo incluye tres evaluaciones basales y tres en períodos de exámenes a lo largo de un año académico, excluyendo así la posible incidencia de cambios estacionales. No obstante, los datos de enfermedad se basan en autoinformes, que tienen que ver con conductas relacionadas con enfermedad más que con la existencia de patología orgánica y que pueden ser afectados, por ejemplo, por las características demandantes de la situación. Por otro lado, como O'Leary (1990) ha señalado acertadamente, Glaser et al. (1987) no incluyen las correlaciones entre los datos inmunológicos y los autoinformes de enfermedad, que, en caso de ser significativas, apoyarían las relaciones propuestas entre estrés, inmunidad y enfermedad.

Todavía dentro del marco de los estresores agudos "*psicológicos*", quisiéramos hacer referencia a algunos recientes estudios de laboratorio. En el primero de ellos, pacientes fóbicos a las serpientes son expuestos al objeto temido como parte de una terapia (Wiedefeld, O'Leary, Bandura, Brown, Levine y Raska, 1990). Se evalúan diversos parámetros inmunológicos, la tasa cardíaca y los niveles salivales de cortisol durante una visita inicial de línea base (primera semana), un período de tratamiento de dos días (segunda semana) y un seguimiento después del éxito del tratamiento (tercera semana). Durante la exposición al estresor se observan incrementos en los números de linfocitos totales y de varios subtipos de éstos, que los autores atribuyen a la conocida liberación de catecolaminas que se produce en situaciones de miedo. No obstante, en un reducido número de pacientes, más lentos en conseguir autoeficacia o confianza en sus habilidades para afrontar a la serpiente, los números de linfocitos durante la exposición al estresor disminuyen y los niveles de cortisol en saliva al final del tratamiento son más altos, sugiriendo una activación del eje hipotálamico-pituitario-adrenocortical (HPAC). En este sentido, hay que señalar que algunos efectos de los glucocorticoides son opuestos a los de la adrenalina, encontrándose, entre ellos, leucopenia, linfopenia, monocitopenia (reducciones de estas respectivas poblaciones celulares) y neutrofilia. Este experimento ilustra nuevamente cómo las respuestas psicológicas (conductuales, cognitivas y emocionales) al estresor pueden modular su impacto inmunológico, quizás, al menos en este caso, a través de los diversos mediadores neuroendocrinos impli-

cados. Una conclusión hasta cierto punto similar se puede extraer del reciente trabajo de Weisse, Pato, McAllister, Littman, Breier, Paul y Baum (1990). Estos investigadores han examinado los efectos de un estresor agudo de laboratorio (descargas eléctricas leves y ruido durante 30 min) en los recuentos diferenciales de leucocitos (fórmula) de veinticuatro hombres jóvenes sanos voluntarios, no fumadores y consumidores moderados de bebidas alcohólicas. Weisse et al. (1990) observan un papel modulador de la controlabilidad-incontrolabilidad del estresor: el porcentaje de monocitos disminuye en los sujetos expuestos al estresor controlable, mientras que aumenta en los sujetos acoplados a los anteriores que no pueden controlar el estresor. Los monocitos (denominados macrófagos cuando salen de la circulación sanguínea a los tejidos) son, como los granulocitos, células fagocíticas. Además de matar a los patógenos, reconocen, procesan y presentan los antígenos a los linfocitos T, poniendo así en marcha las respuestas inmunitarias celulares y humorales.

En conjunto, los datos revisados permiten concluir que los estresores agudos "*biológicos*" y "*psicológicos*", y, dentro de estos últimos, tanto los acontecimientos vitales altamente estresantes como los acontecimientos estresantes menores, se asocian a una reducción de la capacidad funcional de las células inmunes, con efectos como: una disminución de la capacidad proliferativa de los linfocitos T y B, una reducción del porcentaje y actividad de las células NK, una menor producción de diversas interleucinas (como el interferón) y elevados títulos de anticuerpos a los virus herpes latentes.

ESTRESORES CRÓNICOS Y SISTEMA IMMUNE

Andrew Baum y sus colaboradores han estudiado los residentes en el área alrededor de la planta de energía nuclear de Three Mile Island, donde tuvo lugar un grave accidente en 1979. Los niveles de estrés de la población siguen siendo altos, debido a la preocupación por las consecuencias futuras del accidente para la salud y a la reapertura del reactor (Baum, Schaeffer, Lake, Fleming y Collins, 1985). Recientemente, McKinnon, Weisse, Reynolds, Bowles y Baum (1989) han encontrado niveles considerablemente más altos de neutrófilos y más bajos de células T supresoras/citotóxicas, NK y B, en comparación con sujetos de control acoplados demográficamente residentes a ochenta millas del área amenazada. Obtienen también títulos de anticuerpos más altos a los HSV y al CMV en los habitantes en Three Mile Island. Los niveles urinarios de catecolaminas están correlacionados positivamente con los neutrófilos y negativamente con los linfocitos y células NK.

El paro laboral prolongado puede ser considerado un estresor crónico, que, según los estudios epidemiológicos, afecta a la morbilidad y la mortalidad (Brenner, 1979). Arnetz, Wasserman, Petrini, Brenner, Levi, Eneroth, Salovaara, Hjelm, Salovaara, Theorell y Petterson (1987) han efectuado en Suecia una investigación con mujeres que han perdido su trabajo meses antes del inicio del estudio. Todas ellas reciben un subsidio del Estado correspondiente al 90 % de su sueldo previo, de manera que el estrés que sufren es psicológico antes que debido a una dieta inadecuada, un alojamiento deficiente u otras consecuencias físicas de la pérdida de salario que podrían tener un efecto incondicionado en la inmunidad. Las sujetos se dividen en tres grupos: a) paradas que reciben el subsidio; b) paradas que reciben el subsidio y una intervención diseñada para reducir los efectos psicosociales del paro; y c) mujeres trabajadoras de la misma región geográfica (grupo control). A los nueve meses de paro, los dos grupos de mujeres paradas muestran una respuesta linfocitaria inferior a la PHA y a un antígeno (derivado de proteínas purificadas, PPD, de la tuberculina. No se observan diferencias en los recuentos de subtipos linfocitarios, el cortisol sérico o el estado de salud informado.

Kiecolt-Glaser, Glaser, Shuttleworth, Dyer, Ogrocki y Speicher (1987) han estudiado el estrés crónico asociado con cuidar un familiar afectado por la enfermedad de Alzheimer, una enfermedad severa y larga. Este tipo de asistencia tiene a menudo consecuencias negativas para la salud emocional (por ejemplo, depresión) y física del cuidador. Kiecolt-Glaser, Glaser et al. (1987) encuentran que, comparados con sujetos de control acoplados sociodemográficamente pero no cuidadores, los asistentes presentan mayores **distress**, depresión y soledad, y porcentajes más bajos de linfocitos T totales y T cooperadores, cocientes T4:T8 inferiores y títulos de anticuerpos al EBV más altos. No encuentran diferencias en los porcentajes de células NK. Los dos grupos no difieren significativamente en salud autoinformada, consumo de tabaco y alcohol o estado nutricional. Se observó una pequeña pero estadísticamente significativa diferencia en la cantidad de sueño informada, pero no correlacionaba con ninguna de las medidas inmunológicas.

Otras situaciones crónicas ligadas a las relaciones interpersonales que han sido examinadas son la soledad y el rompimiento matrimonial por separación o divorcio (la pérdida del cónyuge, que también podría ser incluida aquí, ya ha sido comentada dentro de los estresores agudos, más por la manera en que ha sido analizada hasta ahora que por su propia naturaleza). Son numerosos y sólidos los datos que indican que las relaciones interpersonales afectan a la salud y la enfermedad. Algunos estudios epidemiológicos prospectivos, por ejemplo, muestran una mayor morbilidad y mortalidad en aquellos individuos con

relaciones poco estrechas (House, Landis y Umberson, 1988).

Los estudiantes de medicina con puntuaciones por encima de la mediana en la **UCLA Loneliness Scale** -más aislados socialmente- tienen una actividad de las células NK inferior y títulos de anticuerpos al EBV más elevados que sus compañeros con puntuaciones por debajo de la mediana (Glaser, Kiecolt-Glaser, Speicher y Holliday, 1985; Kiecolt-Glaser, Garner et al., 1984). Brown, O'Leary y Murasko (1989), por su parte, han seguido una muestra geriátrica de 67-93 años de edad, a la que efectúan evaluaciones psicológicas, de estado y de rasgo, e inmunológicas en tres ocasiones, a intervalos de dos meses. Los aumentos de soledad entre las evaluaciones correlacionan con disminuciones de la respuesta linfocitaria al PWM. Finalmente, los pacientes psiquiátricos internos que se sienten más solos muestran niveles urinarios de cortisol más altos, menor actividad NK y una respuesta de las células T a la PHA inferior (Kiecolt-Glaser, Ricker, George, Messick, Speicher, Garner y Glaser, 1984).

El rompimiento matrimonial por separación o divorcio parece ser uno de los acontecimientos vitales más estresantes (Bloom, Asher y White, 1978). Los estudios epidemiológicos indican que está asociado a tasas muy altas de trastornos físicos (por ejemplo, enfermedades infecciosas y cáncer) y emocionales (Somers, 1979). Junto con los estudios epidemiológicos, los datos inmunológicos señalan, como veremos posteriormente, que son importantes tanto la calidad de las relaciones como su rompimiento. Basándose en los datos anteriores, Kiecolt-Glaser, Fisher, Ogrocki, Stout, Speicher y Glaser (1987) realizaron un estudio transversal para conocer si la adaptación a la separación o al divorcio está asociada a alteraciones inmunológicas. Aquellas mujeres que se habían separado o divorciado de sus maridos en los últimos seis años mostraban una función inmune pobre, en comparación con mujeres de la misma comunidad casadas con una pareja con la que convivían bien (grupo de control). Así, las primeras presentaban una menor respuesta a la PHA, títulos de anticuerpos al EBV más altos y porcentajes inferiores de células T cooperadoras y NK. Estos efectos eran más acentuados en las mujeres que hacía menos de un año que estaban separadas o divorciadas, que además mostraban una reducida reactividad linfocitaria a la Con A. Además, dentro de las mujeres separadas o divorciadas, tanto un período más corto de separación como unos lazos afectivos o preocupación por el (ex-)marido mayores estaban asociados a mayores depresión y soledad, y a una función inmune más deprimida (menores respuesta a los mitógenos y porcentajes de células T cooperadoras, T supresoras, cocientes T4:T8 y NK). Aunque el consumo de tabaco no difería entre ambos grupos, las mujeres separadas o divorciadas sí informaban haber bebido más alcohol durante la semana previa y tenían un estado nutricional más pobre, de

manera que no podemos descartar que estas variables puedan dar cuenta de los efectos descritos. Un estudio posterior con hombres mostró resultados similares (Kiecolt-Glaser, Kennedy, Malkoff, Fisher, Speicher y Glaser, 1988). Los hombres separados o divorciados presentaban mayores **distress**, depresión y soledad, títulos de anticuerpos al HSV-1 y al EBV más altos e informaban de más días con enfermedad recientemente que hombres casados acoplados socio-demográficamente. Además, aquéllos hombres separados durante el último año que habían iniciado ellos mismos el rompimiento informaban de menor **distress**, tenían títulos al EBV más bajos y mejor salud autoinformada. En este trabajo no se encontraron variables extrañas que diferenciases a los grupos, sugiriendo que los factores emocionales median realmente los efectos observados.

Aunque el rompimiento de una relación puede ser estresante, obviamente la presencia de un compañero no es, en sí misma, una panacea. En este sentido, hay datos que indican una relación entre la calidad matrimonial y la salud: por ejemplo, las personas casadas infelizmente informan de una menor salud que las casadas felizmente o divorciadas de los mismos sexo, edad y raza (Renne, 1971). Usando los datos procedentes de las mujeres casadas de su investigación, Kiecolt-Glaser, Fisher et al. (1987) han encontrado que una baja calidad matrimonial está asociada a mayores **distress** y soledad, y a una respuesta a los mitógenos Con A y PHA inferior y títulos al EBV más elevados. En el estudio realizado con hombres, Kiecolt-Glaser, Kennedy et al. (1988) obtienen una asociación entre peor calidad matrimonial y mayores títulos al EBV, así como cocientes T4:T8 más bajos.

En conjunto, los datos disponibles en humanos relativos a los efectos de diversos estresores crónicos en la función inmune no parecen indicar una adaptación o compensación por parte del sistema inmune, sino una prolongada inmunosupresión. En principio, parece que las consecuencias para la salud de esta inmunodepresión continuada deberían ser importantes, aunque hay que reconocer que hasta el momento no se dispone de datos sólidos al respecto. Sin duda, y aun con los numerosos problemas metodológicos que ello implica, éste deberá ser uno de los aspectos progresivamente abordados por las futuras investigaciones psiconeuroinmunológicas, probablemente con estrategias longitudinales, múltiples evaluaciones y a largo plazo.

EVALUACIÓN DEL ESTRÉS Y SISTEMA INMUNE

Los estudios precedentes se sirven, mayoritariamente, de una estrategia me-

tolológica común: ésta consiste en comparar un grupo de sujetos expuestos a un determinado acontecimiento, ampliamente reconocido como estresante, con otro grupo similar libre de su influencia (grupo de control de los diseños transversales) o, mejor todavía, con ellos mismos en otro momento en el cual el acontecimiento escogido no está(aba) presente, al menos de una forma inmediata (nivel basal de los diseños longitudinales). Mientras que parece indudable la ventajosa objetividad de este planteamiento, no son menos ciertas sus limitaciones. Así, ni la presencia o inmediatez de un acontecimiento estresante particular garantiza que la totalidad de los sujetos lo perciban y afronten como tal, con un impacto psicológico uniforme en todos ellos, ni su ausencia o alejamiento temporal excluye necesariamente su posible influencia psicológica. A este respecto, otro enfoque mucho menos utilizado consiste en evaluar los acontecimientos estresantes experimentados (autoinformados) por los sujetos. A nuestro entender, esta estrategia descriptiva puede, a pesar de sus limitaciones metodológicas, resultar complementaria de la anterior y permitiría, por ejemplo, aumentar la validez ecológica de los estudios sobre los efectos del estrés en la función inmune en humanos.

Locke y Heisel (1977) no encontraron asociación entre los acontecimientos vitales estresantes informados retrospectivamente por sus sujetos y la respuesta de anticuerpos a la inoculación de un virus, observación que ha sido contrastada en investigaciones posteriores con resultados poco concluyentes (Greene, Betts, Ochitill, Iker y Douglas, 1978; Roessler, Cato, Lester y Couch, 1979). En realidad, los datos existentes referentes a la incidencia de los estresores en los procesos de inmunidad humoral o mediada por anticuerpos son más bien escasos, quizás debido a la relativa estabilidad de los niveles de Ig en condiciones adversas (Palmlblad, 1981). Sí se ha señalado una relación entre el número de acontecimientos vitales estresantes contabilizados y la actividad de las células NK (Cfr. Locke, 1982). También existen informes que asocian altas puntuaciones de acontecimientos vitales con una actividad NK disminuida en contextos de estrés académico (Kiecolt-Glaser, Garner et al., 1984) y de duelo (Irwin, Daniels, Bloom et al., 1987). Finalmente, los acontecimientos vitales y el estrés percibido reciente han sido asociados con una menor respuesta linfocitaria a los mitógenos PHA y PWM en un contexto pre y postquirúrgico, afectando, además, a la incidencia de complicaciones postquirúrgicas (Linn, Linn y Klimas, 1988a, b)

En dos trabajos anteriores al previamente comentado, nuestro grupo quiso estudiar también los efectos del nivel global de estrés percibido (derivado, fundamentalmente, de diversas áreas de acontecimientos vitales estresantes) sobre la respuesta de los linfocitos a la estimulación con mitógenos (Borràs, 1989; Bo-

rràs, Casas, Roldán, Bayés y Cuchillo, 1988). Estos trabajos se dirigieron a evaluar el impacto inmunológico del estrés vital experimentado por sujetos varones jóvenes y exentos de patología, intentando tener en consideración su apreciación y afrontamiento, un enfoque este último todavía no suficientemente considerado en los estudios psiconeuroinmunológicos. En el primero de estos trabajos (Borràs et al., 1988), aprovechando la extracción de sangre de los estudiantes que, periódicamente, donan sangre voluntariamente en nuestra misma Universidad, examinamos si se dan diferencias en la proliferación linfocitaria a la PHA y el PWM en función del grado de estrés percibido por los sujetos ($n = 18$) durante las últimas semanas. Se obtuvieron correlaciones negativas significativas ($p < .05$) entre diversas áreas y la puntuación total de un Cuestionario de Estrés Percibido (CEP) y medidas de la estimulabilidad linfocitaria. Esto es, los sujetos con puntuaciones más altas en el CEP -más estresados- mostraban una respuesta linfocitaria inferior. No se encontraron correlaciones significativas respecto a los niveles plasmáticos de cortisol. Este trabajo, de naturaleza correlacional, fue complementado posteriormente por otra investigación dirigida a comparar la respuesta a los mitógenos Con A, PHA y PWM en dos grupos de estudiantes con puntuaciones extremas en una versión revisada del CEP (Borràs, 1989). En este caso, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los dos grupos. No obstante, el análisis de las tendencias obtenidas, altamente consistentes en las tres dosis de cada mitógeno que se emplearon, sugería, en coherencia con los resultados del primer estudio, una menor respuesta proliferativa en los sujetos que informaban haber experimentado "*mucha preocupación*" acerca de alguna(s) de las áreas de acontecimientos vitales contempladas por el CEP durante un período inferior a un mes, en comparación con aquéllos que no lo habían hecho. Sorprendentemente, se observó que, en aquellos estudiantes también altamente estresados, pero durante períodos de tiempo superiores a un mes, la tendencia sistemática de los valores de estimulabilidad linfocitaria era a solaparse con, e incluso en algún caso a superar, los de los estudiantes no estresados. Puede ser relevante, a este respecto, recordar los resultados aparentemente "*análogos*" de algunos estudios en animales (e.g., Monjan y Collector, 1977). A pesar del interés de estas sugerencias, consideramos que las muchas limitaciones del trabajo aconsejan extremar la precaución en la interpretación de estos datos. Por ejemplo, involuntariamente se podrían haber confundido los períodos informados como de estrés más breve con aquél experimentado contemporáneamente al momento de la evaluación (tal vez en otro caso ya no se recordarían), mientras que los períodos de estrés más crónicos podrían incluir referencias a episodios de estrés pasados, ya afrontados exitosamente (pero todavía recordados por su pro-

pia naturaleza y, por tanto, informados). Realmente, los estudios de este tipo, que pretenden tener en cuenta la intensidad, la duración y el momento en que se experimentó **distress** por uno o diversos acontecimientos vitales proponen no pocas dificultades de medida a los investigadores (¡y de respuesta a los sujetos experimentales!), como atestigua la escasez de literatura al respecto.

Con un enfoque en parte similar, Brown et al. (1989) han encontrado, en una muestra geriátrica a la que siguen en tres ocasiones a intervalos de dos meses, una relación entre incrementos de estrés percibido y desesperanza, y reducciones de la actividad de las células NK. Por su parte, Stone, Cox, Valdimarsdottir, Jandorf y Neale (1987) han asociado las fluctuaciones diarias de humor con los niveles salivales de anticuerpos IgA producidos en respuesta a un antígeno específico, con niveles bajos asociados a los días con un estado de humor más negativo.

Como ya hemos dicho anteriormente, el impacto emocional de los acontecimientos y situaciones estresantes depende, en buena medida, de su apreciación y afrontamiento. De acuerdo con ello, algunos estudios psiconeuroinmunológicos han comenzado a explorar el papel mediador y modulador de diversas variables psicológicas en las relaciones entre estresores y función inmune. En este sentido, podríamos referirnos de nuevo a los recientes trabajos de Wiedefeld et al. (1990) y de Weisse et al. (1990), que, como se recordará, analizan, respectivamente, el papel de variables cognitivo-conductuales como la autoeficacia y la controlabilidad del estresor. También se ha prestado atención a otras variables que podemos conceptualizar como estilos (rasgos) de personalidad y de afrontamiento. Algunos autores les atribuyen un especial interés, ya que algunas enfermedades inmunológicas se caracterizan precisamente por su desarrollo lento o cronicidad. En este sentido, McClelland ha elaborado el concepto de "*motivación de poder*" (**power motivation**) para referirse a una variable de personalidad que se asocia a una alta frecuencia de enfermedades (McClelland, 1989) y, como trataremos de ver seguidamente, una función inmune deprimida. Una fuerte motivación de poder indica una necesidad de influenciar a los demás, superior a la necesidad de relacionarse con ellos (**affiliation motivation**). Una motivación de poder inhibida (**inhibited power motivation**) se caracteriza, en cambio, por una autorestricción o inhibición de la actividad. McClelland, Alexander y Marks (1982) estudiaron retrospectivamente una población de prisioneros, encontrando que aquéllos con altos niveles de estrés vital y una necesidad de poder tenían concentraciones más bajas de IgA e informaban de una frecuencia de enfermedades más alta. En otro estudio, los estudiantes universitarios con estrés por los logros y una motivación de poder inhibida segregaban más adrenalina salival durante la ejecución de una tarea

estresante, tenían concentraciones más bajas de IgA e informaban de una mayor frecuencia de enfermedades (McClelland, Floor, Davidson y Saron, 1980). Jemmott III et al. (1983) han estudiado los efectos interactivos del estrés académico y una motivación de poder inhibida en la tasa de secreción salival de IgA en estudiantes de odontología. Para ello miden el estrés y la tasa de secreción de IgA en cinco ocasiones a lo largo del año académico. Durante los períodos estresantes hay una reducción de la secreción media de IgA. La magnitud de las reducciones de la IgA salival correlaciona con las puntuaciones del estrés percibido por los estudiantes en el ambiente académico. Las tasas de secreción de IgA de los estudiantes con una motivación de relación más fuerte eran más altas. En cambio, los estudiantes con una motivación de poder inhibida no mostraban una recuperación tras los períodos de estrés. Posteriormente, Jemmott III y Magloire (1988) han encontrado resultados similares dentro de un período de tiempo de tres semanas, excluyendo así la posibilidad de variaciones estacionales como explicación de los efectos descritos. Este último trabajo pone también de manifiesto que los estudiantes que manifiestan un mayor soporte social antes del período de exámenes muestran niveles de IgA más altos que sus compañeros. En otro trabajo, McClelland, Ross y Patel (1985) encuentran que los estudiantes con más motivación de poder que de relación tienen niveles de IgA más bajos 1 h 45 min después de un examen, en comparación con los estudiantes con más motivación de relación que de poder, así como niveles más bajos en comparación con sus propios niveles basales. Finalmente, en otra investigación, McClelland y Kirshnit (1989) dividen los sujetos en dos grupos, a cada uno de los cuales proyectan una filmación diferente: a) una película producida originalmente para justificar la entrada de las tropas norteamericanas en la Segunda Guerra Mundial, en la cual los temas principales son el dominio y la agresión y que va dirigida a hacer surgir los motivos de poder; y b) una filmación de la Madre Teresa ayudando a los pobres y enfermos de la India, que intenta hacer surgir los motivos de relación y solidaridad. Esta última película produjo incrementos de IgA salival en todos los sujetos; en cambio, la primera película sólo produjo disminuciones en la IgA salival en los sujetos con una alta motivación de poder.

Stone, Cox, Valdimarsdottir y Neale (1987) y Stone, Cox, Valdimarsdottir, Indorf y Neale (1987) han criticado el uso de la IgA salival en la investigación psiconeuroinmunológica, y recomiendan medir los anticuerpos IgA específicos al antígeno producidos en respuesta a la estimulación con albúmina de conejo, medida que utilizan en sus trabajos. Jemmott III y McClelland (1989) han contestado a las críticas anteriores, de manera que la polémica permanece abierta en la actualidad.

Jemmott III, Hellman, McClelland, Locke, Kraus, Williams y Valeri (1990) han empezado a estudiar recientemente los efectos de las variables motivacionales en el número y actividad de las células Nk. Los estudiantes universitarios con más estrés y más fuerte motivación de poder presentan menor actividad de las células NK que sus compañeros; la mayor actividad NK corresponde a los estudiantes con menos estrés y mayor motivación de relación. Estos resultados han sido replicados en hombres sanos de unos 30 años y en miembros de una organización para el mantenimiento de la salud. Los resultados en este último grupo, sin embargo, son ligeramente discrepantes: el grupo estresado con motivación de poder tiene una actividad de las células NK marginalmente inferior ($p < .06$), pero el grupo no estresado con motivación de relación no muestra una actividad NK incrementada (Jemmott III et al., 1990).

Otro constructo psicológico que ha sido empezado a estudiar por la literatura psiconeuroinmunológica es el **locus of control**. El **locus of control** es el grado en que una persona cree que los resultados están bajo su propio control (interno) o el control de otros o del ambiente (externo). Kubitz, Peavey y Moore (1986) han estudiado las relaciones entre el **locus of control** referido a resultados de salud, el estrés producido por los **daily-hassles** ("*ajetresos cotidianos*") y los niveles de IgA salival. Estos autores no encuentran relación entre los **daily-hassles** y la IgA salival. En cambio, obtienen una correlación inversa entre el **locus of control** interno y la IgA salival; es decir, una creencia más fuerte en la propia capacidad para controlar los resultados de salud se asociaba a una menor inmunocompetencia, un resultado en principio sorprendente. No obstante, se obtenía también una interacción entre **locus of control** y estrés: los sujetos con una alta internalidad y alto estrés tenían niveles de IgA salival inferiores a los de aquéllos con una alta internalidad pero bajo estrés. Los autores concluyen que los efectos del estrés pueden ser potenciados por la creencia que uno mismo es responsable de los resultados.

En una muestra geriátrica, Rodin (1988) ha observado que aquellos sujetos con cocientes T4:T8 situados en el cuartil inferior tienden a atribuir los acontecimientos negativos a aspectos de ellos mismos que son estables y que probablemente afectan a muchas cosas, un estilo atribucional que ha sido asociado al desarrollo de depresión (Seligman, Abramson, Semmel y von Baeyer, 1979).

La personalidad "*dura*" o "*resistente*" (**hardiness**) (Kobasa, 1979; Kobasa, Maddi y Kahn, 1982) se caracteriza por: a) la creencia de que uno mismo posee control sobre los resultados; b) un alto grado de compromiso; y c) el sentimiento de que el cambio es desafiante. Solomon, Fiatarone, Benton, Morley, Bloom y Makinodan (1988) han encontrado, en un grupo de personas sanas de 65-89 años de edad, una correlación positiva significativa entre esta variable psicoló-

gica y la actividad, estimulada con beta-endorfina, de las células NK. No obstante, este resultado no ha podido ser replicado en un seguimiento efectuado a los seis meses (Solomon, 1988). Esta inconsistencia podría ser explicada por los bajos niveles de **distress** manifestados por los sujetos.

Jamner, Schwartz y Leigh (1988) han estudiado el estilo de afrontamiento (**coping**) represivo, caracterizado por la falta de atención y el olvido de los elementos amenazantes. En una muestra de 312 sujetos, lo encuentran asociado a menores contajes de monocitos y mayores de eosinófilos. Los menores contajes de monocitos podrían ser interpretados, según los autores, como indicadores de un impedimento inmunitario. Brown et al. (1989), por su parte, encuentran, coherentemente, una relación entre el estilo de afrontamiento represivo y una respuesta reducida a los mitógenos Con A y PHA en una población geriátrica. Este resultado tiene una significación particular, ya que el 50 % de los sujetos mostraban este patrón. En un trabajo de metodología confusa, Biondi, Conti, Pancheri, Segá y Segá (1981) sugieren que, en la situación de espera de una intervención quirúrgica, una reacción emocional abierta se asocia a un estado normal de reactividad inmunológica, mientras que una supresión de la reactividad emocional (patrón de represión-negación) se asociaría a una inmunohipoactividad. De hecho, la expresión emocional como estilo de afrontamiento bajo la influencia de acontecimientos vitales estresantes ha sido relacionada con la respuesta de anticuerpos. Así, Pettingale, Greer y Tee (1977) observan niveles altos de IgA en suero en mujeres con valores elevados de supresión de la cólera mientras esperaban que se les practicase una biopsia de cáncer. Esta relación era independiente de que el diagnóstico final fuese benigno o maligno. Por otro lado, en el trabajo más arriba citado, Brown et al. (1989) encuentran una asociación entre un mayor control de la cólera, y menos ansiedad, y la producción de IFN-g por linfocitos estimulados.

Si con anterioridad hemos señalado que se ha encontrado una relación entre el número de acontecimientos vitales estresantes informados y la actividad de las células NK, ahora podemos añadir que esta relación parece ser modulada por la capacidad de afrontar dichos acontecimientos: así, los estudiantes universitarios con alto estrés valorados según el cuestionario **Minnesota Multiphasic Personality Inventory** (MMPI) como "*pobres afrontadores*" de los hechos vitales muestran una actividad de las células NK significativamente disminuida (Locke, Kraus, Leserman, Hurst, Heisel y Williams, 1984). Finalmente, veíamos también con anterioridad que la soledad, como estresor crónico ligado a las relaciones interpersonales, puede ir asociada a una inmunocompetencia comprometida. De forma interesante, Thomas, Goodwin y Goodwin (1985) han encontrado, en 256 sujetos geriátricos sanos, una relación

en este caso positiva entre soporte social ("*relaciones confidenciales satisfactorias*"), y números de linfocitos y respuesta a la PHA, aunque la relación sólo era significativa en las mujeres.

En resumen, los trabajos revisados indican que variables psicológicas cognitivo-conductuales (autoeficacia, controlabilidad), relacionadas con estilos de personalidad (motivación de poder, **locus of control**, estilo atribucional, **hardiness**) y de afrontamiento (**coping** represivo, supresión de la cólera), o los mismos recursos de afrontamiento disponibles (por ejemplo, soporte social), pueden modular los efectos de los estresores en la función inmune.

CONCLUSIONES

Los datos revisados a lo largo del presente trabajo permiten establecer las siguientes conclusiones:

1. Los estresores agudos "*psicológicos*", incluyendo tanto los acontecimientos vitales altamente estresantes (por ejemplo, pérdida del cónyuge) como los acontecimientos estresantes menores (por ejemplo, exámenes académicos), se asocian a una reducción de la capacidad funcional del sistema inmune, con efectos como: una disminución de la respuesta proliferativa de los linfocitos T y B, una reducción del porcentaje y actividad de las células NK, una menor producción de diversas interleucinas (como el interferón) y elevados títulos de anticuerpos a los virus herpes latentes.

2. Los efectos inmunosupresores se prolongan bajo la influencia de estresores crónicos (por ejemplo, paro laboral).

3. En principio, estos efectos deberían suponer un incremento de la vulnerabilidad del organismo a las enfermedades de implicación inmunológica, cuestión que deberán abordar empíricamente las futuras investigaciones psiconeuroinmunológicas.

4. El impacto de los acontecimientos y situaciones estresantes sobre la función inmune es mediado por factores psicológicos. Hasta el momento, se ha puesto de manifiesto el papel modulador de variables cognitivo-conductuales (por ejemplo, controlabilidad del estresor), estilos de personalidad (por ejemplo, motivación de poder), estilos de afrontamiento (por ejemplo, **coping** represivo) y de los recursos de afrontamiento disponibles (por ejemplo, soporte social).

REFERENCIAS

Ader R, Felten DL, Cohen N, (Eds.). *Psychoneuroimmunology* (2ª ed.). San Diego: Academic, 1991.

Arnetz BB, Wasserman J, Petrini B, Brenner SO, Levi L, Eneroth P, Salovaara H, Hjelm R, Salovaara L, Theorell T, Petterson IL. Immune function in unemployed women. *Psychosom Med* 1987, 49, 3-12.

Bartrop RW, Lazarus L, Luckhurst E, Kiloh LG, Penny R. Depressed lymphocyte function after bereavement. *Lancet* 1977, i, 834-6.

Baum A, Schaeffer MA, Lake CR, Fleming R, Collins DL. Psychological and endocrinological correlates of chronic stress at Three Mile Island. En: R Williams, (editor). *Perspectives on behavioral medicine* (Vol. 2, pp. 201-17). San Diego: Academic, 1985.

Biondi M, Conti C, Pancheri P, Segal FM, Segal E. Reattività emozionale e reattività immunitaria: Studio preliminare in pazienti in situazione di stress pre-chirurgico. *Rivista di Psichiatria* 1981, 16, 378-94.

Bloom BR, Asher SJ, White SW. Marital disruption as a stressor: A review and analysis. *Psychol Bull* 1976, 85, 867-94.

Borràs FX. *Estrès i sistema immunitari* [trabajo de investigación de pregrado no publicado]. Universitat Autònoma de Barcelona, Bellaterra, Barcelona, 1989.

Borràs FX. Los parámetros inmunológicos como variable dependiente en el estudio de los procesos de adaptación. *II Congreso del Colegio Oficial de Psicólogos. Comunicaciones. Area 5: Psicología y Salud: Psicología de la Salud*. Valencia: Colegio Oficial de Psicólogos, 1990.

Borràs FX. Evaluación de la influencia del estrés a través de pruebas inmunológicas. *III Congreso de Evaluación Psicológica*. Sant Sadurní d'Anoia, Barcelona: Sociedad Española de Evaluación Psicológica, 1991a.

Borràs FX. *Modulació psicològica de la funció immune* [tesis doctoral no publicada]. Universitat Autònoma de Barcelona, Bellaterra, Barcelona, 1991b.

- Borràs FX. *Condicionamiento clásico de las respuestas inmunológicas* [manuscrito sometido para publicación]. 1992.
- Borràs FX, Casas JM, Roldán RM, Bayés R, Cuchillo CM. Estrés y estimulabilidad linfocitaria. *Psiquis* 1988, 9, 360-5.
- Brenner MH. Mortality and the national economy. *Lancet* 1979, ii, 568-73.
- Brown S, O'Leary A, Murasko DM. Psychosocial correlates of immune function in a healthy elderly cohort. *10th Annual Meeting of the Society of Behavioral Medicine*. San Francisco, California, Estados Unidos. Abril 1989.
- Cohen JJ. Immunity and behavior. *J Allergy Clin Immunol* 1987, 79, 2-5.
- Dorian BJ, Garfinkel PE, Brown GM, Shore A, Gladman D, Keystone E. Aberrations in lymphocyte subpopulations and functions during psychological stress. *Clin Exp Immunol* 1982, 50, 132-8.
- Fischer CL, Daniels JC, Levin SL, Kimzey SL, Kobb EK, Ritzman WE. Effects of the spaceflight environment on man's immune system: II. Lymphocyte counts and reactivity. *Aerospace Medicine* 1972, 43, 1122-5.
- Glaser R, Kiecolt-Glaser JK, Speicher CE, Holliday JE. Stress, loneliness, and changes in herpesvirus latency. *J Behav Med* 1985, 8, 249-60.
- Glaser R, Kiecolt-Glaser JK, Stout JC, Tarr KL, Speicher CE, Holliday JE. Stress-related impairments in cellular immunity. *Psychiatry Res* 1985, 16, 233-9.
- Glaser R, Rice J, Sheridan J, Fertel R, Stout J, Speicher C, Pinsky D, Kotur M, Post A, Beck M, Kiecolt-Glaser JK. Stress-related immune suppression: Health implications. *Brain, Behavior, and Immunity* 1987, 1, 7-20.
- Glaser R, Rice J, Speicher CE, Stout JC, Kiecolt-Glaser JK. Stress depresses interferon production by leukocytes concomitant with a decrease in natural killer cell activity. *Behav Neurosci* 1986, 100, 675-8.
- Greene WA, Betts RF, Ochitill HN, Iker HP, Douglas RG. Psychosocial factors and immunity: Preliminary report. *Psychosom Med* 1978, 40 [resumen].

Holmes TH, Hawkins NG, Bowerman CE, Clarke ER, Joffe JR. Psychosocial and physiological studies of tuberculosis. *Psychosom Med* 1957, 19, 134-43.

House JS, Landis KR, Umberson D. Social relationships and health. *Science* 1988, 241, 540-5.

Irwin M, Daniels M, Bloom E, Smith TL, Weiner H. Life events, depressive symptoms, and immune function. *Am J Psychiatry* 1987, 144, 437-41.

Irwin M, Daniels M, Smith TL, Bloom E, Weiner H. Impaired natural killer cell activity during bereavement. *Brain, Behavior, and Immunity* 1987, 1, 98-104.

Jacobs S, Ostfeld A. An epidemiological review of bereavement. *Psychosom Med* 1977, 39, 344-57.

Jamner LD, Schwartz GE, Leigh H. The relationship between repressive and defensive coping styles and monocyte, eosinophile, and serum glucose levels: Support for the opioid peptide hypothesis of repression. *Psychosom Med* 1988, 50, 567-75.

Jemmott JB III, Magloire K. Academic stress, social support, and secretory immunoglobulin A. *J Pers Soc Psychol* 1988, 55, 803-10.

Jemmott JB III, McClelland DC. Secretory IgA as a measure of resistance to infectious disease: Comments on Stone, Cox, Valdimarsdottir, & Neale (1987). *Behav Med* 1989, 15, 63-70.

Jemmott JB III, Borysenko JZ, Borysenko M, McClelland DC, Chapman R, Meyer D, Benson H. Academic stress, power motivation, and decrease in secretion rate of salivary secretory immunoglobulin A. *Lancet* 1983, i, 1400-2.

Jemmott JB III, Hellman C, McClelland DC, Locke SE, Kraus L, Williams RM, Valeri CR. Motivational syndromes associated with natural killer cell activity. *J Behav Med* 1990, 13, 53-73.

Johnston M. Pre-operative emotional states and post-operative recovery. En: FG Guggenheim, (editor). *Advances in psychosomatic medicine: Vol. 15. Psychological aspects of surgery* (pp. 1-22). Basilea: Karger, 1986.

- Johnston M. Impeding surgery. En: S Fisher, J Reason, (editores). *Handbook of life stress, cognition and health* (pp. 79-100). Colchester: Wiley, 1988.
- Kaprio J, Koskenvuo M, Rita H. Mortality after bereavement: A prospective study of 95,647 widowed persons. *Am J Public Health* 1987, 77, 283-7.
- Kiecolt-Glaser JK, Glaser R. Methodological issues in behavioral immunology research with humans. *Brain, Behavior, and Immunity* 1988a, 2, 67-78.
- Kiecolt-Glaser JK, Glaser R. Psychological influences on immunity. Implications for AIDS. *Am Psychol* 1988b, 43, 892-8.
- Kiecolt-Glaser JK, Glaser R. Stress and immune function in humans. En: *Psychoneuroimmunology* (2ª ed., pp. 849-867). San Diego: Academic 1991.
- Kiecolt-Glaser JK, Garner W, Speicher CE, Penn GM, Holliday J, Glaser R. Psychosocial modifiers of immunocompetence in medical students. *Psychosom Med* 1984, 46, 7-14.
- Kiecolt-Glaser JK, Ricker D, George J, Messick G, Speicher CE, Garner W, Glaser R. Urinary cortisol levels, cellular immunocompetency, and loneliness in psychiatric inpatients. *Psychosom Med* 1984, 46, 15-23.
- Kiecolt-Glaser JK, Glaser R, Strain EC, Stout JC, Tarr KL, Holliday JE, Speicher CE. Modulation of cellular immunity in medical students. *J Behav Med* 1986, 9, 5-21.
- Kiecolt-Glaser JK, Fisher LD, Ogrocki P, Stout JC, Speicher CE, Glaser R. Marital quality, marital disruption, and immune function. *Psychosom Med* 1987, 49, 13-34.
- Kiecolt-Glaser JK, Glaser R, Shuttleworth EC, Dyer CS, Ogrocki P, Speicher CE. Chronic stress and immunity in family caregivers of Alzheimer's disease victims. *Psychosom Med* 1987, 49, 523-35.
- Kiecolt-Glaser JK, Kennedy S, Malkoff S, Fisher L, Speicher CE, Glaser R. Marital discord and immunity in males. *Psychosom Med* 1988, 50, 213-29.
- Kimzey SL. The effects of extended spaceflight on hematologic and immunologic systems. *J Am Med Assoc* 1975, 30, 218-32.

- Kimzey SL, Johnson PC, Ritzman SE, Mengel CE. Hematology and immunology studies: The second manned Skylab mission. *Aviat Space Environ Med* 1976, 47, 383-90.
- Kobasa SC. Stressful life events, personality, and health: An inquiry into hardiness. *J Pers Soc Psychol* 1979, 37, 1-11.
- Kobasa SC, Maddi SR, Kahn S. Hardiness and health: A prospective study. *J Pers Soc Psychol* 1982, 42, 168-77.
- Kubitz KA, Peavey BS, Moore BS. The effect of daily hassles on humoral immunity: An interaction moderated by locus of control. *Biofeedback Self Regul* 1986, 11, 115-23.
- Linn BS, Linn MW, Klimas N. Effects of psychophysical stress on surgical outcome. *Psychosom Med* 1988a, 50, 230-44.
- Linn BS, Linn MW, Klimas N. Impact of preoperative stress on immune function and surgical outcomes in head and neck cancer patients. *Psychosom Med* 1988b, 50, 201.
- Locke SE. Stress, adaptation, and immunity: Studies in humans. *Gen Hosp Psychiatry* 1982, 4, 49-58.
- Locke SE, Heisel JS. The influence of stress and emotions on the human immune response. *Biofeedback Self Regul* 1977, 2 [resumen].
- Locke SE, Kraus L, Leserman J, Hurst MW, Heisel JS, Williams RM. Life change stress, psychiatric symptoms, and natural killer cell activity. *Psychosom Med* 1984, 46, 441-53.
- Maddison D, Viola A. The health of widows in the year following bereavement. *J Psychosom Res* 1968, 12, 297-306.
- McKinnon W, Weisse CS, Reynolds CP, Bowles CA, Baum A. Chronic stress, leukocyte subpopulations, and humoral immune response to latent viruses. *Health Psychol* 1989, 8, 389-402.
- McClelland DC. Motivational factors in health and disease. *Am Psychol* 1989, 44, 675-683.

- McClelland DC, Alexander C, Marks E. The need for power, stress, immune function, and illness among male prisoners. *J Abnorm Psychol* 1982, 91, 61-70.
- McClelland DC, Floor E, Davidson RJ, Saron C. Stressed power motivation, sympathetic activation, immune function, and illness. *Journal of Human Stress* 1980, 6, 11-9.
- McClelland DC, Kirshnit C. The effect of motivational arousal through films on salivary immunoglobulin A. *Psychology and Health* 1989, 2, 31-52.
- McClelland DC, Ross G, Patel V. The effect of an academic examination on salivary norepinephrine and immunoglobulin levels. *Journal of Human Stress* 1985, 11, 52-9.
- Moix J. *Influencia de la evaluación cognitiva y las estrategias de afrontamiento en la ansiedad: su valoración en pacientes quirúrgicos* [tesis doctoral no publicada]. Universitat Autònoma de Barcelona, Bellaterra, Barcelona, 1990a.
- Moix J. Incidencia de la ansiedad prequirúrgica en la recuperación postquirúrgica. II Congreso del Colegio Oficial de Psicólogos. Comunicaciones. Área 5': *Psicología y Salud: Psicología de la Salud*. Valencia: Colegio Oficial de Psicólogos, 1990b.
- Monjan AA, Collector MI. Stress-induced modulation of the immune response. *Science* 1977, 196, 307-8.
- O'Leary A. Stress, emotion, and human immune function. *Psychol Bull* 1990, 108, 363-82.
- Palmblad J. Stress and immunologic competence: Studies in man. En: R Ader, (editor). *Psychoneuroimmunology* (pp. 229-257). Nueva York: Academic, 1981.
- Palmblad J, Cantell K, Strander H, Fröberg J, Karlsson CG, Levi L, Granström M, Unger P. Stressor exposure and immunological response in man: Interferon-producing capacity and phagocytosis. *J Psychosom Res* 1976, 20, 193-9.
- Palmblad J, Karlsson CG, Levi L, Lidberg. The erythrocyte sedimentation rate and stress. *Acta Medica Scandinavica* 1979, 205, 517-20.

Palmlad J, Petrini B, Wasserman J, Akerstedt T. Lymphocyte and granulocyte reactions during sleep deprivation. *Psychosom Med* 1979, 41, 273-8.

Parkes CM, Brown RJ. Health after bereavement: A controlled study of young Boston widows and widowers. *Psychosom Med* 1972, 34, 449-61.

Pettingale KW, Greer S, Tee DE. Serum IgA and emotional expression in breast cancer patients. *J Psychosom Res* 1977, 21, 395-9.

Renne KS. Health and marital experience in an urban population. *Journal of Marriage and the Family* 1971, 23, 338-50.

Rodin J. Control, health, and aging. *Ninth Annual Meeting of the Society of Behavioral Medicine*. Boston, Massachusetts, Estados Unidos. Abril 1988.

Rodríguez-Marín J, López S, Pastor MA. Coping style, psychological effects of hospitalization, and surgical recovery. *Third European Conference of Health Psychology*. Utrecht, Países Bajos. Junio 1989.

Roessler R, Cato TR, Lester JW, Couch RB. Ego strength, life events, and antibody titer. *Annual Meeting of the American Psychosomatic Society*. Dallas, Texas, Estados Unidos, 1979.

Roitt I, Brostoff J, Male D. *Immunology* (2ª ed.). Saint Louis: Mosby, 1986.

Schleifer SJ, Keller SE, Camerino M, Thornton JC, Stein M. Suppression of lymphocyte stimulation following bereavement. *JAMA* 1983, 250, 374-7.

Seligman MEP, Abramson LV, Semmel A, von Baeyer C. Depressive attributional style. *J Abnorm Psychol* 1979, 88, 242-7.

Solomon GF. Mental health, physical health, and immune function in the elderly. *Metropolitan Conference on Psychoimmunology: Clinical implications*. University of Medicine and Dentistry of New Jersey, Newark, Nueva Jersey, Estados Unidos. Octubre 1988.

Solomon GF, Fiatarone MA, Benton D, Morley JE, Bloom E, Makinodan T. Psychoimmunologic and endorphin function in the aged. *Ann N Y Acad Sci* 1988, 521, 43-58.

Somers AR. Marital status, health and use of health services. *JAMA* 1979, 241, 1818-22.

Stone AA, Cox DS, Valdimarsdottir H, Jandorf L, Neale JM. Evidence that secretory IgA antibody is associated with daily mood. *J Pers Soc Psychol* 1987, 52, 988-93.

Stone AA, Cox DS, Valdimarsdottir H, Neale JM. Secretory IgA as a measure of immunocompetence. *Journal of Human Stress* 1987, 13, 136-40.

Thomas PD, Goodwin JM, Goodwin JS. Effect of social support on stress-related changes in cholesterol level, uric acid level, and immune function in an elderly sample. *Am J Psychiatry* 1985, 142, 735-7.

Wallace LM. Pre-operative state anxiety as a mediator of psychological adjustment to and recovery from surgery. *Br J Med Psychol* 1986, 59, 253-61.

Weisse CS, Pato CN, McAllister CG, Littman R, Breier A, Paul SM, Baum A. Differential effects of controllable and uncontrollable acute stress on lymphocyte proliferation and leukocyte percentages in humans. *Brain, Behavior, and Immunity* 1990, 4, 339-351.

Wiedenfeld SA, O'Leary A, Bandura A, Brown S, Levine S, Raska K. Impact of perceived self-efficacy in coping with stressors on components of the immune system. *J Pers Soc Psychol* 1990, 59, 1082-94.

NOTAS:

Este trabajo ha sido realizado, en parte, gracias a las ayudas PB89-0312 de la DGICYT del Ministerio de Educación y Ciencia, y AR89 de la CIRIT de la Generalitat de Catalunya.

EVALUACIÓN DEL AFRONTAMIENTO DEL ESTRÉS: PROPIEDADES PSICOMÉTRICAS DEL CUESTIONARIO DE FORMAS DE AFRONTAMIENTO DE ACONTECIMIENTOS ESTRESANTES

Jesús Rodríguez-Marín, M. Carmen Terol, Sofía López-Roig
y María A. Pastor.

*Departamento de Psicología de la Salud.
Universidad de Alicante.*

RESUMEN

El objetivo de este trabajo ha sido la elaboración de un Cuestionario de Formas de Afrontamiento (C.E.A.) adaptado para población española, determinar su estructura factorial, y analizar sus propiedades psicométricas. El CEA se ha construido a partir de las revisiones del W.C.C.L. (Ways of Coping Checklist) llevadas a cabo por Folkman y Lazarus (1980, 1985), Folkman y cols (1986), y Vitaliano y cols. (1985). Hemos estudiado la fiabilidad y validez de este cuestionario en una muestra de 384 sujetos. La fiabilidad test-retest se ha estudiado en una submuestra de 163 sujetos con unas resultados moderados (r media: .60). La consistencia interna de todas las escalas ha mostrado un coeficiente también moderado pero satisfactorio (alfa media: .58). Los análisis de ítems, subescalas y puntuaciones totales del CEA sugieren una buena fiabilidad. La validez se ha establecido mediante correlaciones de los diferentes factores del CEA con otras medidas de variables teóricamente conectadas. Los análisis nos permiten hablar de una validez convergente, y discriminante, bastante aceptable. La estructura del instrumento fue establecida mediante análisis factorial, que nos ha permitido establecer 11 subescalas representativas de diferentes formas de afrontamiento, teóricamente coherentes e intuitivamente aceptables. El CEA se ha mostrado como un instrumento útil para evaluar las

formas de afrontar el estrés en una población general, aunque, ciertamente, se precisa más investigación sobre la evaluación del afrontamiento ante situaciones concretas y ante problemas estresantes concretos.

Palabras clave: Afrontamiento, estrés, evaluación.

ABSTRACT

This paper has evaluated the psychometric properties of the Coping Strategies Questionnaire (C.S.Q.), an instrument (50 items) designed to assess the ways of coping with stressful situations. The reliability and validity of the CSQ were studied in a sample of 384 subjects. The test-retest reliability were studied in a sample of 163 subjects and results show a moderate correlations (mean corr.: .60). Internal consistency of all the scales was high (mean alpha: .58). Analyses of items, subscales and total CSQ score suggest also excellent reliability. The pattern of correlations of the CSQ with other measures (neuroticism, extraversion and locus of control) provided preliminary evidence of discriminant and convergent validity. The substructure of the instrument was investigated using factor-analysis techniques. The CSQ was factored into 11 useful subscales referred to several coping strategies: *Count your blessing*, *Wishful thinking*, *Positives thinking*, *Seek social support*, *Problem avoidance*, *Seek solutions*, *Blamed yourself*, *Blamed others*, *Repressed emotional*, *Resignation* and *Religiosity*. The CSQ appears to have sound psychometrics properties and fills a gap in the assessment of stressful events for both clinical and research purposes in the health psychology field. At present we are making applications and adaptations of the CSQ to cancer and chronic pain patients in a research program concerning quality of life.

Key words: Coping, stress, assessment.

INTRODUCCION

La medida del afrontamiento es difícil y se ha abordado desde distintas perspectivas. La utilización diferencial de uno u otro tipo de método de evaluación ha venido determinada por las distintas conceptualizaciones que han dominado la teoría del afrontamiento y, por tanto, su medición. La mayoría de las investigaciones sobre afrontamiento realizadas hasta comienzos de los setenta insistieron en los rasgos o estilos globales de afrontamiento que determinarían

la actuación de un sujeto ante las distintas situaciones estresantes. Este tipo de técnicas fueron más utilizadas por los investigadores de la personalidad que evaluaron el afrontamiento desde dimensiones bipolares, y utilizaron instrumentos de medida que simplemente permitían dividir a los sujetos en dos grupos presumiblemente opuestos: aproximadores o evitadores (Weiner, Carpenter y Carpenter, 1956; Goldstein, 1959).

A comienzos de los setenta, Lazarus y sus colaboradores (Lazarus, 1966; Lazarus y Launier, 1978; Lazarus, Kanner, y Folkman, 1980; Lazarus, 1983; Lazarus, 1984; Lazarus y Folkman, 1984) comenzaron a diseñar una teoría diferente del afrontamiento introduciendo la consideración de los aspectos cognitivos y una definición del estrés como resultado de una valoración del sujeto respecto de la presencia o ausencia de equilibrio entre sus recursos y las demandas del acontecimiento. Su teoría ha recibido el nombre de "*Modelo transaccional del estrés y del afrontamiento*". El "*Modelo Transaccional del estrés y afrontamiento*" (Lazarus y Folkman, 1984), define dicho concepto como "*aque- llos esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas externas o internas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo*". La evaluación del afrontamiento siguiendo esta perspectiva, debe tomar en cuenta pensamientos, sentimientos, y actos específicos, examinados en un contexto concreto, de modo que puedan observarse los cambios en función de las demandas y evaluaciones del entorno. La técnica de evaluación mediante autoinforme, propuesta por los autores mencionados, permite, de una forma práctica, económica, y fácilmente cuantificable, obtener la información concreta que se precise acerca de las formas de afrontamiento que utiliza un sujeto. Además, la utilización de autoinformes, permite la replicación de los datos, y la obtención de regularidades con base empírica contrastables con el modelo teórico propuesto desde esta perspectiva. Asumiendo esta línea teórica, el objetivo de este trabajo ha sido elaborar un cuestionario de evaluación de las formas de afrontamiento adaptado a una población española, partiendo de las diferentes versiones del instrumento creado por Lazarus y sus diferentes colaboradores.

El instrumento original **Ways of Coping Checklist (W.C.C.L.)** se construyó sobre la base de los análisis realizados en el marco del **Berkeley and Coping Project (1976-77)**, de los estudios teóricos de Lazarus en 1966 y Lazarus y Launier en 1978, de las referencias de algunos estudios sobre afrontamiento (Mechanic, 1962; Sidle, Moos, Adams, y Cady, 1969; Weisman y Worden, 1976-77) y de las sugerencias del equipo investigador. Así se construyó un primer listado de 68 items sobre modos de afrontamiento. Los items se establecieron a partir de conductas de afrontamiento defensivo, búsqueda de información, resolución

de problemas, inhibición de la acción, actuación directa sobre el problema y pensamiento mágico. Cada ítem se clasificó, usando procedimientos racionales y empíricos, como centrado en la emoción (esfuerzos que realiza el sujeto, para manejar o regular sus emociones) o en el problema (esfuerzos que realiza el sujeto para manejar o alterar el problema de la relación persona-ambiente, que es la fuente de estrés).

En un estudio piloto, se aplicó este listado de estrategias a 100 sujetos que respondían "Si" o "No" a la utilización de cada una de ellas ante un suceso estresante específico. Los resultados demostraron que habían utilizado los dos tipos de estrategias en prácticamente todas las situaciones estresantes. Aldwin y cols. (1980), usando un Análisis de Componentes Principales con rotación Varimax, obtuvieron siete factores: uno que correspondía a una forma de afrontamiento centrada en el problema, cinco correspondientes a formas de afrontamiento centradas en la emoción y uno mixto que contenía una mezcla de ítems referidos a la emoción y al problema. La forma resultante del W.C.C.L. incluía, así, siete escalas: "*Atención al problema*", "*Pensamiento desiderativo*", "*Desarrollo personal*", "*Minimización de la amenaza*", "*Búsqueda de Apoyo Social*", "*Autoculpación*", y una "*Escala Mixta*" que incluye una mezcla de estrategias centradas en la emoción (del tipo evitativo) y centradas en el problema (del tipo búsqueda de información) (Lazarus y Folkman, 1986).

El siguiente paso en la revisión del cuestionario consistió en modificar algunos ítems, suprimir aquellos que resultaban repetitivos, e incluir ítems nuevos relacionados con el recurso a la religión. La versión resultante del Cuestionario constó de 66 ítems, a los que se le cambió además el formato de respuesta por una escala tipo Likert de 4 puntos, (0: Nunca lo hago o no la utilizo; 1: Alguna vez la utilizo; 2: La utilizo bastante a menudo; 3: La utilizo casi siempre). Esta nueva versión revisada del W.C.C.L., se denominó **Ways of Coping Questionnaire** (W.O.C.Q.), y fue publicada por Lazarus y Folkman en 1985 (Folkman y Lazarus, 1985). El nuevo cuestionario se aplicó a una muestra de 108 estudiantes que lo completaron en tres ocasiones: 1) antes de un examen; 2) después de realizar el examen, y antes de conocer los resultados; y 3) después de saber los resultados. Los sujetos informaban de las estrategias utilizadas en cada una de las tres situaciones.

A partir de los resultados obtenidos en este trabajo, los autores decidieron eliminar 9 ítems que presentaban elevados índices de asimetría. Con los 57 ítems restantes, realizando un análisis factorial con rotación oblicua, obtuvieron 6 factores y 15 ítems que fueron eliminados al no poder adscribirse a ningún factor por su baja carga factorial. De los seis factores, en uno de ellos se distinguían tres grupos de ítems especialmente centrados en la emoción por lo que

sus autores optaron por establecer ocho escalas: 1 de afrontamiento centrado en el problema ("*Atención al problema*"), 6 de afrontamiento centrado en la emoción ("*Pensamiento desiderativo*", "*Distanciamiento*", "*Enfatizar lo positivo*", "*Autoculpación*", "*Tensión-Reducción*" y "*Aislamiento*"), y una Escala mixta ("*Búsqueda de Apoyo Social*").

Por su parte, Vitaliano y sus colaboradores (1985) se plantearon la revisión de las propiedades psicométricas del W.C.C.L. tal como había aparecido en el trabajo de Aldwin y cols. (1980) y propusieron nuevos factores con distintas agrupaciones de ítems. Utilizando una muestra de: 83 pacientes "*externos*" de un Psiquiátrico, 62 esposas de pacientes con enfermedad de Alzheimer, y 425 estudiantes de curso de Medicina, realizaron un Análisis de componentes principales, con rotación VARIMAX, y obtuvieron 6 factores que se redujeron a 5 escalas: "*Atención al problema*", "*Autoculpación*", "*Pensamiento desiderativo*", "*Búsqueda de Apoyo Social*", y la escala de "*Evitación*". Esta última contiene ítems que aunque cargaban en el factor 2 se decidió agruparlos en una escala distinta. De los seis factores, los ítems que cargaron en el factor 5 sólo fueron 4, y, como sólo explicaban el 4% de la varianza, los autores decidieron no agruparlos como escala. Los ítems del factor 6 como también tuvieron una carga alta en el factor 1, se sumaron a él.

Vitaliano realizó posteriormente nuevas revisiones del instrumento e incluyó 3 nuevas escalas ("*Minimización de la amenaza*", "*Culpación de Otros*" y "*Contabilización de Ventajas*"), además de una "*Escala de Apreciación de Estrés*". Esta nueva información aparece en el **Manual for Revised Ways of Coping Checklist**, que obtuvimos por cortesía del Prof. Vitaliano. En una segunda revisión presentada por Vitaliano en su **ADS and W.C.C.L. Manual**, eliminó la escala de "*Minimización de la amenaza*" y en su lugar incluye una escala nueva que denomina "*Religiosidad*". Además, presentó 6 subescalas de la "*Escala de Apreciación de Estrés*". La información relativa a la construcción de estas escalas y sus propiedades psicométricas no ha sido detallada explícitamente en dichos manuales. A pesar de ello, la hemos tenido en cuenta.

Tras la revisión realizada por Vitaliano y cols. (1985), Folkman y cols. (1986) se plantearon la reelaboración del instrumento y la explicación de las escalas y factores obtenidos tras su último estudio. Aplicaron el instrumento (W.O.C.Q.) a una muestra de 75 parejas, entrevistadas separadamente en 5 ocasiones, durante 5 meses. Así, los datos globales con que contaron para realizar los análisis fueron de 750 observaciones (75x2x5: 750) registradas a partir de los 66 ítems.

Los ítems del W.O.C.Q. fueron analizados, por el método de factor principal con rotación oblicua. Los resultados de los tres análisis factoriales realiza-

dos, combinando persona-ocasión u observación, fueron los siguientes: 37 de los ítems obtuvieron consistentemente una carga alta en el mismo factor a través de los 3 análisis realizados, 22 de los ítems presentaron cargas factoriales consistentes en el mismo factor, aunque 9 ítems se eliminaron por presentar cargas factoriales marginales y 7 ítems no presentaron cargas consistentes en ningún factor y también fueron eliminados. El análisis factorial final se realizó con 50 ítems y mostró 8 factores, de los que resultaron 8 escalas: "*Confrontación*", "*Distanciamiento*", "*Autocontrol*", "*Búsqueda de Apoyo Social*", "*Aceptación de Responsabilidades*", "*Evitación-Huida*", "*Planificación de Soluciones*" y "*Reevaluación Positiva*".

Por nuestra parte, en muy diferentes trabajos, y desde hace varios años, hemos trabajado en los problemas del afrontamiento de situaciones estresantes utilizando una versión directa del primer cuestionario de Vitaliano (Pastor y cols., 1988; Rodríguez-Marín y cols., 1989a; 1989b). Sin embargo, era obviamente necesaria la construcción de una versión más elaborada adaptada a una población española y el establecimiento de sus características psicométricas. Así pues, en este estudio hemos pretendido elaborar un instrumento de evaluación de formas de afrontamiento adaptada a una población española, determinar su estructura factorial y analizar sus propiedades psicométricas. Para ello hemos partido de las diferentes revisiones del W.C.C.L. (Folkman y Lazarus 1985; Folkman y cols., 1986; Vitaliano y cols., 1985).

METODO

1. Sujetos.

La muestra total estudiada se compone de 384 sujetos de los que 344 (89.6%) son estudiantes. La submuestra de estudiantes se distribuye en: 55 sujetos de 1º de la Facultad de Medicina (14.3%), y 38 de 5º (9.9%); 35 de 1º de Enfermería (9.1%) y 89 de 3º (23.2%); 99 de 2º de Trabajo Social (25.8%) y 28 de 1º (7.3%); todos ellos de la Universidad de Alicante. Otra submuestra la integran 17 empleados de Banco y Caja de Ahorros, (4.4%), y 23 sujetos que realizaban sus estudios de Doctorado (6.0%).

La edad media de los sujetos es de 22 años (dt: 5,12; rango: 17-50). El estado civil de la mayoría de los sujetos es "*soltero*" (87.3%) y un 11.3% están casados. Un 60.1% poseen titulación de grado medio y un 39.3% titulación de BUP o FP. La distribución por sexos es de 88 hombres (23%) y 294 mujeres (76.9%). Por último, los sujetos se distribuyen según la "*práctica de la religión*" en: 130

(33.9%) "practican", 192 (50%) "no practican" y 40 (10.4%) son "no creyentes".

2. Instrumentos.

1. Un cuestionario inicial, que incluye 8 ítems para obtener información sobre variables sociodemográficas.
2. El cuestionario de personalidad (EPQA) (Eysenck y Eysenck, 1975), para obtener medidas de "Neuroticismo" y "Extraversión".
3. La "Escala de Locus de Control de Salud" (ELCS) (Wallston, Wallston, Kaplan et al., 1976.), para evaluar internalidad y externalidad en función de dónde sitúan los individuos el control de su salud (causas, síntomas, pronóstico, etc.).
4. El "Cuestionario de Formas de afrontamiento" (CEA), para evaluar diferentes formas de afrontamiento ante un acontecimiento estresante, y que constituye el objeto de nuestro estudio.
5. La "Escala de Apreciación de Estrés" (EAE), para evaluar el impacto estresante del acontecimiento (tal como aparece en el primer Manual de uso del Cuestionario Revisado de Formas de Afrontamiento de Vitaliano y cols.). Esta escala presenta 21 ítems que reflejan la apreciación que el sujeto hace del acontecimiento como amenazante, incontrolable, previsible, etc.

3. Procedimiento.

3.1. Construcción de la escala.

Como punto de partida escogimos el R.W.C.C.L. de Vitaliano y cols. en la versión aparecida en el primer **Manual for Revised Ways of Coping Checklist**, pues presentaba mayor grado de consistencia interna en sus escalas, en comparación con el cuestionario construido por Lazarus y sus cols. en 1986. En este manual, Vitaliano presenta tres nuevas escalas que se sumaban a las del cuestionario original (Vitaliano y cols, 1985), y una escala de Apreciación de estrés. Sobre la base de ese cuestionario generamos un primer conjunto de ítems en castellano. Acto seguido, revisamos también las distintas versiones del cuestionario original (W.C.C.L.) propuestas por Lazarus y Folkman, así como las mo-

dificaciones propuestas por Vitaliano y cols. en la segunda edición del "Manual". A partir de tales trabajos ampliamos el conjunto inicial de ítems, de los cuales unos fueron la traducción simple de los ítems originales, otros se reformularon, y otros se incluyeron propuestos por el grupo investigador, y se seleccionaron finalmente mediante un procedimiento de evaluación interjueces.

De este modo, una primera versión del cuestionario quedó compuesta por 60 ítems y fue objeto de un estudio piloto realizado con una muestra de estudiantes. La aplicación individual del instrumento permitió tener en cuenta las sugerencias de los sujetos, y, además, comprobar dificultades en la comprensión de los ítems. Como resultado, se reformularon nuevamente algunos de ellos, y se eliminaron 10. El instrumento que finalmente se aplicó a la muestra de estudio quedó constituido por 50 ítems.

3.2. Aplicación de la escala.

En la fase de estudio, el instrumento fue aplicado a los sujetos que componen la muestra, de forma colectiva y autoadministrada. Tras la presentación del investigador, éste procedía a la explicación de los objetivos del trabajo, los motivos por los que se requería su colaboración, y describía brevemente el instrumento. Se pedía a los sujetos su participación voluntaria asegurándoles el total anonimato de los datos.

El Cuestionario se acompaña de unas instrucciones iniciales en las que se pide al sujeto que escriba la experiencia que más "estrés" le esté produciendo actualmente. A continuación, se pide al sujeto que señale con qué frecuencia ha utilizado las conductas o pensamientos que expresan cada uno de los ítems, para afrontar tal estrés.

3.3. Corrección y tratamiento estadístico.

Las respuestas se puntúan según la escala:

- Nunca (1)
- Rara vez (2)
- Algunas veces (3)
- A menudo (4)
- Casi siempre (5)

Para el análisis factorial hemos utilizado el programa BMDP4M FACTOR ANALYSIS del paquete estadístico BMDP del centro de Proceso de datos de la Universidad de Alicante. Para el análisis descriptivo de la muestra hemos empleado el programa FREQUENCIES; para los análisis de fiabilidad y vali-

dez de la escala, los programas RELIABILITY y CORRELATION respectivamente, del paquete SSPSX-PC. Hemos utilizado la prueba de Kruskal-Wallis para comparaciones múltiples, y la de U Mann-Whitney para dos grupos independientes (programa NPAR-TEST del SPSSPC-X).

Una vez obtenidas las soluciones factoriales, las puntuaciones totales en cada factor se obtienen mediante la media ponderada de las puntuaciones de los ítems en cada factor. A efectos de comparación entre factores, la fórmula aplicada pondera las puntuaciones de 0 a 100 y, además, tiene en cuenta el diferente número de ítems que componen cada factor.

RESULTADOS

1. Análisis Factorial: estructura empírica y depuración de la escala.

Para determinar la estructura empírica del instrumento, hemos aplicado sobre la matriz de correlaciones un análisis factorial de componentes principales y rotación ortogonal (Varimax). Para la solución final definimos los siguientes criterios: 1) considerar aquellos factores con valor propio superior a la unidad; 2) incluir en cada factor los ítems con saturaciones en ese factor a partir de .40; y 3) considerar los factores que presenten una coherencia teórica.

La primera solución factorial incluía 16 factores que explicaron un 63% de la varianza total. Cuatro de estos factores no cumplieron el criterio de presentar coherencia teórica ni coincidían tampoco con los factores obtenidos en las escalas revisadas. De los 12 ítems que contenían tales factores, 9 (nº 9, 10, 16, 18, 27, 32, 33, 34, 37) saturaban únicamente en alguno de ellos. Por otra parte, el ítem nº 5 no alcanzó el grado de saturación requerido, y el nº 19 presentó un contenido confuso y poco coherente en el factor donde aparecía. Eliminados esos 11 ítems procedimos a un segundo análisis factorial.

La segunda solución factorial mantuvo la estructura de los 12 factores restantes y prácticamente la cantidad de varianza total explicada (62%); en segundo lugar, aumentó el grado de saturación de la mayoría de los ítems en el factor correspondiente; y, en tercer lugar, la mayoría de los ítems saturaron solamente en un factor. Todos los factores presentaron un contenido coherente, a excepción de un factor compuesto por tres ítems. Eliminando estos 3 ítems (nº 13, 20, 25), una tercera solución factorial tuvo los mismos efectos anteriores, apareciendo una estructura final de 11 factores que explicaban un 62% de la varianza total. El cuestionario final quedó, finalmente, compuesto por 36 ítems. Su redacción definitiva se presenta en el Anexo 1. En la tabla 1 aparecen cada uno

de los factores con los ítems que contienen y la saturación de cada ítem en el factor.

Tabla 1.

FACTORES ITEMS	SATURACION
FACTOR 1. PENSAMIENTOS POSITIVOS (A)	
39. He intentado ver el lado positivo de las cosas. ....	.78
4. Me he centrado en los aspectos positivos de esta situación. ....	.76
46. He considerado las ventajas que tiene esta situación. ....	.72
1. Me he prometido conseguir algo positivo a partir de la situación. ....	.60
45. Me he concentrado en las cosas buenas de mi vida. ....	.55
FACTOR 2. CULPACION DE OTROS (E)	
41. He culpado a otros. ....	.80
42. He pensado que los demás eran injustos conmigo. ....	.79
35. Lo he pagado con otros. ....	.59
23. Me he enfadado con las cosas o personas que pienso que han causado el problema. ....	.23
FACTOR 3. PENSAMIENTO DESIDERATIVO (E)	
15. He deseado poder cambiar la manera como me he sentido. ....	.76
14. He deseado poder cambiar lo que me ha ocurrido. ....	.69
17. He deseado que las cosas hubieran sido de otra manera. ....	.61
12. He deseado ser una persona más fuerte. ....	.58
FACTOR 4. BUSQUEDA DE APOYO SOCIAL (A)	
2. He hablado con alguien para intentar encontrar una solución. ....	.78
6. Le he pedido consejo a alguien que respeto y lo he seguido. ....	.72
30. He hablado con alguien que puede hacer algo concreto acerca de mi problema. ....	.61
FACTOR 5. BUSQUEDA DE SOLUCIONES (A)	
49. Leo libros o artículos de revistas, o atiendo a programas de televisión o radio acerca de mi problema. ....	.76
48. He intentado mejorar mi información sobre el problema. ....	.71
26. He buscado ayuda profesional y he hecho lo que me han recomendado. ...	.54
11. He considerado diferentes soluciones al problema. ....	.41
28. He hecho un plan de acción y lo he seguido. ....	.41

Tabla 1 (continuación).

FACTORES ITEMS	SATURACION
FACTOR 6. REPRESION EMOCIONAL (E)	
21. He guardado mis sentimientos para mí mismo. ....	.76
8. He hablado con alguien sobre cómo me siento.	-.65
7. He ocultado a los demás lo mal que están las cosas. ....	.64
24. He aceptado la simpatía y la comprensión de.	-.45
FACTOR 7. CONTABILIZACION DE VENTAJAS (A)	
44. Me he dicho a mí mismo que las cosas podrían ser peor. ....	.85
43. He pensado que hay gente que está peor. ....	.79
FACTOR 8. RELIGIOSIDAD (A)	
47. Rezo pidiendo a Dios que me de fuerza y me ilumine. ....	.81
50. Practico más la religión desde que tengo este problema. ....	.81
FACTOR 9. AUTOCULPACION (E)	
29. Me he dado cuenta de que yo mismo he producido, provocado o causado mi problema. ....	.82
3. Me he culpado a mí mismo/a. ....	.77
FACTOR 10. RESIGNACION (E)	
38. Lo he aceptado porque no era posible hacer nada. ....	.81
40. Me he resignado, ha sido cuestión de mala suerte. ....	.40
FACTOR 11. ESCAPE (E)	
22. Duermo más de lo habitual. ....	.78
36. Me he negado a tomarme las cosas demasiado en serio. ....	.57
31. He intentado sentirme mejor comiendo, bebiendo, fumando, etc. ....	.53

(E): Factores evitativos; (A): Factores aproximativos o activos

El FACTOR 1 explica un 11.12% de la varianza total (VT) y un 18.65% de Varianza explicada (VE). Contiene 5 ítems con saturaciones entre .55 y .78 que indican esfuerzos activos, fundamentalmente cognitivos, centrados en visualizar el problema de modo positivo. Se le denomina "*Pensamientos Positivos*" y se considera Activo o Aproximativo (ver Tabla 1).

El FACTOR 2 se denomina "*Culpación de Otros*" y explica un 10.39% de VT y un 16.78% de VE. Los cuatro ítems que contiene saturan entre .59 y .80 e indican que el sujeto culpa a otras personas del problema y/o de sus consecuencias. Su contenido es evitativo por cuanto culpar a otros supone un alejamiento del estresor, probablemente como descarga emocional directa, (ver Tabla 1).

El FACTOR 3 se compone de cuatro ítems que saturan entre .58 y .76 y expresan deseos acerca de la no ocurrencia del problema y/o de sus consecuencias, por lo que se considera también evitativo. Este factor llamado "*Pensamiento Desiderativo*" explica un 7.90% de VT y un 12.76% de VE, (ver Tabla 1).

El FACTOR 4 se compone de tres ítems que muestran respuestas activas, relativas a pedir apoyo instrumental, búsqueda de personas que solucionen el problema, etc. Se denomina, pues, "*Búsqueda de Apoyo Social*". Los pesos oscilan entre .46 y .75, y explica un 5.57% de VT y un 9.0% de VE, (ver Tabla 1).

El FACTOR 5 está compuesto por 5 ítems que saturan entre .41 y .76 y explican un 4.72% de VT y un 7.63% de VE. Los ítems reflejan conductas aproximativas de "*Búsqueda de soluciones*" por el propio individuo, tales como información, planificación y planteamiento de posibilidades, (ver Tabla 1).

El FACTOR 6 contiene cuatro ítems con pesos entre .45 y .76 que explican un 4.53% de VT y un 7.31% de VT. Los ítems 21 y 7 saturan en positivo y los ítems 8 y 24 lo hacen en negativo. La lectura de sus contenidos refleja rechazo o evitación de la expresión de sentimientos y/o de pensamientos acerca del problema a otras personas; por ello se ha denominado "*Represión emocional*", (ver Tabla 1).

El FACTOR 7 lo constituyen dos ítems con pesos de .79 y .85, y explica una proporción de VT del 4.22% y de VE de 6.81%. Estos ítems expresan respuestas cognitivas del individuo, que se aproxima al problema, comparándolo con una hipotética situación peor en su caso o en el de otras personas. Se denomina "*Contabilización de Ventajas*", (ver Tabla 1).

El FACTOR 8 está constituido por dos ítems, de pesos .77 y .79, que explican un 3.79% de VT y un 6.12% de la VE. Indican conductas aproximativas al problema por medio de prácticas religiosas. Hemos denominado a este factor "*Religiosidad*", (ver Tabla 1).

En la misma línea que el factor 2, pero, en este caso, dirigiendo la culpa hacia uno mismo, el FACTOR 9 también de tipo evitativo, presenta 2 ítems que expresan "*autoculpación*", ya que el sujeto se centra en su responsabilidad en el inicio u origen del problema. Los pesos respectivos de los dos ítems son .82 y .77 y explica un 3.67% de VT y un 5.93% de VE, (ver Tabla 1).

El FACTOR 10, que hemos denominado "*Resignación*", puede ser uno de los factores que indican inmovilización, por ello se clasifica como evitativo. Contiene 2 ítems con pesos de .73 y .81, que expresan aceptación-resignación del problema. Este factor explica un 3.48% de VT y un 5.52% de VE, (ver Tabla 1).

El FACTOR 11, que llamamos "Escape", contiene 3 ítems que reflejan conductas de huida ante el problema. Son soluciones evitativas. Las saturaciones de los ítems en el factor son .53 .57 y .78; y la varianza que explican es de un 2.91% VE y un 4.7% VT, (ver Tabla 1).

En la tabla 2, se presentan los datos de la varianza explicada por los factores rotados.

Tabla 2.- Varianza explicada por los factores rotados.

FACTOR	VARIANZA EXPLICADA	%VARIANZA TOTAL	%VARIANZA EXPLICADA
1	4.124	11.55	18.65
2	3.711	10.39	16.78
3	2.822	7.90	12.76
4	1.990	5.57	9.00
5	1.687	4.72	7.63
6	1.616	4.53	7.31
7	1.506	4.22	6.81
8	1.354	3.79	6.12
9	1.312	3.67	5.93
10	1.131	3.48	5.52
11	1.037	2.91	4.70

En la tabla 3 presentamos las saturaciones de los 36 ítems resultantes en cada uno de los factores definidos. Como se puede observar, la casi totalidad de los ítems tienen pesos altos, mayores de .40 en los factores de que forman parte, y bajos en el resto. Existen a este respecto dos excepciones: los ítems 26 y 30 presentan pesos de saturación altos en los factores 4 y 5. Se han incluido en el factor en el que han saturado más. Además esa era la solución con mayor coherencia teórica. El ítem 26 ("*He buscado ayuda profesional y he hecho lo que me han recomendado*") se incluye en el Factor 5 que expresa búsqueda de soluciones activas por parte del propio individuo; mientras que el ítem 30 ("*He hablado con alguien que puede hacer algo concreto acerca de mi problema*") expresa una respuesta conductual de búsqueda de apoyo social en sentido amplio, y se ha incluido en el Factor 4.

Tabla 3.- Saturaciones de los ítems en los factores definidos.

Nº ÍTEM	F1	F2	F3	F4	F5	F6	F7	F8	F9	F10	F11
FACTOR 1											
39	.78	-.10	-.05	.00	.06	-.01	.12	-.07	-.02	-.03	.00
4	.74	-.04	-.17	.01	.03	.02	-.05	.04	.09	-.08	.01
46	.72	-.02	-.23	-.13	.13	-.05	.09	.06	-.07	.07	.06
1	.60	.09	.03	.12	-.11	-.02	-.05	.11	.16	-.03	.01
45	.55	-.05	.08	-.04	.17	-.02	.40	-.05	-.04	-.06	.06
FACTOR 2											
41	-.01	.80	.21	.05	-.09	.08	-.01	.03	-.05	.02	.01
42	.02	.79	.13	.10	-.01	.07	.01	.01	-.05	.10	.00
23	.01	.72	.12	.06	.06	-.01	.04	.04	.09	-.22	.06
35	-.17	.59	-.11	-.15	-.11	.05	.14	.11	.15	.16	.07
FACTOR 3											
15	.01	.12	.76	-.06	.03	-.01	-.01	.00	.00	.10	.00
14	-.26	.11	.68	.20	.07	.17	-.04	.01	.10	.07	.03
17	-.37	.20	.61	.09	.03	.08	.08	-.02	.12	.16	-.01
12	-.03	.06	.58	-.09	-.10	-.13	.03	.37	.12	.01	.13
FACTOR 4											
2	-.03	.04	.08	.75	.04	-.22	.02	-.11	.06	-.13	.00
6	.07	.06	.06	.72	.14	-.15	.08	.18	-.01	.07	-.03
30	-.04	.04	-.12	.61	.46	-.10	.00	.02	.02	.13	.01
FACTOR 5											
49	-.02	.00	.06	.05	.76	-.01	.08	.04	-.10	-.08	.13
48	.18	-.10	-.10	.09	.71	.02	.12	-.01	-.04	-.12	.01
26	-.06	-.10	-.06	.47	.54	-.11	-.05	.20	.05	.09	-.04
11	.16	.02	.17	.17	.41	.06	-.11	-.23	.11	-.13	-.24
28	.38	.04	-.11	.14	.41	-.11	-.03	-.02	.24	.08	-.42
FACTOR 6											
21	.08	.04	.10	-.23	-.02	.76	.01	.04	.07	.02	.08
8	.06	.06	.16	.38	-.05	-.65	.06	.00	.00	-.04	.01
7	-.09	.24	.24	.05	-.06	.64	.05	-.03	.08	-.13	.12
24	.14	-.08	.24	.25	.04	-.45	.31	.01	.01	-.18	-.08
FACTOR 7											
44	.14	-.01	.03	-.01	.04	-.08	.85	.09	.08	.06	.01
43	-.00	.18	-.05	.10	.06	.04	.79	.16	-.01	.12	.03

Tabla 3 (continuación).

Nº ITEM	F1	F2	F3	F4	F5	F6	F7	F8	F9	F10	F11
FACTOR 8											
47	.04	.04	.09	.01	-.00	-.00	.17	.81	-.02	.01	-.12
50	.08	.08	.04	.13	.06	.03	.05	.81	.03	-.02	.00
FACTOR 9											
29	.17	.00	-.00	-.04	.04	.06	.05	-.00	.82	.07	.09
3	-.04	.09	.28	.12	-.11	.06	.02	.03	.77	-.09	.05
FACTOR 10											
38	.02	.00	.10	-.13	-.06	-.04	.05	-.03	-.05	.81	-.03
40	-.14	.04	.15	.20	-.11	.05	.10	.03	.07	.73	.05
FACTOR 11											
22	.05	.04	.03	.03	.08	.10	-.01	.00	.19	-.02	.70
36	.18	-.01	.09	.06	-.10	.23	.10	-.24	-.13	.02	.57
31	-.06	.31	-.03	-.23	.25	-.32	-.07	.08	.21	.12	.53

2. Análisis Descriptivo.

Todos los ítems obtienen puntuaciones en todas las categorías de la escala (rango 1-5). La puntuaciones medias más altas son las obtenidas por los ítems nº1 ("Me he prometido conseguir algo positivo a partir de la situación") (media: 3.93) y nº12 ("He deseado ser una persona más fuerte") (media: 3.95). Los ítems con puntuaciones medias más bajas son el nº41 ("He culpado a otros") (media: 1.80) y el nº 50 ("Practico más la religión desde que tengo este problema") (media: 1.65). Excepto estos dos ítems, los demás obtienen valores medios superiores a 2.0 (Ver tabla 4). Todos los ítems presentaron correlaciones altas entre .51 y .91 con los factores correspondientes, (ver tabla 4).

Aunque los ítems presenten correlaciones significativas con factores distintos del que pertenecen, la r no sobrepasa en ningún caso el valor de .49. Por su parte, los factores que presentan las medias más altas son el factor 3 ("Pensamiento desiderativo"), el factor 1 ("Pensamientos Positivos") y el factor 7 ("Contabilización de ventajas")(Ver tabla 5).

Tabla 4.- Análisis descriptivo de los ítems. Correlación ítems-factor.

	M	DT	r
FACTOR 1			
39	3.67	1.16	.7917***
4	3.09	1.30	.7817***
46	2.91	1.41	.7741***
1	3.93	1.15	.5902***
45	3.56	1.06	.6214***
FACTOR 2			
41	2.81	1.45	.8120***
42	2.13	1.12	.7716***
35	2.35	1.17	.6555***
23	2.48	1.32	.7605***
FACTOR 3			
15	3.49	1.27	.7425***
14	3.48	1.42	.7894***
17	3.79	1.20	.7601***
12	3.95	1.21	.6313***
FACTOR 4			
2	3.22	1.22	.7816***
6	2.71	1.17	.7923***
30	2.41	1.39	.7975***
FACTOR 5			
49	2.63	1.40	.7048***
48	3.43	1.26	.7147***
26	2.02	1.31	.6672***
11	3.77	.95	.5176***
28	2.98	1.28	.6147***
FACTOR 6			
21	2.96	1.30	.7927***
8	3.53	1.05	-.7009***
7	2.71	1.33	.6897***
24	3.88	1.03	-.5891***
FACTOR 7			
44	3.38	1.21	.8822***
43	3.36	1.29	.8971***

Tabla 4 (continuación).

	M	DT	r
FACTOR 8			
47	2.99	1.51	.9199***
50	1.66	1.01	.8089***
FACTOR 9			
29	3.11	1.42	.8641***
3	2.79	1.36	.8509***
FACTOR 10			
38	2.81	1.45	.8650***
40	2.26	1.25	.8132***
FACTOR 11			
22	2.26	1.23	.7111***
36	2.27	1.11	.5835***
31	2.12	1.33	.7083***

*** $p \leq .001$

Tabla 5.- Análisis descriptivo de los factores.

FACTOR	Media	DT	Mínimo	Máximo
1	60.79	21.81	0	100
2	29.86	21.96	0	100
3	67.00	23.44	0	100
4	44.48	24.90	0	100
5	49.13	20.19	0	100
6	39.21	20.58	0	94
7	59.47	27.81	0	100
8	33.31	27.52	0	100
9	49.02	29.87	0	100
10	38.51	28.33	0	100
11	30.33	20.56	0	92

El análisis de correlación entre los factores mostró que tanto las estrategias evitativas, como las activas presentan correlaciones significativas de signo positivo entre sí. Aparecen, además, relaciones negativas entre estrategias activas y evitativas. Por último, la estrategia "*Culpación de otros*" de tipo evitativo mostró

correlaciones de signo positivo con dos estrategias activas: "*Religiosidad*" y "*Contabilización de ventajas*". Por su parte, la estrategia evitativa de "*Resignación*" correlacionó positiva y significativamente con la estrategia activa de "*Contabilización de ventajas*". (Ver tabla 6).

Tabla 6.- Correlación entre factores.

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
2	-.09	--								
3	-.29***	.29***	--							
4	.03	.04	.11	--						
5	.23***	-.08	-.03	.46***	--					
6	-.09	.15**	.09	-.38***	-.21***	--				
7	.19***	.13**	.07	.12**	.08	-.08	--			
8	.08	.13**	.14**	.07	.08	-.06	.24***	--		
9	.08	.14**	.24***	.04	.03	.09	.06	.06	--	
10	-.11	.08	.20***	.01	-.11	.02	.12**	.04	.03	--
11	-.09	.19***	.11	-.03	-.01	.12**	.08	-.07	.18***	.04

** $p \leq .01$; *** $p \leq .001$

3. Fiabilidad y Validez.

3.1. Fiabilidad:

Los análisis de fiabilidad de la escala completa muestran unos índices de alfa de Cronbach de .66, y de fiabilidad por mitades de .52 según los coeficientes de Spearman-Brown y de Guttman. Por lo que se refiere, cada uno de los factores. La fiabilidad más baja la presenta el factor 11 ("*Escape*") con un alfa de .40, mientras que la más alta la presenta el factor 1 ("*Pensamientos positivos*") con un alfa de .76, (Ver Tabla 7).

Una submuestra de 163 sujetos completaron dos veces el CEA (con una separación temporal de 15 días, y sus respuestas se utilizaron para evaluar la fiabilidad test-retest del cuestionario. La Tabla 7 presenta un resumen de tal evaluación. Se llevó a cabo una análisis estándar de las correlaciones entre las puntuaciones obtenidas por los factores en la primera y en la segunda administración, y todas ellas se mostraron positivas y significativas, y superiores a .40.

Tabla 7.- Análisis de fiabilidad y validez.

FACTOR	FIABILIDAD (n: 384)	Test-retest (n: 163)
1	.76	.59***
2	.74	.59***
3	.66	.52***
4	.71	.41***
5	.69	.64***
6	.64	.59***
7	.64	.54***
8	.64	.76***
9	.75	.47***
10	.58	.40***
11	.40	.69***

*** $p \leq .001$

3.2. Validez.

Para establecer la validez convergente del cuestionario hemos calculado las correlaciones de los diferentes factores (correspondientes a diferentes formas de afrontamiento) con las variables sociodemográficas, con la extraversión, con el neuroticismo y con el locus de control. Además hemos realizado análisis de diferencias en los factores según el sexo, el nivel educativo (sólo con los niveles 3 y 4 que son los mayoritarios), y el estado civil (casados-solteros), utilizando la prueba U de Mann-whitney, ya que los factores no siguen una distribución normal. En el caso de la variable "*práctica de la religión*" (practica, no practica, no creyente) hemos realizado un análisis Kruskal-Wallis de una vía.

Las correlaciones producto-momento de Pearson se produjeron en las direcciones previstas en el caso de las variables sociodemográficas (ver Tabla 8). La utilización de "*Pensamientos de deseo*" y "*Autoculpación*" han correlacionado negativamente con el nivel de ingresos ($r: -.12; p \leq .01$). La "*Búsqueda de apoyo social*" y la "*Búsqueda de soluciones*" correlacionaron positivamente con la edad ($r: .10, p \leq .05; r: .12, p \leq .01$, respectivamente); mientras que la forma de afrontamiento "*Religiosidad*" lo hizo en sentido negativo ($r: -.19, p \leq .001$).

Por otra parte, los hombres usaron más "*Pensamientos positivos*" y "*Búsqueda de soluciones*" ($z: -2.56, p \leq .01; z: -2.27, p \leq .05$, respectivamente); mientras

que las mujeres puntuaron más alto en "*Pensamiento Desiderativo*" (z : -2.20, $p \leq .05$). La "*Búsqueda de Soluciones*" se dio así mismo más entre los sujetos casados (z : -1.94, $p \leq .05$), mientras que la "*Religiosidad*" se dio más entre los solteros (z : -3.95, $p \leq .001$).

Finalmente, los resultados de la variable "*Práctica de la religión*" muestran, por un lado, que los sujetos que "*practican*" utilizaron significativamente más las estrategias de "*Religiosidad*" (X^2 : 136.53, $p \leq .001$) y de "*Contabilización de ventajas*" (X^2 : 20.07, $p \leq .001$); por otro lado, los sujetos que "*no practican*" o son "*no creyentes*" utilizaron más el "*Represión emocional*"; y, por último, los sujetos "*no practicantes*", en primer lugar, y "*no creyentes*", en segundo lugar, puntuaron significativamente más alto en la forma de afrontamiento "*Escape*" (X^2 : 10.67, $p \leq .01$).

También hemos obtenido correlaciones del signo adecuado (y tal como teóricamente esperábamos) entre las diferentes formas de afrontamiento y determinados rasgos de personalidad, así como con los factores de locus de control (ver Tabla 8). El "*Neuroticismo*" correlacionó negativamente con el uso de "*Pensamientos positivos*", y positivamente con el uso de "*Culpación de otros*", "*Pensamientos desiderativos*" y "*Religiosidad*". La "*Extraversión*" correlacionó positivamente con el uso de "*Pensamientos positivos*", "*Búsqueda de Apoyo Social*" y "*Búsqueda de Soluciones*", y negativamente con la "*Represión Emocional*". Finalmente, el "*Locus de control Interno*" correlacionó positivamente con la "*Culpación de Otros*" y con la "*Autoculpación*", mientras que el "*Locus de control externo*" correlacionó positivamente con el uso de la "*Religiosidad*".

Tabla 8.- Análisis de validez.

	Neuroticismo	Extraversión	Locus Interno	Locus Externo
PENSAPOS 1	-.32***	.20***	.07	-.04
CULPAOTR 2	.43***	-.11	.16**	.05
PENSADES 3	.51***	-.15	.04	.01
BUSQAS 4	.08	.24***	-.01	.00
BUSQSOL 5	-.12	.23***	.11	.11
REPREMOC 6	.07	-.01	-.01	.11
CONTAVEN 7	.17**	-.01	-.02	.11
RELIGIOS 8	.22***	.16**	-.10	.32***
AUTOCULP 9	.21***	-.00	.17**	-.03
RESIGNA 10	.18**	-.08	.03	.06
ESCAPE 11	.25***	-.09	.13	-.12

(N: 264); ** $p \leq .01$; *** $p \leq .001$

DISCUSION Y CONCLUSIONES

El propósito de nuestro trabajo ha sido examinar las propiedades psicométricas de un instrumento de evaluación del afrontamiento ante acontecimientos estresantes, el CEA. A pesar de algunas limitaciones (como el hecho de que el cuestionario se haya administrado en un entorno experimental incontrolado), los resultados han sido bastante satisfactorios. El CEA tiene un grado muy aceptable de fiabilidad, y esa fiabilidad parece consistente a lo largo del tiempo.

La validación del CEA no es fácil, por que se trata de medir un constructo no muy claramente definible. Hemos tenido una validez convergente aceptable, pero queda pendiente el establecimiento de validez criterial, utilizando a ser posible registros conductuales mediante observación directa a un contexto experimental. En cualquier caso, las correlaciones entre las medidas de validez establecidas y las diferentes formas de afrontamiento se han producido, prácticamente en todos los casos esperados, en la dirección adecuada.

Por otro lado, la solución factorial última de nuestro estudio, con 11 factores, refleja la complejidad y la variedad de las respuestas de afrontamiento. En función de esta complejidad empírica hemos aceptado los cuatro factores que contienen únicamente 2 ítems, frente al mínimo de tres que aparece en la mayoría de los estudios. Quizá en una revisión posterior sea conveniente ampliar el contenido de esos factores.

La mayoría de las correlaciones entre los factores han mostrado también una coherencia teórica bastante elevada. Así la "*Religiosidad*" correlaciona con "*Pensar desiderativamente*", "*Contabilizar ventajas*" y "*Culpar a otros*", pero "*Pensar desiderativamente*" correlaciona negativamente con "*Pensar positivamente*". La "*Culpación de otros*", forma parte de otra triada interesante con "*Pensamiento desiderativo*" y "*Autoculparse*". Por otro lado, la "*Búsqueda del apoyo social*" correlaciona positivamente con la "*Búsqueda de soluciones*", y negativamente con la "*Represión emocional*". Con todo, algunas de las relaciones que se presentan deben ser objeto de una reflexión más detenida dentro de un marco teórico.

Ha resultado relativamente fácil la clasificación de los factores según la dimensión activa-evitativa, no ocurriendo igual con las dimensiones comportamental-cognitiva y centrada en el problema-emoción.

Aunque el CEA se ha mostrado como un cuestionario útil para evaluar las formas de afrontar el estrés en una población general, la investigación futura con este instrumento deberá centrarse en la evaluación de las formas de afrontamiento del impacto estresante de acontecimientos específicos, semejantes pa-

ra toda una población. Hace falta, sin duda, recopilar todavía muchos datos sobre problemas concretos en poblaciones específicas para la normalización del cuestionario y para establecer su potencial real en la evaluación de esas estrategias.

REFERENCIAS

- Aldwin C, Folkman S, Schaefer C, Coyne JC y Lazarus RS. Ways of Coping: A process measure. *Meeting of the American Psychological Association*. Montreal, 1980.
- Eysenck HJ y Eysenck SBG. *Manual of the Eysenck Personality Questionnaire (Junior & Adult)*. London: Hodder and Staughton, 1975.
- Folkman S y Lazarus RS. An analysis of coping in a middle-aged community sample. *J Health Soc Behav*, 1980, 21, 219-39.
- Folkman S y Lazarus RS. If it changes it must be a process: Study of emotion and coping during three stages of a college examination. *J Pers Soc Psychol*, 1985, 48, 150-70.
- Folkman S, Lazarus RS, Dunkel-Schetter C, DeLongis A y Gruen R. The dynamics of a stressful encounter: Cognitive appraisal, coping and encounter outcomes. *J Pers Soc Psychol*, 1986, 50, 571-9.
- Goldstein MJ. The relationship between coping and avoididng and response to fear-arousing propaganda. *J Abnorm Soc Psychol*, 1959, 58, 247-52.
- Lazarus RS. *Psychological stress and the coping process*. New York: McGraw-Hill, 1966.
- Lazarus RS. The costs and benefits of denial. En: S Breznitz, (editor). *The denial of stress*. New York: International Universities Press, 1983, 1-30.
- Lazarus RS. Coping. En: RJ Corsini, (editor). *Encyclopedia of Psychology*, vol. 1. New York: Wiley and Sons, 1984, 294-6.

Lazarus RS y Folkman S. *Procesos cognitivos y estrés*. Barcelona: Martínez Roca, 1986 [v.o. 1984].

Lazarus RS, Kanner A y Folkman S. Emotions: A cognitive-phenomenological analysis. En: R Plutchnik, H Kellerman, (editores). *Theories of emotion*. New York: Academic Press, 1980, 189-217.

Lazarus RS y Launier R. Stress-related transactions between person and environment. En: LA Pervin, M Lewis, (editores). *Perspectives in interactional psychology*. New York: Plenum, 1978, 287-327.

Mechanic D. *Students under stress: A study in the social psychology of adaptation*. New York: The Free Press, 1962 [reimpreso en 1978 por la University of Wisconsin Press].

Pastor MA, López-Roig S, Rodríguez-Marín J y García-Hurtado J. Estrategias de Afrontamiento en el paciente ostomizado. *II Congreso de Psicología Social*. 5-8 Abril 1988. Alicante.

Rodríguez-Marín J, López-Roig S y Pastor MA. Coping style, Psychological effects of hospitalization, and surgical recovery. *The Third European Conference of Health Psychology*. June 28-30, 1989a. Utrecht, The Netherland.

Rodríguez-Marín J, López-Roig S, Pastor MA, Salas E y Pascual E. Pain coping in Chronic pain patients. *The Third European Conference of Health Psychology*. June 28-30, 1989b. Utrecht, The Netherland.

Sidle A, Moos RH, Adams J y Cady P. Development a coping scale. *Arch Gen Psychiatry*, 1969, 20, 225-32.

Vitaliano PP, Russo J, Carr JE, Maiuro RD y Becker J. The Ways of Coping Checklist: Revision and Psychometric Properties. *Multivariate Behavioral Research*, 1985, 20, 3-26.

Wallston B, Wallston K, Kaplan G y Maides S. Development and validation of Multidimensional Health Locus of Control (HCL) scale. *J Consult Clin Psychol*, 1976, 44, 580-5.

Weisman AD y Worden MD. The existential plight in cancer: significance of the first 100 days. *Int J Psychiatry Med*, 1975, 7, 1-15.

Wiener M, Carpenter B y Carpenter J. Determination of defense mechanism for conflict areas from verbal material. *J Consult Clin Psychol*, 1956, 20, 215-9.

NOTA:

Este trabajo ha sido realizado gracias a la ayuda PBS89-0400 de la Dirección General de Investigación Científica y Técnica del Ministerio de Educación y Ciencia.

	1	2	3	4	5
(19). He deseado que la situación desaparezca o acabe de algún modo.					
(20). He seguido adelante como si nada me hubiera ocurrido.					
21. He guardado mis sentimientos para mí mismo.					
22. Duermo más de lo habitual.					
23. Me he enfadado con las cosas o personas que pienso que han causado el problema.					
24. He aceptado la simpatía y la comprensión de alguien.					
(25). He intentado olvidar todo.					
26. He buscado ayuda profesional y he hecho lo que me han recomendado					
(27). He cambiado o madurado como persona de una forma positiva.					
28. He hecho un plan de acción y lo he seguido.					
29. Me he dado cuenta de 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, bebiendo, fumando, 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 a 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 está peor.					
44. Me he dicho a mí mismo que las cosas podrían ser peor.					
45. Me he concentrado en las cosas buenas de mi vida.					
46. He considerado las ventajas que tiene esta situación.					
47. Rezo pidiendo a Dios que me de fuerza y me ilumine.					
48. He intentado mejorar mi información sobre el problema.					
49. Leo libros o 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.					

* La numeración entre paréntesis corresponde a los ítems eliminados.

LAS RELACIONES ENTRE LOS PROFESIONALES DE SALUD Y EL NIÑO ENFERMO. EL PAPEL MEDIADOR DE LA MADRE.

(Una aproximación al tema desde la Teoría de la comunicación)

Felicidad Loscertales Abril

Dpto. Psicología Social

Facultad de Psicología

Universidad de Sevilla

RESUMEN

En este trabajo se ha hecho un estudio de la relación entre los Profesionales de Salud (P. de C.) y el niño enfermo teniendo en cuenta el papel mediador de la madre. (Se entiende el concepto "*Mediación*" en el mismo sentido en que se aplica a los M.C.M.).

La metodología ha sido mixta: cuantitativa (Un cuestionario) y cualitativa (entrevistas semiestructuradas y observación naturalista).

Las muestras han sido seleccionada por los procedimientos adecuados entre Profesionales de Salud (Pediatras y ATS) y padres y madres de niños enfermos.

Se observaron las interacciones comunicativas en tres tipos de ambientes sanitarios: a) Hospitales Universitarios de Sevilla y Granada, b) Centros ambulatorios (cinco en la ciudad de Sevilla) y c) Consultas privadas (cinco en la ciudad de Sevilla).

Los resultados demuestran la importancia de las actitudes de la madre o figura materna (y de la familia en general) en su papel mediador en las comunicaciones que se establecen entre el P. de S. y el niño enfermo. Los P. de C. de la muestra afirman mayoritariamente que de estas relaciones dependen tanto la eficacia de los tratamientos como la satisfacción de los usuarios y P. de S. Un

resultado curioso es la total uniformidad de los P. de S. al afirmar que cuando el padre se ocupa del niño enfermo (cosa que hace pocas veces) lo hace mucho mejor que la madre.

Palabras clave: comunicación profesional de salud usuario, mediación materna, familia y roles parentales del niño enfermo, relaciones humanas en ambientes sanitarios, comunicación y apoyo social, humanización en hospitales.

ABSTRACT

In this paper a study about the communication between health professionals (doctors and nurses) and ill children is made, taking into account the intermediary role of the mother. The mediation has been conceptualized in the same sense in which is considered in mass media studies.

Mixed methodological frame (quantitative and qualitative) has been used. The sample, selected by habitual procedures, consisted of health professionals and the parents of ill children. The fieldwork was made in the following three kinds of work environments: hospitals, national health clinics and surgery environments.

Results confirm not also the importance of mother mediation, but the role of the father, in the few cases in which he look after his child.

Key words: communication and social support, mother mediation, human relationships, healthy environments, hospital humanization.

MARCO TEORICO Y PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

El binomio salud-enfermedad (con todo su aparato de relaciones personales) tiene gran interés para la Teoría de la Comunicación a causa de la rica y compleja red de comunicaciones de todo tipo que establecen los sujetos implicados en este tema.

Ante todo no se puede olvidar que la enfermedad es, desde el punto de vista emocional, una situación negativa para el sujeto enfermo. Por ello, reclama una interacción cálida y satisfactoria que sume el **apoyo social** a la ayuda e intervención técnicas que los Profesionales de Salud le prestan mientras desempeña su rol de paciente. (Pendleton, 1981). Esta interacción, en la que predomina la calidad afectiva, es una forma de comunicación en la que se ponen en juego los

aspectos más complejos del proceso comunicativo humano.

Por otra parte, y en lo que se refiere a los contenidos concretos de todos los mensajes que se intercambian entre los Profesionales de Salud y los usuarios, es preciso reconocer que una información veraz y completa pero adecuada al nivel intelectual y las necesidades personales del enfermo (Eisemberg, 1977), es considerada como una de las más importantes entre las variables que intervienen en su proceso de curación. Así es como Friedman y Di Matteo (1978) estudian las relaciones médico-enfermo como un proceso de influencia social para lograr la salud.

Pero estas relaciones no son exclusivamente bipolares -el médico y el enfermo- sino mucho más amplias porque el personal de enfermería y los demás miembros del colectivo de los Profesionales de Salud enriquecen la relación desde el lado sanitario ya que sus formas de comunicación con el usuario, en este caso el niño enfermo son muy variadas según sus distintas funciones técnicas y, por supuesto según sea su personalidad individual y la forma en que entiendan que han de desempeñar su rol profesional.

De la misma forma, también la interacción puede ser más rica y efectiva gracias a las aportaciones hechas desde la familia puesto que algunos de sus miembros tienen una presencia nada despreciable en la dinámica relacional del enfermo.

Dentro del grupo familiar es preciso considerar de una forma muy singular, en el caso de que el enfermo sea un niño, -y este es el objetivo de nuestro estudio- a su **madre** puesto que el rol maternal es uno de los roles básicos de la estructura social del hogar.

Pero, además, desde la perspectiva de la comunicación, la importancia de la madre se acrecienta en todo lo relativo a su interacción con el hijo que está en edades tempranas, precisamente las edades en las que, cuando se pone enfermo, es paciente de los servicios pediátricos.

Hay, por lo tanto, en torno al niño enfermo todo un gran entramado de interacciones que hacen apelar para su comprensión y estructuración a la Teoría General de Sistemas (Daubenmire 1976). Dentro de este enfoque es donde hemos querido situar la presencia materna ante la enfermedad infantil puesto que madre e hijo afrontan juntos el problema y, a su vez, se integran en otros dos sistemas sociales paralelos, la **familia** y los **ambientes sanitarios** que también van a influir en los procesos de interacción comunicativa salud-enfermedad.

Así pues el enfermo no está aislado sino incluido en una específica dinámica grupal que define todo un "*modelo social de enfermedad*" (Riecker y Begun, 1980). En él se definen, por lo que respecta a los problemas del continuum salud-enfermedad, los roles específicos tanto de los Profesionales de Salud como

del propio enfermo (Parsons, 1975) e incluso de sus familiares y personas próximas.

El sujeto conceptual de nuestro estudio, el niño enfermo, va a ser un caso muy especial en el desempeño de roles dentro del modelo social de enfermedad ya que dadas las características evolutivas de su desarrollo personal hay edades y situaciones en que (y esto es igual para el niño enfermo que para el sano) no asume por sí solo ningún rol puesto que está emocionalmente unido de forma íntima y unitaria a su madre o a la persona que, ante él, desempeñe el rol maternal.

Como puede deducirse por pura lógica, advertimos que, en este trabajo, siempre que se haga alusión a la madre, se entiende también (en el caso de que no haya madre) a la persona que desempeña este rol maternal. No así, cuando existiendo la madre, también esté cerca del niño otra persona con gran significación afectiva, una abuela o tata, el padre, etc.

En una bibliografía tan amplia como conocida, la Psicología Evolutiva y el Psicoanálisis han destacado el valor de la figura materna al comienzo de la vida cuando una especial inmadurez del yo une al niño con la persona adulta que lo cuida, normalmente su madre, (la figura materna freudiana) para formar una unidad compleja, la "*diada*". A partir de la resolución correcta de esta diada y también del complejo de Edipo el niño podrá edificar y asumir equilibradamente su propia identidad.

Estas aportaciones pueden servir de base para destacar la importancia de la presencia y la conducta de la madre en los procesos de interacción y comunicación del niño enfermo así como en la especial dinámica personal y social que éste desarrollará frente a su enfermedad.

Se estudia el caso concreto del niño enfermo, tanto en lo que se refiere a sus conductas y vivencias como enfermo, como en lo que atañe a sus relaciones con los Profesionales de Salud dentro de los nuevos ambientes humanos, físicos y psicosociales en los que se va a ver incluido a causa de su enfermedad.

Teniendo en cuenta estos postulados previos, nosotros hemos calificado de **mediadora** la acción de la madre a causa del importante papel que tiene su conducta ante la enfermedad y el proceso de curación de su hijo.

Desde la perspectiva de la Teoría de la Comunicación se entiende al "*agente mediador*" como aquel que sirve de intermediario entre el emisor, -o la propia realidad como objetivo de información- y el receptor del mensaje (Jimenez burillo, 1984).

Para una mayor precisión conceptual, señalaremos que en este trabajo hemos considerado que la función mediadora -presente en todos los aspectos del

proceso de comunicación- se refiere, sobre todo, a tres importantes parámetros:

- a) la selección del estilo de la comunicación,
- b) la cantidad y calidad de los contenidos de información que se manejarán durante el proceso y
- c) a la toma de decisiones acerca de cómo, cuándo y a quién se han de dar la informaciones.

PRESUPUESTOS DE PARTIDA Y OBJETIVO.

Nuestro **presupuesto básico de partida** se fundamenta en la existencia de una auténtica "*función mediadora*" de la madre cuando el hijo enferma. Ella es la que normalmente lo cuida, tarea que se extrema en el caso de la enfermedad. Lo más frecuente, estadísticamente, es que sea la madre la que lleva al niño a la presencia del Profesional de Salud y la que, incluso aunque el niño ya sepa hablar, explica los síntomas y las demás circunstancias de la dolencia.

Asimismo, ella es la que suele recibir las indicaciones de diagnóstico, tratamiento y pronóstico. Si a esto se une el hecho de que durante el proceso de socialización la madre es una de las principales fuentes de patrones de conducta y modelos de identificación para el hijo, estará completo el papel mediador puesto que ella le va a mostrar las pautas de respuesta a la enfermedad y el tipo de rol de enfermo que puede asumir.

En resumen, se supone que todas las interacciones en torno al niño enfermo estarán "*mediadas*" por la personalidad, creencias, actitudes y toma de decisiones de su madre.

La **primera hipótesis parcial** supone que esta mediación se va a ejercer, ante todo, sobre las informaciones acerca de la enfermedad actual y demás datos significativos (antecedentes personales y familiares, otras dolencias, etc.) que reciben los Profesionales de Salud (en especial el Pediatra al hacer el interrogatorio inicial).

La **segunda hipótesis parcial** supone que también estarán mediadas las informaciones que, como respuesta, reviertan desde los Profesionales de Salud al propio niño enfermo y al resto de la familia (diagnóstico, pronóstico y tratamiento).

Igualmente, y ésta es la **tercera hipótesis parcial** el "*coping*" que haga el niño de su propia situación de falta de salud y la imagen que construya de sí mismo como enfermo serán las que vea en el "*espejo*" que le presente la actitud de su madre y, tras ella, el padre y el resto de la familia (Cobo Medina, 1983).

Partiendo de estas premisas para definir nuestro **Objetivo**, en el presente trabajo pretendemos hacer una aportación al conocimiento del papel que desempeña la madre como **elemento mediador** entre su hijo y los Profesionales de Salud con los que ambos se relacionan cuando el niño enferma, (incluyendo en esta relación a los nuevos entornos sociales en que ambos están inmersos como consecuencia de la citada enfermedad).

METODOLOGIA

La metodología empleada en este estudio ha tenido tres fases y se ha basado en un diseño predominantemente cualitativo.

La PRIMERA FASE se inició con el obligado **marco teórico** en dos líneas fundamentales. Por una parte el estudio de las perspectivas psicosociales de la comunicación y la interacción médico-enfermo y por otra el análisis de la relación madre-hijo y su importancia con respecto al desarrollo de la personalidad infantil y a las actitudes que los niños adoptan ante situaciones difíciles como es el caso de la enfermedad.

También dentro de esta primera fase se hizo una **aproximación pragmática al tema** realizando una serie de visitas a varios ambientes específicos. En líneas generales, hemos clasificado estos ambientes en dos grandes grupos:

- a) aquellos que serán frecuentados durante la enfermedad de forma transitoria (consultas, etc.) puesto que el niño sigue viviendo en su casa, y
- b) los Centros hospitalarios, en los que habrá de vivir temporalmente, cuando la prescripción médica así lo determine.

Se estudiaron consultas externas en ambulatorios, Centros de Salud y consultas privadas para conocer la situación del niño enfermo que sigue viviendo en su hogar mientras que los ambientes en donde permanece el pequeño que requiere ser hospitalizado se estudiaron visitando dos Hospitales y una U.C.I. de Pediatría.

Como resultado de esta aproximación, y además de las anotaciones provenientes de la observación directa, se recogieron abundantes datos, ideas y sugerencias a través de conversaciones con Profesionales de Salud y sujetos implicados, entendiendo por tales tanto a los niños como a sus madres y familiares. De esta forma se obtuvo un primer conocimiento del estado de la cuestión.

Posteriormente, uniendo a estos datos la estructuración proporcionada por las premisas del marco teórico, se estableció el diseño definitivo de la SEGUNDA FASE del trabajo en la que se ha empleado instrumentos y procedimientos de tipo cualitativo.

En el proceso del trabajo se han incluido:

- A) **Entrevistas semiestructuradas y no directivas** a Profesionales de Salud y familiares de niños enfermos.
- B) **Observación naturalista** en ambientes específicos.
- C) **Cuestionario** a Profesionales de Salud.
- D) **Cuestionario "espejo"** a madres y familiares.

Se ha entrevistado y encuestado una muestra de 56 Profesionales de Salud (39 médicos y 17 enfermeras) en dos centros hospitalarios de Sevilla y Granada, y otros 5 médicos en sus consultas privadas. En lo que respecta al usuario han sido 48 los sujetos, entre madres, padres y otros familiares de niños enfermos. Los ambientes que se han sometido a observación naturalista en esta fase han sido aquellas zonas de Hospitales y Centros de Salud en las que se trata a los niños así como las Salas de espera en las que las madres y acompañantes se podían manifestar con más espontaneidad.

Por último, en la TERCERA FASE, se procedió a la **recolección de los Datos** (que fueron tratados básicamente a través de las técnicas de Análisis de Contenido y de Registros de Observación Naturalista) y elaboración de los **Resultados**.

Posteriormente, y tras la oportuna discusión de estos Resultados, se han redactado las **Conclusiones** con las que finaliza este trabajo.

Todo ello, según el siguiente esquema:

PRIMERA FASE:

- Marco teórico
- Comunicación P. de S./enfermo.
 - Relación madre-hijo.
- Aproximación pragmática al tema
- Observación directa
 - Charlas informales

SEGUNDA FASE:

- A) Entrevistas no directivas y semiestructuradas:
- A.1.- A Profesionales de la Salud.
 - A.2.- A madres y otros familiares.
- B) Observación naturalista en ambientes específicos:
- B.1.- Ambulatorios: -Consultas.
 -Salas de espera.
 - B.2.- Hospitales: -Salas infantiles.
 -U.C.I. de Pediatría.
 -Salas de espera.
- C) Cuestionario a Profesionales de la Salud:
- C.1.- Pediatras (Hospital y ambulatorio)
 - C.2.- Personal de enfermería (Hospital y ambulatorio)
- D) Cuestionario "espejo" a madres y familiares.

TERCERA FASE:

- A) Resultados:
Recogida, tratamiento y discusión de los datos obtenidos
- B) Elaboración de Conclusiones.

RESULTADOS Y DISCUSION

Los resultados obtenidos han sido muy abundantes y de gran variedad. Precisamente se eligió la metodología cualitativa por la flexibilidad de su uso y la riqueza de contenidos originales que proporciona. También por este motivo se pidió a los sujetos que respondían, que incluyesen todas sus opiniones y suge-

rencias por nimias que le parecieran ya que, al haber sido extraídas de sus experiencias vitales y profesionales, todas ellas eran valiosas para esta investigación.

Un resultado no cuantificable pero muy revelador ha sido el alto nivel de amabilidad y colaboración que han mostrado todos los Profesionales de Salud abordados durante la realización de este trabajo. Al interpretar los datos hemos querido entenderlo como la mejor prueba de la sensibilidad que todo este colectivo tiene hacia un tema tan importante como el de la Comunicación.

Después de los oportunos tratamientos, especialmente de Análisis de Contenidos, y de que todas las respuestas obtenidas hubiesen sido estudiadas y discutidas fueron identificados seis grandes Bloques temáticos que se presentan en el cuadro adjunto:

- | |
|--|
| <p>I.- EL VALOR CENTRAL DE LAS ACTITUDES MATERNALES</p> <p>II.- EL PADRE Y EL RESTO DE LA FAMILIA</p> <p>III.- EDUCACION PARA LA SALUD Y EDUCACION SANITARIA</p> <p>IV.- PROBLEMAS QUE OBSTACULIZAN LA COMUNICACION</p> <p>V.- POSIBLES MEDIDAS PARA MEJORAR LA COMUNICACION</p> <p>VI.- LA COMUNICACION DE LOS P. DE S. CON EL NIÑO ENFERMO</p> |
|--|

Estos Bloques temáticos con la discusión de todos sus contenidos que a continuación se expondrá responden a las aportaciones de los sujetos encuestados, así como a las matizaciones del personal del equipo investigador (observadores y encuestadores) y, finalmente, son también un reflejo de lo que ha sido el trabajo de análisis y elaboración de los datos.

I.- El valor central de las actitudes maternas

1.- La madre y el niño enfermo son vistos por el P. de S. como una unidad funcional sobre todo en el caso de niños muy pequeños.

2.- Según la opinión predominante entre los Pediatras, hay tres factores moduladores en las actitudes de la madre:

- estabilidad emocional,
- nivel socio-cultural,
- estereotipias sobre temas de salud.

3.- La madre como creadora de actitudes en el niño: referido a su responsabilidad en la preparación del hijo ante todo lo relacionado con su salud (los tratamientos médicos, la hospitalización, etc) como algo positivo o como algo negativo a través de condicionamientos aversivos.

4.- La madre ante la hospitalización del hijo. En el mismo sentido del punto anterior y también en su colaboración con el P. de S., en el mantenimiento de un clima emocional sano ante su hijo, etc.

5.- La madre, colaboradora en procedimientos terapéuticos y en algunos tratamientos especiales y procedimientos puramente médicos como respiración asistida, tratamiento de diabetes, colocación de diversos artefactos, etc. (aquí puede entenderse que también se puede contar con la colaboración del padre o de otros miembros de la familia).

II.- El padre y el resto de la familia

1.- El padre que cuida del hijo enfermo, según la opinión generalizada del P. de S. lo suele hacer mejor que la madre. Lo que sucede es que rara vez se encarga él de esas tareas.

2.- El padre en el hospital, al igual que en el punto anterior resulta mejor colaborador y recibe mejor las informaciones. No obstante, esta afirmación queda matizada en algunas circunstancias especiales en que se requiere a la madre, como por ejemplo en casos de lactancia materna durante la hospitalización.

3.- Los demás familiares, sobre todo los hermanos y compañeros del niño enfermo, pueden tener un efecto beneficioso por mantenerlo unido al micro-grupo social donde se movía estando sano.

III.- Educación para la salud y educación sanitaria

1.- Se entienden como dos cosas diferentes. La Educación para la salud se dirige a crear buenos hábitos (individuales y sociales) para mantener y mejorar la salud y la calidad de vida y la Educación sanitaria se refiere a la situación que se origina cuando aparece la enfermedad: las relaciones con las instituciones y personas que ayudan a cuidar al sujeto enfermo así como a la propia conducta del enfermo y las personas de su entorno.

2.- En general todos los P. de S. hacen una insistente mención a la necesidad de estos dos tipos de educación. Ello revertiría en que su trabajo se realizaría con más eficacia y la satisfacción sería mayor en ellos y en los usuarios. Reclaman dos tipos de formación para el usuario:

I.-Formación de la madre (y la familia) del niño enfermo que debe incluir:

- ° Conocimiento de lo que es y para qué sirve el Pediatra y cada uno de los P. de S. .
- ° Cuidados especiales del bebé hasta la edad preescolar.
- ° Conocimiento de la existencia de los Puericultores institucionales y demás ayudas a las que se puede recurrir

II.-Preparación de los niños ante la salud y la enfermedad con la creación de hábitos adecuados y la información pertinente adecuada a su edad.

3.- La responsabilidad de una Educación correcta y completa en estos campos compete al P. de S. pero sólo en parte. Han de colaborar otras instituciones sociales. En especial la Escuela.

IV.- Problemas que obstaculizan la comunicación

1.-Es difícil conseguir la confianza y colaboración de la madre porque los padres no tienen opción de elegir el médico de su hijo.

2.-El médico tiene muy poco tiempo para dedicar a cada enfermo y no puede establecer todos los canales de comunicación que, a su juicio, serían necesarios.

3.-la información puede sufrir interferencias cuando hay varios médicos informando a la madre del niño: de cabecera, especialistas, del hospital, etc.

4.-Aunque el papel mediador de la madre (o de ambos, padre y madre) es claro y hay que recurrir a esta función, los Profesionales de Salud deben saber si la relación que mantiene el niño con sus padres es buena o no, y esto es muy

difícil -si no imposible- de averiguar.

5.- Abuelas, vecinas, etc. representan el "*me dijeron que esto era muy bueno...*" o la superstición frente a la ciencia, o la incultura frente a la cultura, como una barrera para la fluidez y eficacia en la comunicación con la madre del paciente.

V.- Posibles medidas para mejorar la comunicación

1.- La humanización en las relaciones P. de S./niño y madre es un tema de interés en el que hacen primordial hincapié las ATS que han de relacionarse muy directamente con las madres.

2.- Unir a niños y madres más tiempo en el hospital. Los padres a veces lo hacen mejor como ya se ha dicho, por lo tanto, a veces es el padre el que debería estar en el hospital con el niño e, incluso, ir a la consulta.

3.- Evitar tratamientos y hospitalizaciones innecesarios. Aunque muchos de los encuestados que mencionan este tema también aluden a la dificultad de la toma de decisiones.

4.- Estructurar las relaciones del P. de S. con los padres y familiares de los enfermos infantiles, dentro de los ambientes sanitarios, de forma que además de proporcionarles informaciones técnicas se le ofrezca también apoyo social.

5.- La mejor forma de mejorar la comunicación con las madres es:

a) Pedirles que sean partícipes del tratamiento.

b) Hacerlas asumir su responsabilidad en la curación.

c) Atenderlas (hablar con ellas) cada vez que lo necesiten.

Eso las relaja y concentra sus intereses en el niño.

VI.- La comunicación del P. de S. con el niño enfermo

En este apartado, finalmente, se han incluido todos los contenidos en los que se hace alusión a la relación directa con los niños. Aunque nuestro tema central es el del papel mediador de la madre, hemos encontrado un amplio conjunto de datos en los que se muestra a los Profesionales de Salud en interacción con sus pacientes sin ningún intermediario directo.

La mayoría de estos datos provienen, como es natural, del personal de los Hospitales y las UCI infantiles pero en líneas generales el resto de los encuestados coincide con sus afirmaciones.

1.- **La forma de comunicarse con los niños** es un problema que preocupa a todos los P. de S. encuestados que desearían poder mejorar la calidad de sus

relaciones, sobre todo disponiendo de más tiempo porque la comunicación que mantienen con los niños es afectiva, no lógica y lo que tienen que manejar al tratar con ellos es el cariño y el afecto.

Los niños no son capaces de comprender su enfermedad y no es fácil razonar con ellos sobre todo si son menores de seis o siete años. Se dejan guiar mejor por una mezcla de autoridad y ternura las cuales se expresan sobre todo a través de aspectos no verbales de la comunicación como el tacto, la sonrisa, las actitudes personales, etc. y eso requiere tiempo, un tiempo que los P. de S. denuncian no tener.

2.- **La expresividad infantil** es una de las más ricas fuentes de información para el P. de S. Los encuestados afirman que los niños son más sinceros y la relación con ellos es más limpia que con los adultos. No simulan o lo hacen muy rara vez aunque entre los casos concretos recogidos tenemos algunas conductas de simulación verdaderamente singulares.

3.- Con este y otros datos similares hemos encontrado que los encuestados daban un alto valor a la **comunicación no verbal entre niño y los P. de S.** En este punto se han incluido también condicionantes ambientales como el prestigio de la bata y otros "artefactos" (Knapp, 1980) o la impresión que pueden llegar a causar los locales y utensilios profesionales.

4.- **Las reacciones infantiles ante el acto médico** son otro de los aspectos que se señalan como más diferentes cuando el niño está relacionándose él solo con los P. de S. o cuando está en presencia de la madre. A veces desencadenan conductas histéricas por ciertos condicionamientos, por reflejo de las conductas que han observado en sus padres o por mala formación sanitaria previa. Los P. de S. encuestados opinan que, salvo algunas excepciones, ellos manejan mejor a los niños solos sin la presencia de la madre.

5.- **La comunicación en las UCI y en casos graves** es un caso muy especial. Aunque aparentemente la cantidad y calidad de las interacciones comunicativas pueda ser escasa ya que por su gravedad los niños no están capacitados para relacionarse, tanto los médicos como los profesionales de enfermería y demás personal nos han asegurado que, a su manera, los niños reaccionan no sólo ante su presencia profesional y los cuidados técnicos que les dispensan, sino que responden claramente a sus palabras y manifestaciones de afecto. A título de ejemplo podemos citar las afirmaciones del personal de una UCI acerca de un bebé prematuro que les reponía con una clara agitación motora e incluso sonreía cuando se aproximaban a su incubadora. Y, desde luego, todo el personal encuestado está seguro de las comunicaciones que los niños establecen a través de sus expresivas miradas por muy graves que se encuentren.

CONCLUSIONES

A) Confirmación de hipótesis

Como resumen generalizado puede afirmarse que se confirman las hipótesis parciales previstas. Se exponen a continuación, con relación a cada una de las hipótesis, los puntos de las conclusiones en los que destaca esta confirmación:

La **primera hipótesis parcial** suponía que la mediación comunicativa se va a ejercer, ante todo, sobre las informaciones que, acerca del niño y su enfermedad, reciban los Profesionales de Salud. Queda confirmada especialmente en los puntos I.1, I.2, III.2, II.3, IV.4, IV.5, VI.2, VI.3 y VI.4.

La **segunda hipótesis parcial** suponía que también estarán mediadas las informaciones que, como respuesta, reviertan desde los Profesionales de Salud al propio niño enfermo y al resto de la familia (diagnóstico, pronóstico y tratamiento). Queda confirmada sobre todo en los puntos I.4, I.5, II.1, III.1, III.3, IV.1, IV.2, IV.3, V.1, V.4, V.5, VI.1 y VI.5.

La **tercera hipótesis parcial** suponía que el "*coping*" que haga el niño de su propia situación de falta de salud y la imagen que construya de sí mismo como enfermo serán las que vea en el "*espejo*" que le presente la actitud de su madre y, tras ella, el padre y el resto de la familia (Cobo Medina, 1983). Su confirmación se puede estudiar en los puntos I.3, I.4, II.2, III.2, V.2, V.3, y VI.4.

B) Formulación de conclusiones

Junto a esta enumeración, y dada la riqueza de informaciones obtenidas en las entrevistas y la observación, exponemos a continuación las conclusiones del equipo que ha realizado este trabajo. Dichas conclusiones fueron contrastadas, después de su redacción, con los P. de S. que habían colaborado:

1.- Todos los sujetos encuestados afirman la enorme importancia de comunicarse bien con los niños enfermos. Y exponen dos objetivos básicos que justificarían esta importancia:

- a) la satisfacción de usuarios y profesionales.
- b) el éxito en la curación de la enfermedad.

Efectivamente, se desprendía de sus afirmaciones así como de sus actitudes hacia este problema la convicción de que unas interacciones bien estructuradas y una comunicación fluida y positiva revertirían de forma muy beneficiosa tanto en la eficacia de su trabajo como en el logro de una mayor satisfacción tanto

para ellos como para los usuarios de los Servicios de Salud.

2.- La madre del niño enfermo puede facilitar u obstaculizar sus relaciones con el P. de S. De ella depende en gran parte el éxito terapéutico.

Es, por lo tanto, muy importante prestar una especial atención a ese tercer polo que, en las relaciones del pequeño enfermo con el personal sanitario, ocupa la madre con toda la fuerte carga emocional y significativa que su presencia tiene en el acontecer vital del hijo.

3.- Se ha hecho precisa (tal como estaba previsto en las hipótesis previas) una clasificación de los estilos de comunicación según diversas situaciones, destacando entre ellas:

a) La edad del niño enfermo.

b) El ambiente, físico y psicosocial, donde transcurre la enfermedad del pequeño y se desarrollan las interacciones estudiadas.

c) Las características de la enfermedad (gravedad, cronicidad, estadios terminales, etc.)

d) la personalidad de la madre en la que destacan, entre otros como queda dicho, dos factores interrelacionados entre sí: el nivel sociocultural y el equilibrio psicológico.

4.- Parece que, para algunos niños sobre todo en situaciones de hospitalización, el rol maternal puede ser desempeñado en ausencia de la madre por una persona sustituta, alguien del personal de salud que esté en contacto directo y frecuente con él. Por lo general se trata de una mujer y lo más normal es que forme parte del personal de enfermería aunque también puede ser una de las médicas. Esta situación obedece a dos factores claros y sencillos.

El primero de ellos es el incremento del número de mujeres entre los profesionales de los servicios de salud y el segundo es una cuestión sociocultural ya que lo estadísticamente normal en nuestra sociedad es que si falta la madre sea otra mujer del entorno familiar la que haga sus veces.

De este dato se deriva la posibilidad de un nuevo campo de estudios, el de la ambigüedad de rol que se puede plantear a las mujeres Profesionales de Salud. Estas mujeres pueden encontrar dificultades en deslindar en sus actitudes los matices de conductas maternas de los de conductas profesionales con los consiguientes daños emocionales y de productividad y eficacia.

(Este tema solo queda aquí apuntado como una llamada de atención y un campo abierto a nuevas investigaciones que seran muy fructíferas dado que el problema de ambigüedad de rol puede repercutir en la identidad profesional de la persona que lo padezca así como en su eficacia laboral, pero también puede darse el caso de que afecte a su salud mental. (Peiro, Melia, Luque y Los-

certales, 1991))

5.- Se puede afirmar que se percibe también la urgente necesidad de una mejor preparación de los padres (ambos) para que puedan adoptar las actitudes más adecuadas ante la enfermedad de su hijo. Este tema es un problema general que ha de ser resuelto dentro de la programación de Educación para la Salud de la población en general, pero que también debe ser abordado como un capítulo de lo que se podría denominar más específicamente: Educación Sanitaria familiar.

6.- En la madre, las elevadas tasas de ansiedad (no controladas) y la proyección inconsciente de problemas personales y familiares son dos de las mayores dificultades para una buena comunicación con el P. de S. (sobre todo en: información sobre el niño y recepción de instrucciones para su cuidado).

7.- Dentro de los procesos de influencia social los P. de S. estiman más efectiva la Persuasión a través de la **información** y el **trato afectuoso** que el Poder (incluso el referente). Sin embargo encuentran una barrera en las estereotipias y creencias erróneas de las madres y en los miedos irracionales de los niños.

8.- El niño enfermo tendrá miedo o confianza (obstáculo o colaboración) según haya sido su conocimiento previo del hospital, el consultorio y el P. de S. Y eso depende mucho de cómo la madre le haya preparado (consciente o inconscientemente).

9.- El niño hospitalizado debe estar todo el tiempo posible con su madre.

10.- Y como resumen y conclusión final de este trabajo se puede afirmar que hemos encontrado, tanto en el P. de S. como en los usuarios la de una necesidad de mejorar la dinámica comunicativa entre el pediatra y los demás P. de S. y la constelación familiar.

REFERENCIAS

Cobo Medina C. *Paidopsiquiatría Dinámica*, I. Roche, 1983.

Daubenmire MJ. Nurse-Patient-Physician communicative interaction process. En: HH Werley et al. (editores). *Health Research the systems approach*. New York: Springer, 1976.

Eisemberg L. The search for care. *Daedalus*, 1977, 106, 235-46.

Friedman HS y Di Matteo MR. Health care as an interpersonal process. *J Soc Issues*, 1979, 35, 1-11.

Jimenez Burillo F. *Psicología Social*. Madrid: UNED, 1984.

Knapp. *La comunicación no verbal*. Paidós "Comunicación", 1980.

Parsons T. The sick role and the role of the physician reconsidered. *Mill Bank Memorial Fund Quart*, 1975, 53, 257-78.

Peiró JM y cols. Conflicto y ambigüedad de rol en ambientes organizacionales. *I Symposium sobre Psicología de la Excepcionalidad*. Barcelona, 1983.

Peiró JM, Melia, Luque y Loscertales F. *El estrés de enseñar*. Sevilla: Alfar, 1991.

Pendleton D y Hasler J (editores). *Doctor-Patient communication*. Londres: Ac.Press.

INFLUENCIA DEL CONOCIMIENTO DE LOS RESULTADOS DE LA PRUEBA DE ANTICUERPOS FRENTE AL VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA (VIH), EN LOS COMPORTAMIENTOS DE PREVENCIÓN DE LOS ADICTOS A LAS DROGAS POR VÍA PARENTERAL (ADVP).

Montserrat Planes Pedra

Departament de Psicologia de l'Educació (U.A.B.)

Estudi General de Girona

RESUMEN

A partir de la revisión de los trabajos de diferentes autores respecto a la conveniencia de realizar las pruebas de anticuerpos frente al virus de inmunodeficiencia humana (VIH) a los adictos a las drogas por vía parenteral (ADVP), especialmente por la posible influencia del conocimiento del estatus serológico propio en los comportamientos de prevención, se plantean algunos problemas detectados en el grupo de sujetos que obtiene resultados seronegativos y se proponen posibles soluciones.

Palabras clave: ADVP, HIV, Consejo.

ABSTRACT

Starting from a review of the works of various authors with respect to the usefulness of carrying out tests of antibodies against the human immunodeficiency virus (HIV) on intravenous drug users (IVDU), especially for the possible influence of the knowledge of the patients own serological status on preventive behaviour, raising some problems detected in the group of subjects

which obtains seronegative results and proposing possible solutions.

Key words: IVDU, VIH, Counseling.

INTRODUCCION

En este trabajo nos proponemos dos objetivos fundamentales:

1) Mostrar que la mayoría de los sujetos adictos a las drogas por vía parenteral (ADVP) que han obtenido resultados negativos en el test de anticuerpos frente al virus de inmunodeficiencia humana (VIH), después de conocer los resultados de la prueba no suelen utilizar precauciones en sus relaciones sexuales, por lo que continúan poniéndose en riesgo de infectarse con el virus del Sida,

2) Sugerir que, por lo tanto, que se debe prestar tanta atención, o más, al consejo que se proporciona a los ADVP que obtienen un resultado de seronegatividad, como al que reciben los ADVP que resultan estar infectados.

Desde hace unos años, la realización de las pruebas de anticuerpos frente al VIH a los individuos con prácticas de riesgo, ha resultado ser un tema polémico (Casadonte et al., 1990; Green et al., 1989; Howell y Niven, 1989; Kurth y Hutchison, 1989; Mersky, 1989; Moulton et al., 1991; Sorrell y Springer, 1989; Volberding, 1989) pero, por lo general, existe acuerdo para recomendarlas en la mayoría de los casos, aunque bajo las condiciones de voluntariedad, confidencialidad y consejo antes y después de recibir el diagnóstico (Howell y Niven, 1989; Mersky, 1989; Morin, 1988; Sorrell y Springer, 1989).

Excepto en aquellos casos en que los sujetos, a pesar de haber recibido consejo, no se encuentran emocionalmente preparados para afrontar un resultado de seropositividad, se considera que conocer los resultados de la prueba puede tener consecuencias positivas, tanto a nivel individual como social. Entre las consecuencias más importantes destaca la posibilidad de proporcionar a los seropositivos la asistencia médica y psicológica que necesiten, ya sea para tratar de evitar la transmisión de la infección, o para conservar en lo posible la propia salud (Sorrel y Springer, 1989; Volberding, 1989). Y aunque algunos autores consideran que el mero conocimiento de que se es seropositivo puede actuar como motivación para proteger la salud propia y la de otras personas (Howell y Niven, 1984; Millson et al., 1990; Van Griensven et al., 1989), otros aconsejan colocar el énfasis no tanto en el conocimiento del diagnóstico, sino en el consejo anterior y posterior a éste (Inciardi, 1990; Morin, 1988; Pelosi, 1988).

En España, a diferencia de lo que ocurre en los países anglosajones, los porcentajes más elevados de sujetos que padecen SIDA se encuentran entre los

adictos a las drogas por vía parenteral (ADVP), con un 63.3% de afectados a finales de marzo de 1991. Así mismo, de 201 niños que padecen SIDA en esa misma fecha, 121 son hijos de mujeres adictas y otros 32 de mujeres que se han contagiado a través de las relaciones sexuales (OMS, 1991).

Aunque la principal vía de contagio continúa siendo el uso de material de inyectar no estéril, se está comprobando un importante incremento de la transmisión heterosexual, resultando especialmente afectadas las parejas no toxicómanas de los adictos y sus futuros hijos (Campbell, 1990 ; Cochran y Mays, 1989).

Dada la alta prevalencia de la infección en este colectivo, diversos autores (Howell y Niven, 1989; Pelosi, 1988) han propuesto que sean los profesionales de los centros de desintoxicación y deshabitación los encargados de ofrecer y facilitar a sus pacientes la oportunidad de hacerse las pruebas, evitándose, de esta forma, que un sujeto tenga que enfrentarse al diagnóstico de ser seropositivo (VIH+) sin recibir información y consejo por parte de los profesionales adecuados, tal y como había sido puesto de manifiesto anteriormente en algunas investigaciones sobre este tema (McKeganey , 1990; Royo et al., 1990).

Ahora bien, por lo general, a la hora de comunicar los resultados de la prueba de anticuerpos, se acostumbra a prestar más atención a los diagnósticos de **seropositividad** que a los de seronegatividad (Sanchís, 1990; Volberding, 1989) probablemente por dos importantes motivos: 1) es de gran interés conseguir que el sujeto seropositivo (VIH+) comprenda que, en adelante, tiene que abandonar una serie de comportamientos de riesgo y adoptar comportamientos preventivos con el objetivo de evitar infectar a otros y reinfectarse a sí mismo -provocándose una reactivación del virus si está latente o empeorando la enfermedad si ya tiene síntomas (Green et al., 1989)- y 2) es conveniente que se intente reducir el impacto emocional del diagnóstico ya que, en algunos casos, puede llegar a desorganizar gravemente la conducta del sujeto (Kurth y Hutchison, 1989; Volberding, 1989) o sumirle en la depresión (Jacobsen et al., 1990; McKeganey , 1990; Millson et al., 1990).

Sin embargo, en el caso de los **seronegativos** (VIH-) la comunicación del diagnóstico está menos elaborada y a veces sólo se le dedica algunos minutos (Cfr. Mersky, 1989), probablemente porque no se suelen producir reacciones emocionales negativas que precisen un apoyo inmediato y un posterior seguimiento, ni es necesaria la intervención médica para mantener controlada la infección, ni existe la responsabilidad social de tratar de evitar el contagio a terceras personas; pero como vamos a exponer a continuación, un diagnóstico de seronegatividad puede ser tan importante y trascendente, a corto y a largo plazo, como uno de seropositividad, especialmente dentro del grupo de los

ADVP donde la prevalencia de la infección con el VIH es extraordinariamente elevada (Des Jarlais et al., 1990).

ANÁLISIS FUNCIONAL DEL COMPORTAMIENTO : ANTECEDENTES Y CONSECUENCIAS DE LA CONDUCTA DE REALIZACIÓN DE LAS PRUEBAS DE ANTICUERPOS FRENTE AL VIH

Desde el punto de vista del análisis funcional del comportamiento, en algunas publicaciones se ha puesto de relieve que existen diferentes categorías de sujetos entre los que voluntariamente se realizan la prueba. Por lo que se refiere a los que obtienen resultados negativos se acostumbra a dividirlos entre los "*worried well*" -sujetos que están preocupados y que se hacen la prueba porque quieren encontrar un alivio para su ansiedad mediante la obtención de un diagnóstico de seronegatividad (Grant y Anns, 1988; Mersky, 1989)- y los "*unworried well*" que se pueden a su vez dividir en dos grupos: los que no están preocupados porque no han realizado prácticas de riesgo (algo bastante improbable en el caso de los ADVP) y los que están despreocupados a pesar de que, anteriormente, han realizado comportamientos que les han puesto en peligro de infectarse (Green et al., 1989; Mersky, 1989).

Es posible que algunos sujetos de este último grupo reaccionen frente al diagnóstico de seronegatividad, adquiriendo o reafirmando en la creencia de que no es en absoluto necesario que modifiquen su comportamiento puesto que no les ha producido la infección (Caffrey, 1988; Cfr. Sorrell y Springer, 1989; Kurth y Hutchison, 1989; Mersky, 1989) o bien interpretando que su seropositividad es un estado definitivo (Royo et al., 1990) o una peculiaridad propia (Kurth y Hutchison, 1989).

Es, por lo tanto, muy conveniente conseguir que estos sujetos comprendan que la infección es un suceso sólo probable que aparece como consecuencia de determinadas conductas y que el hecho de no haberse infectado en el pasado no les garantiza que no les pueda ocurrir en el futuro. Esta tarea educativa es especialmente difícil puesto que, como algunos autores han señalado (Kahneman y Tversky, 1984, p. 345), en situaciones de elección los sujetos tienden a desestimar las probabilidades pequeñas relacionadas con posibles pérdidas y actúan como si el riesgo fuera nulo.

Así mismo, el sujeto tiene que conocer que existe un período de tiempo durante el cual, a pesar de que el virus ya ha infectado el organismo y puede ser transmitido a otras personas, las pruebas no son capaces de detectar su presencia (período ventana) y aunque se suele aconsejar la repetición de la prueba a

los tres y a los seis meses (Green et al., 1989; Mersky, 1989) en algunos casos la seroconversión se ha demorado más de dos años (Imagawa et al., 1989; Cfr. Sorrell y Springer, 1989).

RESULTADOS DE LAS INVESTIGACIONES SOBRE LOS CAMBIOS DE COMPORTAMIENTO PRODUCIDOS A RAÍZ DEL CONOCIMIENTO DE LOS RESULTADOS DE LAS PRUEBAS DE ANTICUERPOS FRENTE AL VIH

Las investigaciones que se han realizado para evaluar el impacto que tiene sobre el comportamiento de los ADVP, el hecho de conocer los resultados de la prueba de anticuerpos frente al VIH, han obtenido resultados diferentes en función de los comportamientos estudiados y del tipo de diagnóstico comunicado:

Casadonte et al. (1990) en un estudio longitudinal de 10 semanas realizado con 50 ADVP, encontraron que el conocimiento del diagnóstico serológico reforzó las tendencias previamente existentes hacia la reducción del riesgo, tanto en los VIH+ como en los VIH-, pero los VIH+ utilizaron en mayor proporción y de forma más consistente los preservativos (ver Tabla 1). Este estudio presenta algunos inconvenientes, a la hora de analizar los cambios en el comportamiento de los seronegativos, debido a que se les comunicaban los resultados de un análisis en el que se había utilizado sangre extraída dos años antes, por consiguiente, algunos VIH- tuvieron dudas sobre su auténtico estatus serológico actual que podían haber influido en su comportamiento.

Tabla 1.- Cambios en el comportamiento comunicados por los sujetos a las 2 y a las 8-10 semanas de conocer los resultados de la prueba de anticuerpos frente al VIH (Adaptado de Casadonte et al., 1980).

	2 semanas				8-10 semanas			
	Relaciones sexuales		Inyectar drogas		Relaciones sexuales		Inyectar drogas	
	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
VIH+ (n: 15)	3 (2)	12	1	14	6 (5)	9	2	13
VIH- (n: 35)	18 (5)	17	3	32	24 (5)	11	9	26

Entre paréntesis, sujetos que utilizaron preservativo en todas las relaciones sexuales.



Pascual et al. (1989) en un estudio longitudinal, evaluaron mediante autoinformes los cambios conductuales de 32 ADVP después de recibir un diagnóstico de seropositividad, encontrando que, a los 15 días de conocer los resultados, 8 de los 32 sujetos tomaban algún tipo de precaución sexual para evitar contagiar a otros, a los 30 días eran sólo 3 sujetos los que tomaban esas precauciones y a los 3 meses sólo uno. En cuanto a los comportamientos de drogadicción, a los 15 días, 25 sujetos habían modificado sus hábitos de riesgo, a los 30 días la cifra se reducía a 5 sujetos y a los tres meses eran únicamente dos sujetos los que continuaban haciendo algún tipo de prevención.

Royo et al. (1990) entrevistaron a 80 sujetos VIH+ antiguos pacientes de un centro de desintoxicación. Los autores encontraron que, por lo general, el conocimiento del diagnóstico de seropositividad había aumentado la probabilidad de abstinencia y reducido los comportamientos de riesgo, tanto de drogadicción como sexuales.

Van den Hoek et al. (1989), en el marco de un programa de intercambio de material de inyectar, encontraron un importante decremento en los comportamientos de compartir agujas, tanto en los ADVP que eran VIH+, como en los VIH- y en los que no conocían su estatus serológico (VIH?). Los autores atribuyen el comportamiento preventivo de los sujetos no sólo al programa de intercambio de agujas o al programa de pruebas voluntarias, sino a la combinación de éstos con un consejo intensivo.

En una investigación realizada por la autora (Planes, 1991), en la que participaron 110 ADVP que estaban recibiendo tratamiento en diferentes centros institucionales, de 31 sujetos VIH+ que informaron haber mantenido relaciones sexuales con penetración durante el mes anterior a la entrevista, 20 utilizaron el preservativo siempre (64.5%), mientras que 5 utilizaban precauciones que podrían reducir el riesgo de infección con el VIH (eyacular fuera de la vagina/recto/boca, o utilizar el preservativo sólo a veces) y 6 no usaban ningún tipo de precaución. En el caso de los VIH-, de 32 individuos que tuvieron relaciones sexuales durante ese mismo período, sólo 5 habían utilizado siempre el preservativo (15.6%), 4 utilizaron precauciones que reducían el riesgo y 23 no usaron ningún tipo de precaución. La relación entre el estatus serológico de los sujetos y el grado de eficacia de las precauciones utilizadas fue significativa (ver Tabla 2).

Tabla 2.- Estatus serológico de los sujetos y uso de precauciones con diferentes grados de eficacia en las relaciones sexuales mantenidas durante el mes anterior a la entrevista (Planes, 1991).

	Precauciones en las relaciones sexuales		
	Eficaces	Reducen riesgo	Nulas
VIH+ (n: 31)	20 (64.5%)	5 (16.1%)	6 (19.3%)
VIH- (n: 32)	5 (15.6%)	4 (12.5%)	23 (71.8%)

Chi cuadrado: 19.219; $p < 0.001$.

Por otra parte (ver Tabla 3), de 12 sujetos que en el día de la entrevista creían que continuaban siendo VIH- y hacía menos de tres meses que conocían el diagnóstico, ninguno había usado siempre preservativo en sus relaciones sexuales durante el mes de referencia y sólo uno utilizaba precauciones que podían reducir el riesgo; mientras que de 11 sujetos VIH- que hacía tres o más meses que conocían los resultados de la prueba, 5 usaron preservativo en todas sus relaciones sexuales, uno utilizó precauciones que reducían el riesgo y los 5 restantes no usaron ningún tipo de precaución; observándose que la relación entre tiempo de conocimiento de los resultados de la prueba y grado de eficacia de las precauciones utilizadas era significativa. Aunque los resultados no permiten una interpretación causal, llama la atención el hecho de que ninguno de los sujetos que tenía un diagnóstico reciente de seronegatividad tomaba precauciones en sus relaciones sexuales y ello hace que nos preguntemos si estos sujetos habrían recibido el consejo adecuado.

Tabla 3.- Grado de eficacia de los comportamientos sexuales de prevención realizados por los sujetos VIH- (que creen que siguen siendo seronegativos el día de la entrevista) y tiempo que hace que conocen los resultados de seronegatividad)Planes, 1991).

		Tiempo de conocimiento de los resultados de seronegatividad	
		Menos de 3 meses	3 meses o más
Grado de eficacia de las precauciones	Eficaces	--	5
	Poco o nada eficaces	12	6

Prueba de Fisher bilateral, $p: 0.0274$.

Teniendo en cuenta las investigaciones revisadas, por lo general se aprecia mayor uso de precauciones en los ADVP VIH+ que en los HIV- (ver Tabla 4), al igual que ocurre entre los homosexuales VIH+ respecto a los VIH- (Van Griensven et al., 1988; 1989; Wiktor et al., 1990).

Tabla 4.- Influencia del conocimiento de los resultados de la prueba de anticuerpos, en los comportamientos preventivos (sexuales o adictivos) frente al VIH de los ADVP, según los resultados de las diferentes investigaciones revisadas.

Tipo de diseño	Estatus serológico	Efectos sobre el comportamiento	Investigaciones revisadas
INTRA-sujeto	VIH+	Más prevención que antes de conocer los resultados	Casadonte et al., 1990 Pascual et al., 1989 Royo et al., 1990 Van den Hoek et al., 1989
		Igual o menos prevención	
ENTRE-sujetos	VIH+	Más prevención que los VIH-	Casadonte et al., 1990 Planes, 1991
		Igual o menos prevención que los VIH-	Van den Hoek et al., 1989

DISCUSION Y CONCLUSIONES

En primer lugar, debemos mencionar que pueden existir algunas limitaciones en la interpretación de estos resultados ya que, en algunos casos, se comprueba que el paso del tiempo a partir del momento del conocimiento de estatus serológico puede tener influencia en la iniciación y/o mantenimiento de los comportamientos de prevención, pero con efectos diferentes según se trate de seropositivos o seronegativos (Cfr. Pascual et al., 1989; Planes, 1991). Así mismo, conviene tener presente que en ninguno de los estudios revisados se ha podido comprobar la validez de los datos informados y podría haberse producido un sesgo de "deseabilidad social" en las respuestas de los VIH+ (Des Jarlais et al., 1990). No obstante, las informaciones proporcionadas por los VIH- que

probablemente no estén influidas por dicho sesgo, ponen de relieve que un alto porcentaje de los sujetos seronegativos que participaron en las investigaciones revisadas, continuaban practicando comportamientos que les ponían en riesgo de infectarse con el VIH.

En resumen, parece que existen pocas dudas sobre la utilidad de la realización de pruebas de anticuerpos para motivar los comportamientos de prevención de los ADVP, siempre que las pruebas sean realmente voluntarias y confidenciales y se les proporcione consejo adecuado durante el tiempo que sea necesario.

Por lo que se refiere a dicho consejo, pensamos que se debe incrementar la atención dedicada a los sujetos que resulten ser seronegativos y ofrecerles asesoramiento específico que debería incluir, entre otros componentes, el examen detallado de sus anteriores comportamientos relacionados con la adicción, así como de los sexuales, hasta tener la certeza de que el sujeto es capaz de evaluar correctamente el grado de peligrosidad de cada uno de ellos, absteniéndose de interpretar la ausencia de un suceso sólo probable (infectarse con el VIH) con una característica personal de invulnerabilidad; teniendo presente, por otra parte, que la información es una condición necesaria, pero no suficiente, para que se realicen comportamientos de prevención (Bayés, 1990, Des Jarlais y Friedman, 1988).

También habría que hacer especial hincapié en la necesidad de que los sujetos seronegativos tomen activamente precauciones eficaces (excepto en algunos casos muy concretos de parejas seronegativas estables, rehabilitadas de la droga y monógamas), puesto que la prevalencia de la infección dentro del colectivo de ADVPs es muy elevada, se da entre ellos la triple forma de transmisión (sexual, sanguínea y materno-filial) y los sujetos son jóvenes que probablemente tendrán varias parejas, ya sea de forma simultánea o sucesiva. Por otra parte, éste sería un enfoque de la prevención más realista, teniendo en cuenta la situación de los ADVP, ya que no haría recaer la responsabilidad de evitar la transmisión del virus casi exclusivamente en los adictos seropositivos quienes, en muchos casos, tienen importantes problemas económicos y legales a los que hacer frente, así como carencias culturales y de apoyo social que pueden dificultar la realización de los comportamientos preventivos.

REFERENCIAS

- Bayés R. Aspectos psicológicos relacionados con el problema de la prevención del SIDA. En: R Nájera, (editor). *SIDA: De la Biomedicina a la sociedad* (pp. 377-90). Madrid: Ediciones de la Universidad Complutense, 1990.
- Campbell CA. Women and AIDS. *Society Scientific Medicine*, 1990, 30, 407-15.
- Casadonte PP, Des Jarlais DC, Friedman SR y Rotrosen JP. Psychological and behavioral impact among intravenous drug users of learning HIV test results. *Int J Addict*, 1990, 25(4), 409-26.
- Cochran SD y Mays VM. Women and AIDS-related concerns. *Am Psychol*, 1989, 44(3), 529-35.
- Grant D y Anns M. Counseling AIDS antibody-positive clients : Reactions and treatment. *Am Psychol*, 1988, January, 72-4.
- Green S, Christie P y Green F. Counselling patients for their HIV testing. *Pulse*, 1989, February 25, 88.
- Des Jarlais DC y Friedman SR. The psychology of preventing AIDS among intravenous drug users. A social learning conceptualization. *Am Psychol*, 1988, 43(11), 865-71.
- Des Jarlais DC, Friedman SR y Casriel C. Target groups for preventing AIDS among intravenous drug users: 2.The "hard" data studies. *J Consult Clin Psychol*, 1990, 58(1), 50-6.
- Howell EF y Niven RG. The argument for HIV-antibody testing in chemical dependence treatment programs. *J Psychoactive Drugs*, 1989, 21(4), 415-7.
- Inciardi JA. Federal efforts to control the spread of HIV and AIDS among IV drug users. *American Behavioral Scientist*, 1990, 33(4), 408-18.
- Jacobsen PB, Perry SW y Hirsch DA. Behavioral and psychological responses to HIV antibody testing. *J Consult Clin Psychol*, 1990, 58(1), 31-7.
- Kahneman D y Tversky A. Choices, values and frames. *Am Psychol*, 1984, 39(4), 341-50.

Kurth A y Hutchison M. A context for HIV testing in pregnancy. *J Nurse Midwifery*, 1989, 34(5), 259-66.

McKeganey N. Being positive : drug injectors' experiences of HIV infection. *Br J Addict*, 1990, 85, 1113-24.

Mersky SA. Testing for human immunodeficiency virus in chemical dependence treatment programs. *J Psychoactive Drugs*, 1989, 21(4), 407-13.

Millson M, Coates R, Devenyi P, Franklin T y Rankin J. Aids-related knowledge, attitudes and behaviour in injection drug users attending a Toronto treatment facility. *Can J Public Health*, 1990, 81, 46-9.

Morin SF. Aids: The challenge to Psychology. *Am Psychol*, 1989, 43(11), 838-42.

Moulton JM, Stempel RR, Bacchetti P, Temoshok L y Moss AR. Results of a one year longitudinal study of HIV antibody test notification from the San Francisco General Hospital Cohort. *J Acquir Immune Defic Syndr*, 1991, 4, 787-94.

O.M.S. Información Epidemiológica. Casos de SIDA declarados en la región europea de la OMS (31 países) hasta la revisión del primer trimestre de 1991, según criterios de definición de caso CDC 1987/OMS/1988. *Publicación Oficial de la Sociedad Española Interdisciplinaria de S.I.D.A.*, 1991, 2(8), 373-7.

Pascual JM, Rubio G, López-Trabada JR y De las Heras FJ. Cambios de comportamiento en un grupo de adictos a las drogas por vía parenteral, tras la notificación de su seropositividad al virus de inmunodeficiencia humana. *Revista de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de Barcelona*, 1989, 16(1), 3-12.

Pelosi N. AIDS and public policy. *Am Psychol*, 1988, 43(11), 843-5.

Planes M. *La magnitud y la demora en las consecuencias como variables críticas en el autocontrol: Aplicación al caso de comportamientos de riesgo al VIH* [tesis doctoral inédita]. Universidad Autónoma de Barcelona. Bellaterra. 1991.

Royo J, Viladrich MC y Bayés R. Influencia del diagnóstico de seropositividad al VIH en los comportamientos preventivos o de riesgo de los drogadictos heroínómanos [manuscrito enviado para publicación]. 1990.

Sanchís C. Consejo. En: R Nájera, (editor). *SIDA: De la Biomedicina a la sociedad*, (pp. 309-19). Madrid: Ediciones de la Universidad Complutense, 1990.

Sorrell y Springer. The argument against HIV-antibody testing in chemical dependence treatment programs. *J Psychoactive Drugs*, 1989, 21(4), 419-21.

Van Griensven GJP, De Vroome EMM, Tielman RAP, Goudsmit J, Van der Noordaa J, De Wolf F y Coutinho RA. Impact of HIV antibody testing on changes in sexual behavior among homosexual men in the Netherlands. *Am J Public Health*, 1988, 78(12), 1575-7.

Van Griensven GJP, De Vroome EMM, Tielman RAP, Goudsmit J, De Wolf F, Van der Noordaa J y Coutinho RA. Effect of human immunodeficiency virus (HIV) antibody knowledge on high-risk sexual behavior with steady and nonsteady sexual partners among homosexual men. *Am J Epidemiol*, 1989, 129(3), 596-603.

Van den Hoek JAR, Van Haastrecht HJA y Coutinho RA. Risk reduction among intravenous drug users in Amsterdam under the influence of AIDS. *Am J Public Health*, 1989, 79(10), 1355-7.

Volberding P. HIV infection on a disease: The medical indications for early diagnosis. *J Acquir Immune Defic Syndr*, 1989, 2, 421-5.

Wiktor SZ, Biggar RJ, Melbye M, Ebbesen P, Colclough G, Digioia R, Sánchez WC, Gorssman RJ y Goedert JJ. Effect of knowledge of human immunodeficiency virus infectio status on sexual activity among homosexual men. *J Acquir Immune Defic Syndr*, 1990, 3, 62-8.

NOTA:

Este trabajo ha podido realizarse gracias a la ayuda PB89-0312 de la Dirección General de Investigación Científica y Técnica del Ministerio de Educación y Ciencia.

**SALUD Y MALESTAR DOCENTE EN PROFESORES DE EGB:
Estrés y absentismo laboral**

Javier Martínez Hernández
Universidad de Sevilla

RESUMEN

Se trata de investigar sobre un tema que está suscitando interés y preocupación en los ámbitos educativos. Nos referimos a la intensidad que está cobrando el fenómeno del malestar docente y en la posible relación con el absentismo laboral.

Con el término de malestar docente nos referimos a las secuelas que experimenta el docente en el ejercicio de su profesión, traducidas en situaciones de ansiedad, conflictos, estrés, agotamiento, devaluación de la personalidad, depresiones, etc. Todo lo cual, además de repercutir en el estado de salud de los profesores y en la calidad de la enseñanza, fomenta el absentismo laboral.

Nuestro trabajo describe la naturaleza del malestar docente (su conceptualización desde la perspectiva cognitiva), las causas, los planteamientos teóricos y los objetivos de la investigación que se concretan en el análisis de la Identidad Profesional del docente. Como parte integrante de dicha Identidad, aparece la situación de malestar en sus diversas formas.

Los resultados indican que aproximadamente un 50% está aquejado por situaciones de malestar; y una cifra parecida de profesores se ve afectado por el absentismo laboral.

Palabras clave: Malestar docente, estrés, absentismo laboral.

ABSTRACT

It is about an enquiry into a research work on a theme wich is arousing interest and concern in the educational environment. We are referring to the strength wich the fenomenon of educational malaise is gathering and to the possible relationship wich labour absenteeism.

By the term "educational malaise", we are referring to the consequences wich the teaching staff experiment while carrying out their profession, interpreted by situation of personality, depression, etc. However, besides the repercussion it has on the teachers' condition of health and on the quality of teaching, it foments labour absenteeism.

Our work describes the nature of educational malaise (making it conceptual from its very cognitive outlook), the motives, the theoretic setting up and the objectives of the investigation wich become more definite in the analysis of the professional identity of the teaching staff. Being an essential part of the mentioned identity, the situation of malaise, im its various forms, shows up.

Results indicate that about 50% are distressed by the situation of malaise; and a similar figure of teachers is seen to be affected by labour absenteeism.

Key words: Educational malaise, stress, labour absenteeism.

EL MALESTAR DOCENTE

Hablamos de Malestar Docente cuando nos referimos a las secuelas que experimenta el enseñante en el ejercicio de su profesión y que se traducen en situaciones de ansiedad, estrés, agotamiento, devaluación del yo, depresiones, etc.

Gonzalo Torrente Ballester supo expresar el estado de ánimo devaluado y desorientado del docente con estas sencillas y elocuentes palabras "*mi jubilación la he sentido como una liberación, porque la enseñanza se estaba poniendo muy pesada. Se había convertido en algo conflictivo y uno ya no sabía ni qué enseñar, ni a quién enseñar, ni cómo enseñar...*" (Cuadernos de Pedagogía, noviembre 1992, núm. 208).

Parece que el ejercicio de la enseñanza deteriora la estabilidad interior, desgasta el entusiasmo y es seguida de situaciones generalizadas de tensión y frustración. La prensa diaria, por otra parte, viene informando con cierta frecuencia sobre el tema del malestar en el profesorado, haciéndose eco de la conflictividad de los centros escolares... La crisis y el creciente descontento que

afecta a la enseñanza, la deserción de profesionales, el aumento del absentismo laboral han convertido este tema en objeto de preocupación e investigación.

Todo trabajo genera sacrificio, fatiga y malestar. En el caso de la enseñanza los problemas son esencialmente psíquicos y relacionales que, en muchos casos, son favorecidos, por una deficiente formación inicial, estados de inmadurez afectiva, una endeble estructura personal, falta de **vocación**, etc. que fuerza la salud de los profesores y los llevaría a poner en marcha defensas de diversa naturaleza para preservar el equilibrio psicosocial.

1. El malestar docente y la teoría de la disonancia cognitiva.

La teoría de la **disonancia cognitiva** se presta para explicar adecuadamente algunos aspectos del Malestar Docente de la enseñanza (MD): ese mundo de incongruencias, de ambigüedades, conflictos, percepciones, disonancias... que sitúan al docente frente a dos posturas siempre presentes y siempre opuestas, responsables de parte de la ansiedad del profesor y de difícil integración.

La disonancia cognitiva (Festinger, 1957), aplicada a la enseñanza y entendida ésta como un enfrentamiento entre la práctica docente y los ideales, supone una situación molesta, vivenciada por el sujeto, consciente o inconscientemente, como un estado de desequilibrio, inestabilidad e inseguridad, como algo angustiante que el psiquismo, siguiendo el principio de la homeostasis, trata de reducir para recuperar y procurar el equilibrio.

A nosotros se nos ocurre indicar, compaginando esta teoría, el modelo de Abraham y los resultados del MISPE (Abraham, 1974) que las vías o pautas que sigue el docente para adaptarse a la enseñanza, se asemejan a un proceso con varias opciones o estados, y que son el fruto de la elaboración que el sujeto hace de sus relaciones con los significantes del contexto educativo:

A) **Presencia de abundantes contradicciones y ambigüedades.** En un primer momento, al situarse el profesor en la realidad docente, se siente apesadado en las contradicciones y ambigüedades del sistema. Algunos permanecen en esa situación. Otros, para eludir ese estado molesto, adoptan otras soluciones para acomodarse a la realidad docente.

B) **La vía de la no implicación docente y el uso de los mecanismos de defensa.** El profesor elabora sus conflictos, y se defiende de ellos, recurriendo al uso de mecanismos de defensa que le permiten adaptarse a la realidad, con mejores o peores resultados. Los Mecanismos más usados son la **inhibición, rutina, proyección, desánimo, apatía, no implicación.**

Esta postura, en la que se enmascara el malestar, no resuelve los problemas pero permite "*ir tirando*" aunque dañando los procesos perceptivos de autoesti-

ma y autorrealización, y que van a repercutir negativamente en la calidad de la enseñanza.

C) La vía de la implicación. Devaluación del yo profesional. Estados de ansiedad permanente. En esta alternativa, el profesor se implica en los problemas de la enseñanza y en los conflictos de su rol. Persigue ajustar su actividad a esquemas perfeccionistas y a los ideales superyóicos.

Pero al estar sometido a realidades difíciles y no servirse de defensas y subterfugios o no ser éstas suficientes; al enfrentarse "*a pecho descubierto*" a las tensiones y ambigüedades de la docencia y al ser su posicionamiento rígido y poco flexible, aparece la desazón, la ansiedad, el malestar en forma de reacciones depresivas, crisis neuróticas y de ansiedad, y cuadros psicossomáticos, devaluación del yo y procesos de "*combustión*" y agotamiento.

D) La vía del equilibrio. Acomodación a la realidad. Otra forma de adaptarse tiene que ver con el grupo de profesores que han sabido y podido armonizar e integrar las exigencias de sus ideales y las demandas de la realidad. Son profesionales que no renuncian a ejercer una docencia de calidad; que "*no han tirado la toalla*", pero que conocen las limitaciones de la realidad. Saben dosificar sus esfuerzos, seleccionar y establecer relaciones de prioridad; tener sentido de la oportunidad y no perder de vista los ideales que inspiran su entrega al servicio de la enseñanza de calidad.

Este grupo no ha resuelto los problemas inherentes a la enseñanza. Tal vez sus recursos personales (madurez, equilibrio, flexibilidad, sensatez, tolerancia...) le permiten enfrentarse a la frustración y salir ilesos de esa situación. Son capaces de establecer buenas relaciones humanas y alcanzar un equilibrio personal que les permite dedicarse a resolver los problemas y ser felices. Conocen las limitaciones de su profesión pero también los aspectos gratificantes. Han sabido emprender el camino de la autorrealización.

CAUSAS DEL MALESTAR DOCENTE

La enseñanza es una actividad en la que confluyen multitud de circunstancias que producen un desgaste mental en el profesional.

En una síntesis apretada sólo queremos mencionar algunas: la crisis de la educación, el cambio constante a que están sometidas las sociedades democráticas, las actitudes contestatarias, las propias concepciones filosóficas sobre el ser humano y la educación del propio docente; las continuas demandas de la renovación pedagógica, el cambio de los planes de estudios y sistemas educativos, los escasos recursos conceptuales (formación inicial y continua) personales

y materiales, los movimientos pedagógicos de diversa índole, las críticas marxistas, los movimientos de desescolarización cuestionando la propia existencia de la escuela, la confrontación entre posturas innovadoras versus posturas de repetición y reproducción, etc.

Todo ello sitúa al docente en una posición ambigua y conflictiva que lleva a pensar que la educación tiene ingredientes suficientes para desencadenar procesos de malestar, a veces, de contenido psicopatológico.

Abundando en lo expuesto, Esteve y García Carrasco (1992), indican que un elemento característico en la educación en las últimas décadas es la plena escolarización. Ello implica un paso de un sistema de enseñanza de élite a un sistema de enseñanza de masas que ha supuesto, además de un aumento cuantitativo, la aparición de nuevos problemas cualitativos.

En este cambio cualitativo, que plantea nuevas dificultades (responsables del malestar docente), están incidiendo diversos factores contextuales que han modificado el desarrollo de la función docente.

El cambio producido en el contexto social ha influido poderosamente sobre el papel a desempeñar por el profesor en la enseñanza. Muchos profesores no han sabido adaptarse a estos cambios. Y las administraciones educativas no han diseñado estrategias de adaptación, sobre todo en los programas de formación del profesorado, que no se han aplicado sistemáticamente para responder a las exigencias planteadas por dichos cambios. El resultado más patente es el desconcierto y malestar de los profesores sobre el sentido y significado de su trabajo (Ferry, 1991).

MANIFESTACIONES DEL MALESTAR DOCENTE

Para referirse a las secuelas del malestar suelen usarse diversas expresiones: *malaise enseignant* en francés, *burnout* en inglés (literalmente quemado), estrés, agotamiento, ansiedad...

Bardo (1979) asocia el malestar a diversos síntomas y manifestaciones, tales como absentismo, falta de compromiso, anormal deseo de vacaciones, baja autoestima, incapacidad para tomarse la escuela en serio, a la vez que los problemas del profesorado lo separan cada vez más de sus alumnos. En este sentido se han situado numerosos estudios durante la década de los 80 (Kossack y Wods, 1980; Shaw, 1980; Blase, 1982; Penny, 1982; Fielding, 1982; Blasley, 1983).

1. El estrés.

Han sido muchos los autores que han tratado el tema del estrés. Groen (1977, p. 76) se refiere al estrés como a *"una condición de hiperactividad del organismo en el que, a causa de estímulos de intensidad y/o duración no habituales, se movilizan ciertos mecanismos de defensa de grado inusual para preservar su estabilidad, e incluso su vida en el entorno"*.

El olvido de la dimensión biológica del estrés, *"lo que acontece en nuestro organismo frente a determinadas situaciones"* según Polaino, conduce al error de considerar al estrés como causa de problemas y preocupaciones, cuando en realidad es un efecto, confundiendo las causas con los efectos a una situación estresante (Polaino, 1982, p. 18).

El organismo cuenta con mecanismos que regulan su funcionamiento dentro de unos límites normales. Pero en caso del estrés, y ante una hiperactividad dañina, dichos mecanismos se tornan incapaces para mantener al organismo en un estado de actividad no peligrosa. Es como cuando a un motor lo hacemos funcionar a más revoluciones que las recomendadas: el riesgo es que el motor se quemé o reviente. (Tache, Tache y Selye, 1977; Kyriacou y Sutcliffer, 1977).

Algunos organismos resisten más que otros al estrés, incluso pueden adaptarse a él mediante el entrenamiento. Los efectos del estrés serán distintos (Levin, 1975). Los cambios producidos por el estrés, siguen un proceso que Selye y cols. (1973; 1975; 1976) describen en tres etapas: **Reacción de alarma, etapa de resistencia y fase de agotamiento.**

Ante la presencia de un estímulo amenazante, la primera reacción se caracteriza por la incertidumbre y la indefensión. La capacidad de resistencia llega a ser inferior a la normal.

Si se mantiene la presencia de estímulos intensivos y estresantes, se pasa a la etapa de la resistencia en la que el organismo pone en marcha diversos recursos defensivos que aumentan su capacidad de resistencia por encima de los niveles habituales. Son respuestas homeostáticas que preservan el organismo. Si el organismo debe mantenerse en tensión un tiempo prolongado, éste puede llegar al agotamiento. Lo que había sido una reacción homeostática tendente a recuperar el equilibrio, se convierte en un peligro potencial.

La tercera es una fase de agotamiento en la que el organismo se siente incapaz para seguir manteniendo esas respuestas adaptativas pues el estímulo estresante no se ha reducido, y psicológicamente se le exige mantener su capacidad de resistencia.

En el plano mental, el estrés permanente puede desembocar en una depresión y en una ansiedad general; jaquecas, úlceras, etc. Aplicado a los profesos-

res, Kyriacou y Sutcliff (1977) describen el estrés como *"una respuesta del enseñante con efectos negativos (cólera, ansiedad o depresión) acompañada de cambios fisiológicos potencialmente patógenos (incremento de la tasa cardíaca, descarga de hormonas en el torrente sanguíneo...) como resultado de las demandas que se le hacen en su papel de tal..."*

2. El agotamiento.

Como resultado del ciclo degenerativo de la eficacia docente ante los esfuerzos del profesor y los malos resultados de los alumnos, o por la acumulación de trabajo, es una consecuencia del ejercicio de la profesión en las circunstancias negativas que la rodean y que, a veces, llegan a tornarse estresantes. La OIT (1981) menciona que los síntomas más frecuentes entre los enseñantes son un sentimiento de agotamiento y de frustración.

El ejercicio de la profesión, en un entorno social y psicológico inclemente, obliga a los profesores a esforzarse mucho más, dificulta su adaptación y va dejando un lastre de inquietud y desasosiego indefinidos, de forma que si perdura la situación, lleva al docente a un agotamiento, con la aparición de enfermedades diversas.

"Un número creciente de estudios realizados en los países desarrollados muestra que los enseñantes corren el riesgo de agotamiento físico o mental bajo los efectos de dificultades materiales y psicológicas asociadas a su trabajo. Estas dificultades, además de llegar a afectar a su salud personal, parecen constituir una razón esencial de los abandonos que se observan en esta profesión" (OIT, 1981, p. 123).

Muchos autores señalan la falta de tiempo para atender a las múltiples responsabilidades acumuladas sobre el profesor, así como la actividad fragmentaria y dispersa, los roles en conflicto, etc., como la causa de su agotamiento (La National Education Association, 1967; Olander y Farrell, 1970; Coates y Thorensen, 1976; Kyriacou y Sutcliffe, 1978; Mandra y Wright, 1981; Polaino, 1982). A causa de esa sobrecarga que lleva al profesor al agotamiento, se estaría obligando a hacer mal su trabajo.

3. Ansiedad y estrés.

Siempre, pero sobre todo en los momentos de crisis de una sociedad, la educación supone para el profesor un profundo reto personal. Una enseñanza de calidad tiene lugar no en el terreno de los conocimientos acumulados, sino en el de la interacción humana y de la implicación personal.

Efectivamente, es en el juego de la egoimplicación-inhibición donde parece estar presente, en buena parte, el secreto del malestar. La implicación personal, que es fuente de autorrealización, presenta una situación bifronte, ambivalente, convirtiéndose, paradójicamente, en la cara y cruz de su actividad educativa (Esteve, 1981, p. 190).

La ansiedad aparece en este terreno ambiguo del desempeño del rol docente, con sus innumerables conflictos, en la acumulación de responsabilidades, en la fragmentación del trabajo, en la reflexión, en los análisis críticos que el docente hace de su tarea.

Porque, el educador, como señala García Morente (1975), se enfrenta en la relación educativa a un sujeto que es capaz de plantearse interrogantes que, a veces, le ponen a él mismo en cuestión; interrogantes que superan frecuentemente el ámbito de la institución para entrar en el terreno de los valores, ideales de vida y actitudes frente a la sociedad y el entorno; temas en los cuales no puede deslindar lo que dice de lo que hace o piensa. Aquí reside la ambivalencia de la implicación personal.

Por una parte, es la condición indispensable para una educación de calidad; por otra, plantea al profesor la exigencia de una constante puesta en cuestión personal, revisando continuamente la coherencia de las propias acciones y planteamientos...

Cuando el ejercicio de esta profesión se realiza en condiciones desfavorables, puede aparecer lo que Polaino (1982) llama ansiedad de expectación: *"Una ansiedad generalizada, indiscriminada y no selectiva, atenta a la espera de que suceda algo, por cuya virtud será valorado su comportamiento o su personalidad de forma peyorativa."*

La ansiedad de los profesores debería ser la regla general, lo normal; la depresión, una de sus consecuencias más frecuentes. Si no sucede así es porque no todos los profesores tienen el mismo estilo cognitivo-atributivo tan nefasto; porque saben enderezar su ansiedad hacia metas más adaptativas y tal vez porque conocen cómo egodesimplicarse de las tareas docentes, impermeabilizándose y resultando invulnerable a los juicios de valor de sus respectivos alumnos y de la sociedad toda".

Muchos trabajos tienden a identificar estrés y ansiedad usando como sinónimos ansiedad, preocupaciones, problemas, reacciones, necesidades, etc. sin distinguir causas y efectos (Coates y Therensen, 1976; Fuller, 1969).

La ansiedad es una reacción emocional compleja. Enrique Rojas en su obra *"La ansiedad"* (1990), distingue cinco clases de síntomas: **fisiológicos, cognitivos, conductuales, psicológicos y asertivos.**

El componente fisiológico de la ansiedad podría llevar a confundir la ansie-

dad con el estrés, sobre todo teniendo en cuenta que ambos términos aparecen habitualmente asociados y se implican de alguna manera. Pero la ansiedad incluye un elemento subjetivo-cognitivo que permite distinguir a ambos conceptos. El estrés tendría una finalidad homeostática de recuperación del equilibrio como ya se ha indicado.

La ansiedad, considerada como estado en que el organismo da respuestas fisiológicas generadas por sentimientos y percepciones, miedo, desazón, preocupación..., implica un desajuste, una mala adaptación a la realidad con trastornos de la vida afectiva y cognitiva. En este caso *"la ansiedad es consecuencia del estrés, contemplada en su dimensión afactorial, comportamental y biológica; pero la ansiedad es causa del estrés si se la entiende desde su dimensión cognitiva, intencional y subjetiva"* (Polaino, 1982).

Se ha utilizado la distinción entre **ansiedad como rasgo** y **ansiedad como estado** (Keavey y Sinclair, 1978, p. 275). *La ansiedad como rasgo* sería una disposición para ser ansioso; sería una *"categoría para reconocer y despertar las amenazas que se mantienen en la memoria"*. Permite conocer los indicadores críticos que facilitan la percepción de la amenaza (Phillips, 1968).

La expresión de "ansiedad de expectación", indica que el sujeto ansioso espera la aparición de amenazas capaces de incrementarse desproporcionadamente el menor indicio. Mediante estas distorsiones cognitivas se va a pasar de la ansiedad rasgo a la ansiedad estado en el profesor.

El análisis de las presiones cognitivas en forma de miedo, desvalorización, incapacidad, mecanismos de enfrentamiento para reducir la ansiedad... son importantes para entender la ansiedad del profesor, porque permiten identificar el tipo de situaciones consideradas por el profesor como una amenaza potencial. Y por otro lado, investigar los tipos de mecanismos de enfrentamiento y los estilos que usan los profesores para hacer frente a las situaciones potencialmente amenazantes.

Cuando el profesor está inmerso en un estado de ansiedad permanente, se entra en lo que se ha llamado proceso de *"combustión"* del maestro. En términos generales, cuando la competencia y el esfuerzo del maestro son insuficientes para obtener resultados positivos en la educación, se producen estados de tensión y ansiedad, que llevaría a esa situación.

Dichas situaciones dan lugar, a su vez, a sentimientos de insatisfacción y disminución de la motivación con lo que se aumentan las posibilidades de nuevos fracasos. Como consecuencia, aparecen los sentimientos de inutilidad, autoconcepto devaluado, y baja autoestima, trastornos de comportamiento, etc.

Se trata de un proceso cíclico y degenerativo (Blase) que lleva, como resultado final, al maestro *"quemado"*, incapaz de afrontar la actividad docente y re-

resolver los problemas.

4. La salud mental.

La aparición del Malestar Docente tiene que ver, lógicamente, con los recursos personales del profesor, de su estado de salud y madurez, que facilitarán su adaptación profesional, o provocarán su malestar si son inadecuados.

Frente al concepto de malestar, la salud mental puede ser entendida como una barrera y un obstáculo contra los males que aquejan al docente. Abraham (1977) la ha definido como la capacidad del individuo para integrar y armonizar las fuerzas instintivas y las superyóicas o perfeccionistas; de forma que el sujeto sea capaz de asimilar las limitaciones y contrariedades, de sufrir y soportar las frustraciones del mundo exterior y de reaccionar de forma constructiva ante los conflictos.

Dice esta autora que la salud existirá allí donde la energía psíquica se halle ampliamente disponible para resolver los conflictos internos y para actuar sobre el mundo externo, de forma que permanezca fluida y el individuo pueda desplazarla, descargarla, emplearla. Como es sabido, este tema lo han tocado, entre otros muchos, R. Amiel, Carl Rogers, Lerch, Karen Horney, Maslow, Otto Rank, Eric Fromm, etc.

Es claro, pues, que la salud representa, una defensa, un antídoto contra la aparición del malestar, pues en pocas profesiones como en ésta es tan necesaria la existencia de una buena salud y madurez.

5. El profesor enfermo.

Uno de los autores que mejor ha descrito el Malestar Docente, o el estado o condición del profesor enfermo, es Roger Amiel. Señala Amiel (1984) que algunos de sus enfermos consideran el trabajo docente como algo aflictivo, lo perciben como una maldición y lo experimentan como un agotamiento abrumador. El enseñante, encerrado en ese callejón sin salida que representa para él el contexto educativo, y atrapado en la idea de ser o percibirse como un mal pedagogo, sólo puede organizarse inconscientemente para esquivar los reproches y la atención de los demás.

Generalmente, se construirá un caparazón de indiferencia o de desenvoltura que, en realidad traducen la alerta de los mecanismos de defensa de su personalidad. Para mantenerse en estado de equilibrio, se ve obligado a rechazar, desplazar, anular o proyectar ciertos sentimientos e ideas que le invaden y le "agitan" provocando dificultades a su salud mental.

Lo característico del aparato psíquico es encontrar un compromiso que haga la situación aceptable y soportable; a veces, mediante una "racionalización" un tanto paranoica, o bien orientándose a actividades extraprofesionales que le aporten unas inversiones emocionales satisfactorias.

Si perdura o se complica la situación "malévola", existe el riesgo de que el individuo quede definitivamente bloqueado en un callejón sin salida. Y entonces se sentirá perdido y su única escapatoria será la huida en el absentismo o la enfermedad.

La aparición de estas enfermedades se ve acompañada por unos elementos de fatiga y otras secuelas descritas por Amiel. Pueden surgir entonces numerosos trastornos funcionales, variables según los sujetos, de origen digestivo, genital, cardiovasculares. El comportamiento cambia, bien en sentido de inestabilidad y de impulsividad, bien en formas de repliegue y silencioso aislamiento, bien en formas de tendencias o estados de ansiedad. El sueño queda perturbado. El sujeto, finalmente, experimenta su vida como un agotamiento, como una imposibilidad radical de actuar, como un obstáculo fundamental frente a la tarea.

Estos indicios de fatiga, al comienzo, señalan que el individuo ha llegado al final de sus defensas energéticas y de sus posibilidades de adaptación, y que debe interrumpir sus esfuerzos para reposar y recuperarse. Esta alarma sólo actúa como un freno relativo, pues algunos individuos se substraen a esta advertencia y prosiguen trabajando hasta alcanzar un estado próximo al agotamiento general. A veces, para superar este estrés recurren a la droga, al alcohol, a estimulantes.. Un estado de fatiga crónica, cercano al agotamiento, no llevará al sufrimiento neurótico hasta que surja su síntoma principal: la **ansiedad psíquica** (sensación de catástrofe a punto de realizarse) acompañada de su componente somático: la angustia (sensación que oprime, ahoga, sofoca, bloquea, inhibe el funcionamiento de casi la totalidad de los órganos del cuerpo).

Estas manifestaciones neuróticas presentan formas y coloraciones diferentes: se combinan con perturbaciones tímicas de tipo depresivo; algunas serán antiguas en la historia del sujeto, otras se presentarán como una reacción a una situación conflictiva.

Otros autores, además de Amiel, también han tocado este tema tales como Marie France Gosselin que identifica las fuentes de tensión en el traje docente, H. Selye, 1956; Coates y Therensen, 1976; Kyruacou y Sutcliffer, 1977; Keavey y Sinclair, 1978; Blase, 1982; Penny, 1982; Fielding, 1982; Polaino, 1982; Blasley, 1983; A. Martínez, 1984; J.M. Esteve, 1984; Breuse, 1984; A. Abraham, 1984; E. García, 1986; A. Seva Díez, 1986; M. Jiménez, 1988; A. Espinosa, 1989; A. Fierro, 1991; A. Chapa, 1991; L. Gómez Pérez, 1991; F. Loscertales, 1992: etc.

INVESTIGACION SOBRE EL MALESTAR DOCENTE

1. Aspectos teóricos.

Siguiendo el modelo de análisis de la persona del enseñante, propuesto por A. Abraham, hemos realizado una investigación en el Departamento de Psicología Social de la Universidad de Sevilla, bajo la dirección de la Catedrática de Psicología Social, Felicidad Loscertales, orientada hacia el estudio de la identidad profesional del docente de EGB. Y lo hacemos mediante el análisis del YO de la persona del enseñante entendido como complejo unificador e integrador de la vida psíquica y sede de ansiedades y tensiones, generadas en sus relaciones con los elementos del sistema educativo.

El análisis de la identidad profesional del profesor, y del Malestar como parte integrante de la condición del docente, se ha ce desde la perspectiva de lo psicodinámico, de lo proyectivo, y de sus mecanismos de defensa; de ese mundo de contradicciones y fantasías y de lo psicopatológico. Desde ese espacio dinámico analizamos los procesos perceptivos del profesor, pues se trata de saber cómo vive el docente ese entramado de pensamientos, sentimientos, visiones, fantasías, coherentes o incoherentes, que es su mundo interior.

2. Aspectos metodológicos.

Nos propusimos como objetivos en dicha investigación obtener información sobre la identidad profesional del profesor de EGB, relacionados con diversos aspectos de la persona del enseñante y de sus relaciones con los elementos del contexto educativo en el ejercicio de su rol docente. Entre los aspectos investigados, debe mencionarse el estudio del malestar, el estrés y agotamiento del enseñante, como parte integrante de la condición docente.

Paralelamente a la investigación expuesta, se recogió información sobre el absentismo laboral en los profesores de EGB de Sevilla capital y provincia. Tenía por finalidad completar el estudio, ampliar las perspectivas y ayudar a clarificar la posible relación entre malestar docente, enfermedad y absentismo.

3. Cuestionarios, materiales.

Para nuestro propósito, interesa aclarar que de los cuestionarios que integran la batería de Abraham, mencionamos aquí dos de ellos:

- El MISPE. Está pensado para conocer cómo son las relaciones del docente con las variables que intervienen en el contexto educativo. Además describe cuatro modelos de adaptación del docente en su actividad; los resultados permiten saber en cuál de esos 4 modelos se integra cada profesor. Algunos modelos pueden considerarse como intentos fracasados de adaptación.
- El **Cuestionario de Estrés y Agotamiento de Friedman** analiza los niveles de estrés y agotamiento en el ejercicio de la docencia y la falta de realización personal, o sentimiento de frustración personal
- Estudio del absentismo laboral de los profesores de EGB de Sevilla y provincia, mediante solicitud presentada en la Delegación de Educación y Ciencia, expresando los datos que deberían recogerse en la información que nos facilitara dicho organismo.

4. Descripción de la muestra.

Trabajamos con una muestra de profesores de EGB de colegios públicos de Sevilla y provincia, con las características que se indica a continuación:

Sexo.

	N	%
Mujeres	155	55
Varones	125	45

Estado civil.

	Casados		Solteros	
	N	%	N	%
Mujeres	78	51	77	49
Varones	85	68	40	32
Total	163	58	117	42

Edad.

	Media
Mujeres	32 años.
Varones	35 años.
Mujeres + Varones	34 años.

Experiencia laboral.

	Años
Mujeres	9
Varones	13

5. Resultados de la investigación.

1. Dos ideas se evidencian en este estudio: Altos niveles de identificación con la profesión (la estima y la actitud del docente hacia su profesión) y la presencia de malestar, estrés y agotamiento en torno a unos porcentajes del 45%.

2. Los modelos de equilibrio o las formas de adaptarse a su profesión. Los resultados indican que la distribución de los profesores en las 4 opciones presenta estas características:

Situaciones de equilibrio.

Opción	Varones		Mujeres		Total	
	N	%	N	%	N	%
A)	21	16.80	26	16.77	47	16.78
B)	35	28.00	37	23.87	72	25.71
C)	41	32.80	56	36.12	97	34.64
D)	28	22.40	36	23.22	64	22.85
Total	125	100.00	155	100.00	280	100.00

- En la opción A "*abundancia de contradicciones*" se integra el 16.78%, no existiendo diferencia significativa entre varones y mujeres. Dicho colectivo viviría en una situación de contradicción y conflicto interior.
- En el grupo B, *uso de los mecanismos de defensa para controlar y ela-*

borar la ansiedad, se sitúan 25.71. Los varones lo hacen en el 28% y las mujeres en un 23.87% lo que significa que los hombres se desimplican algo más. Al comprometerse menos, su desgaste es inferior.

- En el grupo C, desvalorización del yo, un grupo de 34.64% siente la ansiedad como estado dominante. Es una cifra alta y preocupante. Un grupo de mujeres de 36.12% frente a un grupo de 32.8% de varones siente devaluado su yo, en una clara congruencia con el caso B.
- Finalmente, un 22.85% de varones y mujeres están situados en un cierto equilibrio y alcanzan buenos niveles de integración.

La suma de los apartados A y C, cuyos contenidos pueden integrarse en el concepto de malestar docente como se ha descrito al principio, asciende, aproximadamente, a 50%. Lo cual significa que la mitad de la muestra se siente aquejado por formas, más o me nos agudas, de malestar.

3. *Estrés y Agotamiento*. En contra de lo que cabría esperar, o a pesar de la buena identificación de los profesores con su profesión (no recogidas aquí), las puntuaciones medias del cuestionario de Friedman, indican que una media en torno al 45% presenta señales de estrés y agotamiento físico (42%) y falta de realización personal y frustración (47%). Es decir, un grupo en torno al 45% estaría aquejado por esta condición.

4. Ello quiere decir, como conclusión general, que un grupo entre el 45 y el 50% de sujetos se halla aquejado por alguna forma de estrés y agotamiento, o que su adaptación docente está aquejada por sentimientos de contradicción y desvalorización, ansiedad y malestar, crisis y depresiones

ABSENTISMO LABORAL

1. Absentismo laboral en profesores de EGB de la provincia de Sevilla.

El estudio del Malestar Docente nos permite enfrentarnos, en una probable relación causa-efecto, al tema del absentismo laboral; tema de indudable interés no sólo porque el absentismo es debido fundamentalmente a situaciones de enfermedad con lo que ello supone de sufrimiento para los profesionales, sino también por los aspectos económicos que representa y por lo que esto perturba el desenvolvimiento de los centros.

Es razonable suponer que a mayor grado de malestar, mayor incidencia en la enfermedad y en el absentismo laboral. Es un lugar común, y muchos autores lo han puesto de manifiesto, que cuando los ambientes laborales no son gratifi-

cantes para el trabajador, se producen más enfermedades y, en consecuencia, hay más absentismo laboral. Tanto las enfermedades como el absentismo podrían ser reales o ficticios. Parece como si el organismo se defendiera, consciente o inconscientemente, de los estímulos que van desestabilizando persistentemente el equilibrio interior.

En realidad, hemos de indicar que aquí no partimos de ninguna hipótesis ni prejuzgamos nada; sólo queremos reunir los datos de las bajas laborales de los profesores. Se trata de recoger información para integrarla en el estudio del malestar con el fin de ampliar la visión del mismo.

La información fue solicitada a la Delegación de Educación de Sevilla. El estudio pretendió no sólo recoger los datos estadísticos sino analizar la naturaleza y características que acompañaban a las bajas, tales como:

sexo, edad, zona urbana/zona rural, diagnóstico, días por baja, mes en que se causa la baja, etc.

Algunos de estos datos no han sido aportados por la Delegación.

2. Datos estadísticos.

2.1. Numero de profesores en Sevilla y provincia.

	Centros públicos	Concertados	Total
Curso 88-89	8.191	2.370	10.561
Curso 89-90	8.378	2.387	10.765

2.2. Estadística de bajas. Recogida de datos.

Con el fin de poder compararlos, se exponen las bajas ordenadas por el número de profesores y los días acumulados durante ambos cursos.

No se han tenido en cuenta las bajas del curso 88-89 por habernos parecido incompletas y poco fiables.

Curso 89-90.

Enfermedad	N. bajas	N. días	\bar{X} días
Traumatología	1.007	17.221	17
Embarazos	751	18.324	24
O.R.L.	746	8.923	12
Infecciosas	566	4.414	8
Psiquiatría	541	11.268	21
Cardiovascular	301	6.154	20
Digestivo	275	4.493	16
Ginecológicas	167	2.418	14
Pulmonares	216	2.381	11
Neurológicas	129	2.187	17
Oncológicas	102	2.377	23
Oftalmológicas	150	2.777	19
Renogenitales	107	1.314	12
Dermatológicas	94	1.145	12
Obstétricas	78	1.104	14
Endocrinas	78	1.227	16
Odontológicas	60	866	14
Total	5.368	88.593	16.5

2.3. Análisis del número de bajas y de los días de baja.

Análisis de las bajas por el número de profesores que se vieron afectados y por el número de días acumulados durante el curso.

Ordenación de las enfermedades **por el número de bajas** y su incidencia en el total de los profesores que causaron baja en el curso escolar 1989-90, con porcentajes:

Número de profesores que causan baja. Ordenación.

Orden	Diagnóstico	Bajas totales	\bar{X} días	%
1º	Traumatología	1.007	17	18.70
2º	Embarazos	751	24	13.90
3º	O.R.L.	746	12	13.80
4º	Infeciosas	566	8	10.50
5º	Psiquiatría	541	21	10.07
6º	Cardiovasculares	301	20	5.60
7º	Digestivas	275	16	5.12
8º	Pulmonares	216	11	4.02
9º	Ginecología	167	14	3.11
10º	Oftalmología	150	19	2.70
11º	Neurología	129	17	2.40
12º	Renogenitales	107	12	2.00
13º	Oncología	102	23	1.90
14º	Dermatología	94	12	1.70
15º	Endocrinología	78	16	1.40
16º	Obstetricia	78	14	1.40
17º	Odontológicas	60	14	1.10
Total		5.368	16.5	100.00

Ordenación de las bajas por el número de días acumulados por enfermedad y su incidencia en el número total de días:

Número de días acumulados por las bajas. Ordenación.

Orden	Diagnóstico	Días totales	\bar{X} días	%
1º	Embarazos	18.324	24	20.60
2º	Traumatología	17.221	17	19.40
3º	Psiquiatría	11.268	21	12.70

Orden	Diagnóstico	Días totales	\bar{X} días	%
4º	O.R.L.	8.923	12	10.06
5º	Cardiovascular	6.154	20	6.90
6º	Digestivo	4.493	16	5.06
7º	Infecciosas	4.414	8	4.90
8º	Oftalmología	2.777	19	3.10
9º	Ginecología	2.418	14	2.70
10º	Pulmonares	2.381	11	2.60
11º	Oncología	2.377	23	2.60
12º	Neurología	2.187	17	2.40
13º	Renogenitales	1.314	12	1.40
14º	Endocrinología	1.227	16	1.30
15º	Dermatología	1.145	12	1.29
16º	Obstetricia	1.104	14	1.24
17º	Odontológicas	866	14	0.90
Total		88.593	16.5	100.00

3. Datos comparativos.

Número de profesores que causaron baja durante el curso 1989-1990 con respecto a la población total (Centros Público + Centros Privados):

Número de profesores que causaron baja	5.368
Número de días acumulados	88.593
Media de días por profesor	16.50

Porcentaje de profesores que causaron baja:

$$\frac{5.368 \times 100}{10.765} : 49.86\% \text{ sobre población.}$$

Si sólo tenemos en cuenta los Centros Públicos el porcentaje de las bajas aumenta:

$$\frac{5.368 \times 100}{8.378} : 64.07\% \text{ sobre Centros Públicos.}$$

4. Conclusiones sobre el absentismo laboral.

De los datos anteriores, se puede concluir:

1. El mayor número de profesores que causan baja se da en enfermedades relacionadas con la traumatología: 1007 profesores causaron baja por este concepto. El 18.7% de los profesores se han visto afectados por esta enfermedad y han acumulado el 19.4% de días del total de bajas.

Le siguen las relacionadas con los embarazos (el 13.9% de bajas acumulan el 20.6% de los días, con la media de 24 días más alta del grupo) y las OTL (el 13.8% de bajas acumulan el 10 %) y las infecciosas (el 10% causa el 4.9% de días de bajas).

2. Si tenemos en cuenta los días acumulados por bajas, las cifras más altas se dan en las situaciones relacionadas con los embarazos (751 casos acumulan el 20.6% de los días, con una media de 24 días por baja), le sigue traumatología que acumula el 19.4%). Las enfermedades psiquiátricas, el 105 de los casos, acumulan el 12.7% de días, con una media de 21 días por baja).

Podrían haberse integrado las enfermedades relacionadas con los embarazos, con las ginecológicas y las obstétricas que habrían sumado 996 bajas (el 18.55%) con una cifra de 21.846 días y el 24.65% del total, la cifra más alta. Debe tenerse en cuenta que estas enfermedades se refieren aproximadamente a una población de mujeres que equivaldrá al 60% de los maestros.

3. El total de profesores que causaron baja laboral ascendió a una cifra de 5.368. Esta cantidad supone que el 49.86% de los profesores, entre centros públicos y privados, causaron baja. Si sólo tenemos en cuenta los centros públicos, un 64% causaron baja, con una media de 16.5 días por baja.

4. Esta cifra se nos antoja evidentemente muy elevada, ya que más de la mitad estuvo de baja durante 16.5 días aproximadamente.

5. De cualquier forma, estas cifras coinciden con las referidas al bienestar y al grado de estrés y agotamiento halladas en nuestra investigación.

CONCLUSIONES GENERALES

1. En nuestra investigación sobre el Malestar Docente en profesores de EGB se ha obtenido que alrededor del 50% presentaba una adaptación que se caracterizaba por la presencia de situaciones de conflicto y contradicción y estados de devaluación del yo, ansiedad y trastornos afectivos.

Por otra parte, el nivel de los profesores que mostraba situaciones de estrés y agotamiento se situaba en torno al 45%.

2. Los niveles de absentismo laboral, por otra parte, muestran que un 50%, aproximadamente, de profesores causó baja, permaneciendo en ella una media de 16.5 días.

3. La coincidencia y proximidad de estas cifras, verdaderamente notable, permite concluir que, en términos generales, la mitad aproximadamente de la población de los maestros están aquejados por problemas de malestar, trastornos afectivos, sentimientos devaluados y depresivos, estrés y agotamiento. Y esa misma cantidad es la que causa baja en el curso escolar mencionado con un promedio de 16 días.

4. Parece lícito afirmar la existencia de alguna forma de relación causa-efecto entre las situaciones de malestar, estrés y agotamiento y el absentismo laboral en las modalidades mencionadas.

REFERENCIAS

Abraham A. Problemática del diagnóstico de la salud mental del enseñante. En: JM Esteve, (Director). *Profesores en conflicto*. 1984, 23-35.

Abraham A. *L'enseignant es une personne*. París: E.S.F., 1984. (Trad. castellana en Gedisa, 1987).

Abraham A. La condition einsegnante: stress-soi professionnel et identification groupale. *VII Congreso Internacional de la AIRPE*. Universidad de Salamanca, 1992.

Amiel R, Lebrige F y Pichot P. Psicopatología de la función docente. En: M Debesse y G Mialaret. *La función docente*. Barcelona: Oikos-Tau, 1980, 167-87.

Blase JJ. A social-Psychological grounded theory of teacher strees and burnout. *Educational Administration Quarteley*, 1982, 18(4), 93-113.

- Breuse E. Identificación de las fuentes de tensión en el trabajo profesional del enseñante. En: JM Esteve, (Director). *Profesores en conflicto*. 1984.
- Castilla del Pino C. Patología de la identidad y función docente. *Coloquio Internacional sobre Función docente y salud mental*. Salamanca, 1985.
- Cole M. Social change and stress in teacher. *VII Congreso de la AIRPE: El profesor ante las Reformas*. Universidad de Salamanca, 1992.
- Cole M y Walker S. *Teaching and Stress*. Milton Keynes. Open University Press, 1989.
- Coombs Ph. *La crisis mundial en la educación: Perspectivas actuales*. Madrid: Santillana, 1985.
- Cox T y cols. Stress in Schools: A Problem-Solving Approach. En: M Cole y S Walker. *Teaching and Stress*. Milton Keynes. Open University Press, 1989.
- Debesse M y Mialaret G. *La función docente*. Barcelona: Oikos-Tau, 1980.
- Esteve JM (Director). *Profesores en conflicto. Repercusiones de la práctica profesional sobre la personalidad de los enseñantes*. Madrid: Narcea, 1984.
- Esteve JM. *El malestar docente*. Barcelona: Laia, 1989.
- Esteve JM. Estado actual de la investigación sobre el posicionamiento de la personalidad del docente. Estudio de las representaciones sociales sobre la función docente y sugerencias de planificación estructural. *VII Congreso Internacional de la AIRPE*. Universidad Salamanca, 1992.
- Fierro A. El ciclo del malestar docente. *Revista de educación*, 1991, 294(enero-abril), 235-43.
- Fierro A. Reforma educativa e inquietudes del profesorado. *VII Congreso Internacional de la AIRPE*. Universidad de Salamanca, 1992.
- Freud A. *Introducción al psicoanálisis para educadores*. Buenos Aires: Paidós, 1979.
- Friedman I y Lotan I. *Teacher Strees and Burnout in Israel*. Jersualen: The Henrietta Scold Institute. Publication núm 628, 1985.

García Calleja M. Estudio de la incidencia y prevalencia de la enfermedad en el profesorado. *VII Congreso Internacional de la AIRPE*. Universidad de Salamanca, 1992.

Gilly M. Maître-élève. *Roles institutionnels*. París: PUF, 1980.

Goble NM y Porter JF. *La cambiante función del profesor*. Madrid: Narcea, 1980.

Gosselin MF. Ensayo de identificación de las fuentes de tensión del enseñante en su trabajo profesional. En: JM Esteve. *Profesores en conflicto. Repercusiones de la práctica profesional sobre la personalidad de los enseñantes*. Madrid: Narcea, 1984, 163-8.

Héraud L. L'enseignant et sa nevrose. Repetition et resistences au changement. *VII Congreso Internacional de la AIRPE*. Universidad de Salamanca, 1992.

Hoffman JE y Kremer L. Professional Identity and teacher Dropout. *Studies in Education*, 1981, 31, 99-108.

Hoffman JE y Kremer L. Teacher's Professional Identity and Burnout. *Research in Education*, 1985, 34, 89-95.

Kossack SW y Woods SL. Teacher Burnout: diagnosis, prevention, remediation. *Action in teacher Education*, 1980, 2(4), 29-35.

Kyriacou C. The Nature and and Prevalence of Teacher Stress. En: M Cole y S Walker. *Teaching and Stress*. Milton Keynes. Open University Press, 1989.

Litt MD y Turk DC. Sources of stress and Dissatisfaction in Experienced High School Teacher. *Journal of Educational Research*, 1985, 78(3), 178-85.

Loscertales Abril F. *La otra forma de ser profesor*. Universidad de Sevilla, 1987.

Luque O, Peiro JM y Melia JL. Relaciones de influencia, conflicto y ambigüedad de rol en organizaciones educativas. *IIº Congreso Nacional de Psicología del Trabajo*, 1985.

Mandra R. Au delà du malaise. *L'Education*, 1977, Vol X(3), 45-54.

Mandra R. Causas de inadaptación y desadaptación de los enseñantes franceses. En: J.M. Esteve. *Profesores en conflicto. Repercusiones de la práctica profesional sobre la personalidad de los enseñantes*. Madrid: Narcea, 1984, 213-21.

Martin C. Social change and stress in teachers. *VII Congreso Internacional de la AIRPE*. Universidad de Salamanca, 1992.

Martínez A. El perfeccionamiento en la función didáctica como vía de disminución de tensiones en el docente. En: J.M. Esteve. *Profesores en conflicto. Repercusiones de la práctica profesional sobre la personalidad de los enseñantes*. Madrid: Narcea, 1984, 183-204.

Maslach C y Jackson S. The Measurement of Experienced Burnout. *Journal of Occupational Behavior*, 1981, 2, 1-15.

Mauco G. *Psicoanálisis y educación*. Barcelona: Nova Terra, 1973.

Mayor J (Director). *Sociología y Psicología social de la educación*. Madrid: Anaya, 1986.

Merazzi C. Apprendre á vivre les conflicts: une tâche de la formation des enseignants. *European Journal of teacher Education*, 1983, 6(2), 101-106.

Milstein M y cols. Organizationally based-stress: What bothers teachers. *Journal of Educational Research*, 1984, 77(5), 293-297.

Moracco JC. The Counselor's role in reducing teacher stress. *Personel and guidance Journal*, 1982, 60(9), 549-552.

Morison A y McIntryre D. *The social psychology of teaching*. Penguin Hardsmon sworthe, 1982.

Moustakas CL. *Autorrealización del profesor a través de la enseñanza*. Madrid: Narcea, 1978.

Newel RC. Teacher stress. *American Teacher*, dic. 1978 - enero 1979, 63, 4.

Osgood Ch y Otros. *La medida del significado*. Madrid: Gredos, 1978.

Pearson C. *Cómo resolver conflictos escolares*. CEAC, 1983.

Peiro JM y Sillas JM. Dimensiones psicosociales del comportamiento del individuo en la organización. *Revista de Psicología General y Aplicada*, 1983, 6(38), 625-660.

Peiro JM, Luque O, Melia JL y Loscertales F. *El estrés de enseñar*. Sevilla: Ed. Alfar, 1991.

Peiro JM, Melia JL y Zacarez I. El cuestionario de Conflicto de rol en ambientes organizacionales. *Iº Congreso de Evaluación Psicológica*. Madrid-septiembre 1984.

Penny JA. Burnout. *The Science Teacher*, 1982, 29(7), 46-49.

Polaino A. El estrés de los profesores: estrategias psicológicas de intervención para su manejo y control. *Revista Española de Pedagogía*, 1982, 40(157), 17-45.

Polaino A. La ansiedad y el estrés de los profesores de educación especial. *Bor-don*, 1985, 37(256), 71-82.

Ranjard P. *Les enseignants persecutés*. París: Robert Jauze 1984.

Santos MA. La erosión de la función docente. *Revista Española de Pedagogía*, 1983, 41(159), 105-118.

Saunders R y Watkins JF. Teacher burnout stress management research: implications for teacher preparation, personnel selection and staff development. *N. Conf. of the National Council of States on Inservive Education*, (ED, 225940), 1980.

Schraml W. *Psicología profunda para educadores*. Barcelona: Herder, 1977.

Selye H. *The stress of life*. Nueva York: Mc Graw-Hill, 1967.

Selye H. The evolution of stress concept. *American Scientic*, 1973, 61, 692-699.

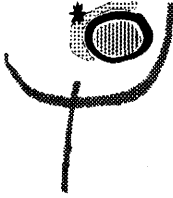
Selye H. *Tensión sin angustia*. Madrid: Guadarrama, 1975.

Stern WA. *Teacher absenteeism at the secondary School level*. Detroit: Michigan State University, 1980.

Sternberg RJ y Soriano LJ. Styles of conflict resolution. *J Pers Soc Psychology*, 1984, 47, 115-126.

- Sutton RI. Job stress among primery and secondary schoolteachers. *Work and occupations*, 1984, 11(1), 7-28.
- Tache J, Tache Y y Selye H. Integración del estrés en el trabajo individual diario. En Varios: *Trabajo y estrés*. Madrid: Karpos, 1977.
- Troch A. *El estrés y la personalidad*. Barcelona: Herder, 1982.
- Touzard H. *La medición y la solución de los conflictos*. Barcelona: Herder, 1981.
- UNESCO. *Conferencia Internacional de educación*. París, 1979.
- Varios. *Trabajo y estrés*. Madrid: Karpos, 1979.
- Varios. *Equilibre ou fatigue par la travail*. París: ESF, 1980.
- Villar Angulo LM. Dilemas percibidos por los docentes en el aula. En: Echeverría F, (editor). *El Fracaso de la Escuela*. San Sebastián: Erein, 1987, 211-229.
- Walsh D. Clasroom stress and teacher burnout. *Phi Delta Kappa*, 1979, 61, 252-254
- Winnicott DW. *Realidad y juego*. Barcelona: Gedisa, 1979.
- Woods P. Stress and Teacher Role. En: M Cole y S Walker. *Teaching and Stress*. Milton Keynes: Open University Press, 1989.
- Yates AJ. *Frustración y conflicto*. Taller de ediciones Josefina Betancourt, 1975.
- Young T. Teacher strees: one school district's approach. *Action in Teacher Education*, 1980, Vol. II(4), 37-40.

CONGRESOS Y REUNIONES



23rd International Congress of APPLIED PSYCHOLOGY

Madrid -España-
del 17 al 22 de Julio de 1994.

PROGRAMA

1. Actividades Científicas:

El programa científico incluirá conferencias, simposia, sesiones interactivas de posters, talleres, sesiones de resolución de problemas y exposiciones audiovisuales. Estas actividades, organizadas en colaboración con Divisiones de la IAAP, cubrirán varias áreas científicas. Los temas abarcarán tanto las divisiones de la IAAP como otras áreas específicas del congreso de 1994. Las divisiones, áreas específicas y sus correspondientes miembros del Comité Científico se enumeran a continuación:

Divisiones de la IAAP

Psicología de las organizaciones. J.M. Peiró.

Evaluación psicológica. F. Silva.

Psicología ambiental. J.A. Corraliza.

Psicología educativa. C. Genovard.

Psicología clínica y comunitaria. J. Vila.

Gerontología aplicada. J.L. Vega.

Psicología de la salud. J. Rodríguez-Marín.

Psicología y desarrollo nacional. A. Blanco.

Psicología económica. I. Quintanilla.

Psicología jurídica. E. Garrido.

Áreas específicas

Psicología y lenguaje. M. Siguan.

Historia de la psicología aplicada. H. Carpintero.

Investigación en evaluación. M.T. Anguera.

Psicología del deporte. J. Cruz.

Temas psicológicos profesionales. A. Hernández.

Psicología en los servicios sociales. M. Berdullas.

Psicología vial. L. Montoro.

Psicología y política. F. Jimenez.

Campos aplicados generales (por ejemplo: Nuevas tecnologías, Ergonomía, Enseñanza de psicología aplicada, Estilos de vida, Ocio y turismo). J. Muñiz.

Instrucciones para los organizadores de simposium

El comité científico agradecerá el recibir sugerencias para la organización de simposia. Si está ud. interesado, por favor, háganos saber el tema que propone.

Aunque cada simposium será organizado independientemente por su coordinador, el comité científico plantea las siguientes sugerencias: 1) Cada simposium debe integrar de 4 a 6 participantes de distintos países, 2) Cada participante dispondrá de aproximadamente 20 minutos, 3) Cada simposium debe durar entre 2 y 3 horas.

Talleres

Las sugerencias sobre temas a abordar en los talleres, incluyendo un breve sumario (sobre 200 palabras), serán bienvenidas.

Sesiones de resolución de problemas

Los nuevos problemas que emergen en la sociedad moderna serán expuestos en varias sesiones de solución de problemas. Le invitamos a que proponga un ejemplo de "nuevo problema" en una descripción breve y específica.

El comité científico seleccionará 4 ó 5 de estas propuestas. Para cada una de ellas se solicitará de cuatro o cinco expertos que desarrollen "soluciones" prácticas desde el punto de vista psicológico para su discusión en una mesa redonda. Esta es una idea para afrontar nuevos desarrollos.

Plazos para Simposia, Comunicaciones y Posters

Propuestas de programas para simposia. **31 Octubre 1993.**

Propuestas de comunicaciones y posters. **31 Octubre 1993.**

Aprobación de simposia, comunicaciones y posters. **31 Diciembre 1993.**

Otras actividades

Estamos abiertos a la posibilidad de organizar otras actividades científicas. Por favor, no dude en ponerse en contacto con nosotros para sugerirnos nuevas actividades. Esperamos tener noticias de Ud. Dirija sus sugerencias al presidente del comité científico.

2. Actividades sociales, culturales y profesionales

Habrà un extenso programa de actividades sociales, culturales y profesionales, incluyendo la gastronomía y el folklore. Se ofrecerá a los participantes la posibilidad de realizar visitas turísticas o profesionales a lugares de interés en las cercanías de Madrid así como una exposición técnica al objeto de disfrutar de nuestra cultura y modo de vida.

3. Actividades satélite

La coordinación será llevada por:

Col.legi oficial de psicòlegs

Gran Vía Cortes Catalanes, 751

Teléfono: 34-3-4471494. Fax: 34-3-4473572

08013 Barcelona, España.

INFORMACION GENERAL

1. Fecha

Del 17 al 22 de Julio de 1994.

2. Lugar

Palacio de Congresos
Paseo de la Castellana, 99
28046- Madrid, España.

Edificio con aire acondicionado, localizado en el área comercial de Madrid y con fácil acceso por autobús, metro o automóvil.

3. Idiomas oficiales

Inglés y Francés.

4. Inscripción

La inscripción, impresos de solicitud y el programa preliminar se incluirán en la segunda circular, prevista para Julio de 1992. Puede obtenerlos solicitando la hoja de inscripción a la secretaría del congreso.

5. Correspondencia

Por favor dirija toda la correspondencia sobre el congreso a:
23 Congreso IAAP
Colegio Oficial de Psicólogos
Cuesta de San Vicente, 4, 5º
Teléfono: 34-1-5419998. Fax: 34-1-2472284
28008 Madrid, España.

ORGANIZACION

Patrocinado por: COP - Colegio Oficial de Psicólogos, por mandato de IAAP - International Association of Applied Psychology.

IAAP Officers

Harry C. Triandis, Presidente 1990-1994

Bernhard Wilpert, Presidente electo 1994-1998

Michael Knowles, Secretario

Ries Spoelders Claes, Tesorero

Comité Organizador

José M. Prieto, Presidente

Aurora Murga, Chairperson

Dositeo Artiaga, Tesorero

Alvaro Rodríguez, Actividades satélite

Comité Científico

Rocio Fenández-Ballesteros, Presidente

Alvaro Ansorena, Secretario

El propósito del Congreso es facilitar una ocasión de compartir información nueva en amplios campos de la psicología. Los organizadores se proponen subrayar los retos al conocimiento psicológico en el mundo actual así como las contribuciones particulares de la investigación y experiencias europeas.

El congreso está patrocinado por la Asociación Finlandesa de Psicología y la Unión de Psicólogos Finlandeses.

El congreso está organizado junto con la Federación Europea de Asociaciones Profesionales de Psicología, EFPPA.

LISTA PRELIMINAR DE TEMAS:

Nuevos enfoques en Psicoterapia.

Medicina Comportamental y Psicología de la salud.

Evaluación de prácticas psicológicas y "Pseudopsicología".

Psicología del conocimiento.

Psicología de crisis y riesgos ambientales.

Psicología de las Generaciones.

Comunicación electrónica y humana.
Psicología del trabajo y organizaciones.
Comportamiento y cerebro; ¿Hay algo nuevo?.
Psicología social y género.
Psicología jurídica.

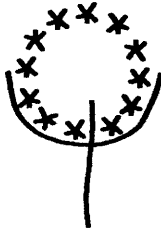
SEGUNDA CIRCULAR:

La segunda circular será distribuida en la primavera de 1992. Contendrá:

- Programa provisional del congreso.
- Impresos de información e inscripción.
- Información general.
- Instrucciones para el envío de colaboraciones.
- Programa social y de visitas.
- Conferencias satélites.

IDIOMA OFICIAL:

El idioma oficial del congreso será el inglés. Sin embargo la organización está dispuesta a ofrecer traducción simultánea en francés para la sesión plenaria y algunas sesiones seleccionadas, si así se solicita.



**The 8th Conference of the European
HEALTH PSYCHOLOGY SOCIETY**

Alicante -España-
del 13 al 15 de Julio de 1994.

Dear friend and colleague,

It is our pleasure to invite you to participate in the 8th European Health Psychology Society Conference which will be held in Alicante, Spain, July 13-15, 1994.

The programme will be devoted to advances in research and intervention in Quality of Life and Health. The Conference will provide the best opportunities for practitioners and researchers to exchange their viewpoints about this topic.

The 8th European Conference on Health Psychology in 1994 will be organized by The European Health Psychology Society (EHPS) with the collaboration of its Spanish section.

We look forward to having you with us in July 1994.

CONFERENCE PRESIDENT

Jesús Rodríguez-Marín

ORGANIZING COMMITTEE

Jesús Cancillo (Univ. Alicante)

José Castejón (Univ. Alicante)

José A. García (Univ. Alicante)

José García Hurtado (Univ. Alicante)

Sofía López-Roig (Univ. Alicante)

Diego Maciá (Univ. Murcia)

Xavier Méndez (Univ. Murcia)

José J. Mira (Univ. Alicante)

Emma Pascual (Univ. Alicante)

María A. Pastor (Univ. Alicante)

Salvador Sánchez (Univ. Alicante)

SCIENTIFIC COMMITTEE

Ramón Bayes (Spain)
Amalio Blanco (Spain)
Marie Johnston (Scotland)
Stan Maes (The Netherlands)

Hannah McGee (Ireland)
Arild Raaheim (Norway)
Jesús Rodríguez-Marín (Spain)
José Santacreu (Spain)

GENERAL TOPIC

Quality of Life and Health

MAIN AREAS

- Theoretical Issues
- Health Behaviour
- Health Promotion
- Illness Behaviour
- Health Care
- Professional Issues

SCIENTIFIC PROGRAMME

It will consist of the following activities:

- key note addresses
- symposia
- paper sessions
- interactive poster sessions
- round-tables/workshops

Proposals about symposia and round-tables/workshops, including a summary and possible participants, will be welcome. It would be interesting if the participants of symposia came from different countries.

REGISTRATION FEES:

	Early registration (Before March, 15, 1994)	Late registration (After March, 15, 1994)
EHPS-members	30.000 ptas.	36.000 ptas.
Non-members	36.000 ptas.	42.000 ptas.
Reduced fees*	15.000 ptas.	---

Charges include: Free entrance to all scientific events, Congress documentation, City Hall Reception, Farewell dinner, 3 lunches and all coffe-breaks.

* Only for students and for East European Countries delegates.

TENTATIVE PROGRAMME

Wednesday 13 July

Arrival of participants	Plenary session
Registration	Euro-evening

Opening ceremony

Thursday 14 July

Plenary session	Poster sessions
Symposia	Meeting of the EHPS
Round-tables/Workshops	City Hall official reception

Friday 15 July

Plenary session	Poster sessions
Symposia	Farewell Ceremony and dinner

Round-tables/Workshops

A meeting of Alumni of the ERASMUS COURSE will take place on Wednesday morning.

GENERAL INFORMATION

Place: University of Alicante
 Campus San Vicente
 San Vicente del Raspeig - Alicante (SPAIN)

Language: The official language of the Conference is English.

Programme for accompanying persons: Registered accompanying persons are entitled to attend all social events of the conference. In addition, a special touring programme will be arranged during the scientific sessions.

TRAVEL AND ACCOMMODATION

Viajes Alicante (Spain) Official Travel Agency
Pintor Lorenzo Casanova, 56 bajo
E - 03003 Alicante (Spain)
Phone: 34-6-952.67.47/48
FAX: 34-6-592.65.42

CHEAP ACCOMODATION:

Cheap accomodation (in student residences) is available. Rooms are limited and it cannot be guaranteed that participants applying for this kind of accomodation will receive it. Rooms must be booked for 3 nights. The rates for the 3 nights are (in Spanish pesetas):

Single occupancy 7.000 ptas. per person.
Rooms to be shared 5.000 ptas. per person.

CONFERENCE SECRETARIAT

Please address all correspondence to:*

Lisbet Sorensen
c/o Prof. Jesús Rodríguez-Marín
Dpto. Psicología de la Salud, Facultad de Medicina
Apdo: 374, E - 03080 Alicante (SPAIN)
FAX: 34-6-594.00.15
E-MAIL: 8-EHPS@VM.CPD.UA.ES

BOLETIN DE SUSCRIPCION

Dirección de envío:

Nombre: Apellidos:

Dirección: nº: Piso: Pta:

Población: D.P.: Prov.: País:

Datos profesionales:

Titulación académica: Especialidad:

Centro trabajo: Cargo:

Actividades profesionales privadas:

Suscríbanme a la REVISTA DE PSICOLOGIA DE LA SALUD durante el/los años: que pagaré:

Con cargo a mi cuenta corriente (rellénesse cupón adjunto).

Mediante talón adjunto.

Transferencia bancaria a la Cta. Cte. nº 3100.100000008.5 de la Universidad de Alicante. Suscripción Revista de Psicología de la Salud. Cuenta en la Caja de Ahorros del Mediterráneo.

Importe suscripción anual (2 números): 1700 Ptas.; extranjero, 3300 Ptas.; números sueltos, 1100 Ptas.

CUPON DE DOMICILIACION BANCARIA

Día: Mes: Año:

Nombre: Apellidos:

Calle/Plaza: D.P.:

Ciudad: Provincia:

Banco o Caja de Ahorros: Suc. nº:

Cuenta/Libreta nº:


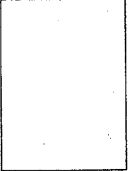
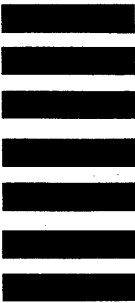
Calle/Plaza: D.P.:

Ciudad: Provincia:

Muy Sres. míos: Les ruego que a partir de la presente se sirvan cargar a mi Cuenta corriente nº el importe de la suscripción anual Libreta de Ahorro a la REVISTA DE PSICOLOGIA DE LA SALUD.

FIRMA,

ROGAMOS CUMPLIMENTEN A MAQUINA O EN MAYUSCULAS

		
		<p>REVISTA DE PSICOLOGIA DE LA SALUD</p> <p>Dpto. Psicología de la Salud Facultad de Medicina Universidad de Alicante ALICANTE</p>

.....**DOBLAR**.....

NORMAS PARA LA ACEPTACION DE TRABAJOS

1. La Revista de Psicología de la Salud publica trabajos de carácter empírico que estén realizados con rigor metodológico y que supongan una contribución al progreso de cualquier ámbito de la psicología de la salud. También se aceptan trabajos de naturaleza teórica o de revisión que tengan que ver con los objetivos generales de la Revista.
2. Los trabajos habrán de ser inéditos, no admitiéndose aquéllos que ya hayan sido publicados total o parcialmente, ni los que están en proceso de publicación o hayan sido presentados a otras revistas para su valoración. Se admitirán trabajos escritos en Español, Inglés o Francés.
3. Los trabajos deberán estar mecanografiados en folios o DIN-A4 a doble espacio, por una sola cara, con márgenes de 3 cms. y numeración en la parte inferior derecha. En hoja aparte se incluirá el título y un resumen en castellano y en inglés, entre 100 y 150 palabras, así como un apartado de palabras clave (no más de seis) en ambos idiomas. Las figuras y tablas (una en cada hoja) deberán ser compuestas por los autores del modo como deseen que aparezcan y estar numeradas correlativamente, indicándose su ubicación en el texto.
4. Los autores deberán remitir a la revista, junto a la copia impresa del trabajo, un disquete de formato MS-DOS con él o los archivos originales. La revista aceptará tanto disquetes de 3,5" como de 5,1/4" en doble o alta densidad. En cualquier caso se indicará el procesador de texto utilizado, siendo preferible la utilización de "WordPerfect" 5.0 o superior. También se admitirá el formato ASCII. El texto deberá componerse sin sangrados, justificación ni palabras partidas.
5. Todos los manuscritos serán revisados anonimamente. Los autores se esforzarán en que el texto no contenga claves o sugerencias que los identifiquen. De no existir otra indicación, la correspondencia se mantendrá con el primer autor. Es recomendable la disposición de un teléfono de contacto.
6. Los artículos constarán de los epígrafes característicos de la investigación científica: a) Título, autores e institución a la que pertenece; b) Resúmenes en castellano e inglés; c) Texto organizado en (1) Introducción, (2) Método, (3) Resultados, (4) Discusión, y (5) Referencias bibliográficas.
7. Se utilizará un máximo de 6 palabras clave, que sean términos del Index Medicus o del Thesaurus del Psychological Abstracts.
8. La preparación de los manuscritos ha de atenerse a las normas de publicación de la American Psychological Association.
9. Si se acepta un trabajo para su publicación, los derechos de impresión y de reproducción por cualquier forma y medio son de la Revista. Revista de Psicología de la Salud no rechazará cualquier petición razonable por parte del autor para obtener permiso de reproducción de sus contribuciones. Asimismo, se entiende que las opiniones expresadas en los artículos son de responsabilidad exclusiva de los autores y no comprometen la opinión y política científica de la Revista.
10. Los trabajos serán enviados por correo y por triplicado a la siguiente dirección:
**Revista de Psicología de la Salud.
Dpto. de Psicología de la Salud.
Facultad de Medicina.
Universidad de Alicante.
Campus de San Juan.
Apdo. correos 374. 03080 Alicante.**
11. Se dará acuse de recibo del trabajo al primer autor, siendo devueltos, en un plazo aproximado de 3 meses, aquellos trabajos no aceptados. Eventualmente, la aceptación definitiva podría hacerse depender de mejoras o modificaciones del trabajo que los consultores o el consejo editorial proponga al autor.

REVISTA DE PSICOLOGIA DE LA SALUD

Edita: Departamento de Psicología de la Salud
Universidad de Alicante.

Imprime: Eugenio Andrés Lliso

Dep. Legal: A-1052-1988

ISSN 0214-6118

Este número ha sido subvencionado por: Universidad de Sevilla.



**UNIVERSIDAD
DE ALICANTE**

