

Competencias efectivas y reacciones de estrés en participantes sanos y con enfermedades crónicas

Effective competences and stress reactions in chronically ill and healthy participants

María de Lourdes Rodríguez Campuzano, Griselda Ortega Jiménez
y Carlos Nava Quiroz¹

RESUMEN

Se ha demostrado que las reacciones de estrés son relevantes para el estado de salud y enfermedad de las personas. En este trabajo se parte de la psicología interconductual para estudiar el tema desde una aproximación naturalista. Como parte de una línea de investigación, se presenta un estudio cuyo objetivo fue comparar competencias cotidianas en participantes sanos y enfermos en dos de sus dimensiones: la efectiva y la afectiva, así como la correspondencia funcional entre ellas. Para esto, y con base en un estudio anterior, se desarrolló un instrumento para evaluar competencias y se aplicó, ya confiabilizado, a 347 participantes, sanos o que reportaron sufrir una enfermedad crónica. Los resultados mostraron una correlación moderada entre las dimensiones efectiva y afectiva de las competencias en ambos grupos, lo que sugiere cierta autonomía funcional entre las diversas dimensiones de las competencias estudiadas. También se encontró una diferencia estadísticamente significativa en los dos grupos de participantes en la subescala afectiva de las competencias, lo que sugiere que los enfermos reportan reacciones de estrés con mayor frecuencia que los participantes sanos. Se recomienda seguir estudiando el fenómeno bajo esta perspectiva.

Palabras clave: Salud; Psicología interconductual; Competencias; Reacciones de estrés; Dimensiones competenciales.

ABSTRACT

Stress reactions are relevant to health/disease condition of persons. The research reported in this paper is based on an interbehavioral approach and it was run in order to study this phenomenon from a naturalistic view. Its objective was to compare two behavioral day to day competence dimensions, effective and affective, such as their functional correspondence, between a group of chronically ill and healthy participants. On the basis of a previous research, an instrument to evaluate competences was developed and after reliability tested was applied to 347 participants, healthy or chronically ill. Results showed a moderate correlation between effective and affective competence dimensions, indicating that they have a relative functional autonomy. Otherwise, a statistically significant difference was found in the affective competence dimension between healthy and chronically ill participants, suggesting that ill people reported to react more frequently with stress than healthy people. It is recommended to continue researching the phenomenon from this theoretical approach.

Key words: Health; Interbehavioral psychology; Competences; Stress reactions; Competence dimensions.

¹ Proyecto de Aprendizaje Humano, Facultad de Estudios Superiores Iztacala, Universidad Nacional Autónoma de México. Correspondencia: Dra. María de Lourdes Rodríguez Campuzano, Pekín 6, Jardines de Bellavista, 54050 Tlalnepantla, Edo. de México, México, correo electrónico: carmayu5@yahoo.com. Artículo recibido el 22 de octubre de 2008 y aceptado el 15 de junio de 2009.

INTRODUCCIÓN

Por su carácter multifactorial, la salud del ser humano es un tema que ha sido estudiado por diferentes ciencias, tales como la física, la biología, la medicina, la sociología y la psicología, y es a través de su propia terminología y perspectiva que dan explicación a este complejo proceso. Sin embargo, las diversas disciplinas no han delimitado la dimensión que les corresponde o han reducido el fenómeno a una sola, dificultando así su comprensión.

En el ámbito de la psicología, son numerosos los estudios que se han hecho para entender cómo es que los factores psicológicos influyen en la prevención, adquisición, desarrollo y rehabilitación de una enfermedad. Según la perspectiva cognitiva, un aspecto relevante en el estado de salud son las emociones que experimenta un individuo. Un estudio que contribuye con esta afirmación es el realizado por Fernández y Edo (1994), en el cual indican que las emociones ejercen una influencia de distintas maneras e inciden en diferentes momentos del enfermar. Algunas vías de tal influencia son las siguientes: las emociones negativas constituyen un riesgo para la salud, los estados emocionales crónicos afectan los hábitos de salud, los episodios emocionales agudos pueden agravar ciertas enfermedades y las emociones pueden distorsionar la conducta de los enfermos. Por otro lado, Vinaccia, Contreras, Bedoya y cols. (2004) indican que los trastornos psicológicos pueden generar las condiciones necesarias para que surjan enfermedades gastrointestinales. Dichos autores llevaron a cabo un estudio en el que analizaron a cuarenta pacientes de un hospital de Bogotá, diagnosticados con algún padecimiento gastrointestinal, a quienes aplicaron diversos instrumentos, como el Cuestionario de Conducta de Enfermedad, el de Locus de Control hacia la Salud y la Escala de Propensión hacia la Ansiedad, encontrando que la afectividad negativa (introversión o visión pesimista del mundo) y las emociones negativas (sentirse triste, inquieto, impaciente o estresado) se relacionan de manera importante con la ocurrencia de trastornos gastrointestinales. Sin embargo, Rodríguez (2008) afirma que, a pesar de la relación hallada, las emociones no son las principales causas psicológicas de la enfermedad ya que son parte del

propio comportamiento y no procesos independientes, lo que se describirá más adelante.

Con el paso del tiempo se fueron realizando estudios más específicos sobre la influencia de las emociones en la salud, y la que se ha relacionado más frecuentemente con el estado de salud y enfermedad ha sido el estrés; la psicología lo ha considerado como un estímulo que genera una reacción biológica como respuesta a las demandas del entorno o como una transacción en que la situación estresante y el individuo interactúan afectándose mutuamente y en la cual la evaluación cognitiva tiene un papel fundamental (Lazarus y Folkman, 1984). Esta última perspectiva es la predominante en este campo, aunque cabe mencionar que las tres coinciden en la concepción acerca de que el estrés daña el adecuado funcionamiento fisiológico del organismo.

La estrecha relación que existe entre estrés y salud la evidencian estudios como los de Palermo y Fernández-Abascal (1999), quienes apuntan que el nexo entre ambas variables se localiza en los sistemas simpático-adrenomedular y adenohipofisario adrenocortical, los que se activan ante la presencia de un estímulo o de una situación que amenaza la estabilidad del individuo, secretando catecolaminas y glucocorticoides, mismos que hacen posible la adaptación del organismo; sin embargo, si persisten por largo tiempo, pueden producir un daño más o menos importante de forma inmediata o tardía, incrementando la vulnerabilidad a desarrollar alguna enfermedad, en especial la cardiovascular ya que implica un incremento en el funcionamiento del corazón y del sistema vascular.

Planes (1992) comenta que el estrés agudo, entre otros factores, interviene en la etiología de la migraña, pues se manifiesta fisiológicamente incrementando los niveles de las catecolaminas, produciendo falta de riego sanguíneo y dando lugar a los primeros síntomas del padecimiento; también disminuye los niveles de serotonina en plasma, lo que provoca la aparición y mantenimiento del dolor. Wilson (cfr. Deutsch, 2004) encontró una relación entre el estrés y el desarrollo de Alzheimer al investigar durante cinco años a 864 participantes católicos con altos niveles de propensión al estrés, de los cuales 140 desarrollaron el padecimiento. Castillero y Pérez (2005) emplearon el método de biorretroalimentación como complemento en programas de tratamiento del estrés, estudio en el cual

observaron que 34 pacientes de consulta psicológica desarrollaron alguna enfermedad crónica debido a que enfrentaban condiciones de estrés que desencadenaron una serie de alteraciones fisiológicas. Kapes (2006), después de revisar numerosos estudios sobre el vínculo entre estrés y diversas enfermedades, concluye que cuando se enfrenta una situación que se considera estresante, se desencadenan en las personas ciertas reacciones fisiológicas que las hacen más vulnerables a diversas patologías.

Algunos investigadores se han dedicado a encontrar las situaciones que generan una condición estresante en los individuos. Tal es el caso de Vinnaccia y cols. (2004), quienes encontraron que cuando las personas enfrentan situaciones vitales importantes, como cambio de trabajo o pérdida de un ser querido, muestran síntomas dispépticos. Robles y Valdez (2002) estudiaron los acontecimientos productores de estrés más comunes en las mujeres mexicanas de diferentes niveles de escolaridad. Aplicaron a 160 mujeres de entre 18 y 58 años de edad la Escala de Acontecimientos Productores de Estrés, hallando que el nivel de escolaridad y la edad influyen en el tipo de acontecimientos que se pueden considerar estresantes; sin embargo, también encontraron que, sin importar la edad ni la escolaridad, dichas mujeres compartían la percepción de estrés en situaciones de peligro.

Valadez (1997), por su parte, habla de “estrés urbano”, y comenta que existen eventos ambientales, físicos y sociales que hacen que los ciudadanos sea más vulnerables al estrés, por lo que emprendió un estudio que tuvo como objetivo determinar la percepción del impacto de diferentes fuentes de estrés en la salud de los habitantes de una muestra del área urbana de la ciudad de México. Participaron 600 personas, a las cuales les aplicó una escala de frecuencia de efectos somáticos y psicológicos resultantes del proceso de estrés y afrontamiento, hallando que los efectos más frecuentes fueron el sueño y el cansancio, así como la desconfianza ante extraños, el apresuramiento, las actitudes defensivas y el mal humor. Los jóvenes reportaron deseos de no hacer nada y depresión, y las personas mayores problemas de gastritis y colitis. Los recién llegados a la ciudad dijeron sufrir dolores de cabeza y garganta; en general, la

gente reportó más consecuencias psicológicas que orgánicas.

Otros estudios reconocen diferentes factores involucrados en el proceso de enfermar, tal como lo hace el realizado por Martínez-Sánchez y Casado (1999), quienes, tras analizar estudios anteriores, concluyen que la relación entre el estrés y los trastornos psicofisiológicos no debe entenderse como el resultado de la intensidad, frecuencia y duración del agente estresante, sino que lo que explica una patología determinada es la interacción entre factores genéticos, ambientales y psicofisiológicos. De igual modo, Bell y Lee (2003) estudiaron a 9,683 mujeres con el fin de analizar los factores que eran relevantes en la determinación de su estado de salud, hallando que el estrés está relacionado con la salud física y mental, aunque no de manera directa, pues hay factores biológicos, psicológicos, ambientales, sociales y económicos que son importantes en la salud de las mujeres.

Hay estudios que, además de considerar los estados emocionales como causantes de una enfermedad, distinguen ciertas conductas moduladoras del estado biológico. Así lo hace López (2007), quien indica que las personas con altos niveles de estrés son propensas a padecer enfermedades cardiovasculares; no obstante, un aspecto que también influye en el desarrollo de una enfermedad es que emitan conductas desadaptativas (consumo de alcohol, tabaco, grasas, alimentos hipercalóricos, sustancias estimulantes) o, por el contrario, conductas ajustadas (hábitos sanos).

Grau, Knapp, Pire, Villanueva y Rodríguez (1997), al estudiar los padecimientos oncológicos, reconocen que el comportamiento individual es el elemento imprescindible que se relaciona con la prevención, tratamiento y rehabilitación de este tipo de dolencias, ya que los estilos de vida, el comportamiento alimentario, los hábitos de riesgo y las conductas reproductivas y sexuales tienen relación con su etiología, curso y pronóstico. Pérez (2003), Newman (2007) y Vives (2007) agregan otros factores que hacen vulnerables a los individuos, tales como grupos de apoyo, tipo de personalidad, eventos vitales, estilos de afrontamiento, niveles de autocontrol, autoaceptación, adaptación a las exigencias, satisfacción con su vida, alexiti-

mia, implicación-responsabilidad, motivación y control del futuro.

Desde la perspectiva de Lazarus y Folkman (1991), un término inherente al proceso de estrés es el de *afrontamiento*, entendido como aquellos esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas internas o externas que son evaluadas como que exceden los recursos del individuo (Lazarus y Folkman, 1991). Se asume que existen diferentes mecanismos o estrategias con los que se hace frente a una situación estresante, los cuales pueden disminuir o incrementar sus efectos nocivos, y se proponen clasificaciones en las que se incluye una variedad de respuestas, tales como hacer algo por resolver la situación, olvidar, comportarse como si nada hubiese ocurrido, guardar los problemas para sí mismo, pedir consejo, exponer el problema a un amigo, disculparse, criticarse a sí mismo, huir, evitar la situación, beber, fumar, establecer un plan de acción y seguirlo, pensar positivamente, hacerse ilusiones, soñar, imaginar otras situaciones o desear poder cambiar lo que está pasando (Sandín, 1999).

Se han llevado a cabo múltiples investigaciones sobre las estrategias de afrontamiento; por ejemplo, Góngora, Van der Staak y Derksen (2004) analizaron si había alguna diferencia en los estilos de afrontamiento en pacientes bulímicas, con o sin trastorno de personalidad. Encontraron que el grupo de mujeres bulímicas con desórdenes de personalidad mostraba estilos de afrontamiento más pasivos, no planeaban, no eran competentes, no tenían apoyo social, hacían menos reinterpretaciones positivas, carecían de aceptación y humor, y en general tenían estilos de afrontamiento disfuncionales. Farley, Galves, Dickinson y Diaz (2005), interesados en el análisis de los inmigrantes, compararon el estrés y las estrategias de afrontamiento de 288 ciudadanos mexicanos residentes en Estados Unidos que asistían a un centro de salud para inmigrantes, a quienes aplicaron la Escala de Percepción de Estrés y la Escala Breve de Afrontamiento. Encontraron que los inmigrantes que reportaban problemas de padecimientos crónicos y altos niveles de percepción de estrés tendían a culparse a sí mismos, a negar situaciones y a consumir drogas, y que los inmigrantes sanos y con bajos niveles de percepción de estrés poseían un

estilo de afrontamiento activo, buen sentido del humor, actitud positiva y aceptación.

Como se puede apreciar, se ha tratado de evaluar la participación de diversos factores psicológicos con la salud relacionando distintas variables, principalmente los llamados estilos de afrontamiento, con las reacciones de estrés, y a éste con la presencia de enfermedad. En este trabajo se parte de una visión teórica distinta: la aproximación interconductual, cuya descripción rebasa los objetivos de este trabajo, aunque se mencionan algunos aspectos que permiten dotar de un contexto a la investigación que aquí se presenta.

Desde esta perspectiva, la reacción que Seyle (1936/1978) denominó *estrés* corresponde a tipos de contingencias perfectamente delimitables, esto es, a situaciones que de manera objetiva producen tal reacción fisiológica (Levine, 1985; Mohberg, 1985). En dichas situaciones, cada persona, dependiendo de su historia, reacciona o responde de distintos modos, funcionalmente hablando. Si responde directamente a las contingencias del aquí y ahora de la situación, mostrará la llamada "reacción de estrés"; si, por otro lado, responde a la situación que produce estrés, pero de manera extrasituacional (es decir, *como si* estuviera en una situación diferente, no objetivamente amenazante), podría no experimentar dicha reacción. Su comportamiento extrasituacional regularía sus reacciones y sensaciones (a las que podría denominar estrés), no así la propia situación presente.

Lo anterior es una premisa para investigar ciertos aspectos relacionados con el estrés; sin embargo, una práctica común en la psicología ha sido la de plantear preguntas e investigaciones a partir del lenguaje ordinario (Ribes, 1990; Ryle, 1949), lo que ha llevado, para el caso que nos ocupa, a estudiar lo que la gente refiere o reporta como estrés, al margen de las contingencias específicas que producen tal reacción. Así, se postulan "estresores", que no corresponden a este tipo de situaciones contingenciales delimitables, y que pueden incluso consistir en estímulos como el ruido o el tránsito vial (Sandín, 1999), o el propio comportamiento del sujeto (su valoración), al margen de cualquier situación presente o distante.

Lo anterior queda evidenciado cuando se revisa a Lazarus y Folkman (1984), quienes son los autores con mayor influencia en este campo. Sos-

tienen que el estrés no aparece solamente en situaciones extraordinarias sino que es un aspecto inevitable de la vida, y explican el fenómeno como un proceso cognitivo. Plantean que una transacción que provoca estrés se origina con una valoración o evaluación que la persona hace de una situación en la que existe una demanda, y que hay una segunda evaluación o valoración de los recursos o respuestas de que dispone para satisfacerla; luego, intenta responder o no lo hace en absoluto. Las respuestas (o su ausencia) tienen repercusiones y alteran la situación. Por ello, dichos autores hablan de una secuencia transaccional y señalan que dicha secuencia deja de provocar estrés cuando la persona juzga que el peligro ha pasado, ya sea espontáneamente, o bien porque hubo alguna respuesta de afrontamiento que neutralizó el peligro (Meichenbaum, 1987). De hecho, según esos autores, el estrés depende de la valoración que hace la propia persona de una situación y no de la situación contingencial específica; esto es, hay un proceso cognitivo responsable de esta reacción y de alguna posible acción a la que denominan *afrontamiento*.

Con una aproximación naturalista, no hay necesidad de postular procesos cognitivos para explicar el comportamiento porque ello conlleva todas las implicaciones de un abordaje dualista (Ribes, 1982; Ribes y López, 1985; Ryle, 1949) que conduce, entre otras cosas, a estudiar fenómenos que pueden ser funcionalmente distintos de aquellos que objetivamente corresponden al estrés, como la capacidad o las competencias de una persona para satisfacer la o las demandas que una situación impone. Cuando, por ejemplo, la gente reporta “estrés” ante el aviso de que se le aplicará un examen de conocimientos, pedir al jefe un aumento de sueldo, aclarar un mal entendido con un amigo, entrar a una nueva escuela o cambiarse de casa, lo que refiere es una reacción emocional o afectiva ante situaciones que implican logro, o sea, ante situaciones que implican demandas que hay que satisfacer, problemas que deben resolverse o resultados que tienen que producirse. Las contingencias que incluyen demandas de logro no están relacionadas funcionalmente de manera directa con la reacción de estrés, y más bien permiten identificar competencias.

Ribes (1990) emplea el término *competencia* para designar capacidad y lo define como “una colección de ocurrencias que tienen que ver con logro”. Las competencias se identifican a partir de las ocurrencias o habilidades en la historia de interacción de una persona, es decir, se sabe que una persona es capaz de hacer algo porque en el pasado lo ha hecho exitosamente.

El concepto de competencia permite deslindar conceptualmente los fenómenos emocionales o afectivos que corresponden a contingencias de estrés, de otros fenómenos con componentes afectivos vinculados a la capacidad; ambos fenómenos son funcionalmente distintos.

Partiendo de lo anterior, ¿cómo se estudia la relación estrés-salud? En opinión de los presentes autores, conviene basarse en el modelo psicológico de la salud propuesto por el mismo Ribes (1990), en el que identifica el conjunto de factores que conforman el proceso psicológico de la salud y los resultantes de dicho proceso, tanto en los niveles psicológico como biológico. Este conjunto de elementos, así como la relación funcional que guardan entre ellos, permite replantear el papel del comportamiento como la dimensión psicológica de la salud que vincula las dimensiones biológica y social de la misma. El proceso psicológico se origina en la historia de cada persona: en sus estilos interactivos y en su historia de competencias; ambos factores influyen en la modulación biológica por las contingencias y, a su vez, en las competencias funcionales presentes. Los resultantes de esta relación son las conductas instrumentales de riesgo y prevención, que en el nivel biológico influyen en la vulnerabilidad de la persona a la enfermedad, así como en la aparición o no de patologías biológicas y de conductas asociadas a la enfermedad. En este modelo, la dimensión psicológica de la salud es el comportamiento.

Así, el estrés no es un fenómeno autónomo, sino que puede aludir a diferentes cosas; podría tratarse, por ejemplo, de un comportamiento afectivo que, de ser consistente y ocurrir en situaciones que no implican logro, constituiría un estilo interactivo y, por tanto, ser parte del proceso psicológico de la salud; o bien se puede tratar de componentes afectivos de algún comportamiento efectivo relacionado con contingencias de logro, esto

es, de reacciones o sensaciones que acompañan el hacer de una persona ante situaciones específicas que implican demandas, las cuales tienen a su vez una influencia mucho más directa en las conductas instrumentales de riesgo/prevenición y, así, en la vulnerabilidad biológica de la persona. Las llamadas “reacciones de estrés” pueden también aparecer como resultantes del proceso psicológico de la salud y asociarse a diversas patologías biológicas, ya sea como reacción vinculada a la propia enfermedad o a los tratamientos médicos.

Entender que el término “estrés”, tal como se emplea en el lenguaje ordinario, puede corresponder a comportamientos funcionalmente distintos, tiene implicaciones para la comprensión cabal del fenómeno, su investigación y su prevención (Ribes, 1990).

De este modo, si lo que se estudia es la reacción de estrés que corresponde a contingencias que objetivamente la producen, conviene estudiar el comportamiento de las personas en situaciones contingenciales que funcionalmente están relacionadas con dicha reacción y que no entrañan demandas de logro, tales como la toma de decisiones, la tolerancia a la frustración, la reducción de conflicto, la tolerancia a la ambigüedad, la tendencia al riesgo y la impulsividad o no impulsividad. Para el caso de las reacciones emocionales o componentes afectivos que se presentan en contingencias que implican logro, habría que explorar la capacidad de las personas para satisfacer las diversas demandas de tales situaciones, identificándolas a partir de criterios funcionales y no morfológicos; dichas situaciones podrían caracterizarse, por ejemplo, por arreglos contingenciales de persistencia o logro, flexibilidad al cambio, tendencia a la trasgresión, dependencia de señales o responsividad a nuevas contingencias. Ahora, con fines de prevención, conviene estudiar las reacciones emocionales o afectivas que ocurren asociadas a ciertas patologías. En todos los casos, y dada la posible autonomía funcional de las diversas dimensiones del comportamiento (Corral, 2003), es prudente explorar el comportamiento efectivo (en términos de lo que la persona hace, piensa o dice en la situación), los componentes afectivos de este comportamiento (lo que siente o sus reacciones fisiológicas) y la dimensión valorativa (lo que la persona cree con respecto a la situación), en el entendido de que no se trata

de momentos o fases de un proceso cognitivo o de tres comportamientos distintos sino de dimensiones y componentes de un comportamiento complejo.

El estudio que aquí se expone se fundamenta en lo descrito arriba y es parte de una línea de investigación sobre la salud. En un estudio anterior, Rodríguez (2006) elaboró un instrumento específico para evaluar la relación que hay entre algunas competencias y el estado de salud o enfermedad. Las situaciones muestreadas en el instrumento se caracterizaron por implicar criterios de logro y persistencia y de flexibilidad al cambio, es decir, eran situaciones que no correspondían a contingencias productoras de estrés, sino a contingencias que implicaban demandas y que estaban mayormente vinculadas a la competencia. Los reactivos eran preguntas abiertas, como una primera aproximación al fenómeno, las que se aplicaron a 180 participantes voluntarios (90 de ellos sanos y 90 enfermos), y sus resultados indican que los primeros reportaron un mayor cumplimiento en las demandas que los segundos, que sus reacciones emocionales fueron más positivas, y que en su mayoría no creía que las situaciones fueran amenazantes.

Con base en el estudio antes descrito, se desarrolló un nuevo instrumento, con reactivos tipo Likert, para evaluar competencias en tres tipos de contingencias: logro o persistencia, flexibilidad al cambio y frustración. Las dos primeras están más vinculadas con competencias, mientras que a la tercera (más relacionada con la reacción de estrés) se le agregaron demandas de logro, con la intención de comparar en una primera instancia las competencias en participantes sanos y enfermos en dos de sus dimensiones: la efectiva (capacidad en el cumplimiento de las demandas) y la afectiva (presentación de reacciones de “estrés”), así como la correspondencia funcional entre ellas.

MÉTODO

Participantes

Se empleó una muestra intencional voluntaria de 347 participantes de entre 15 y 70 años de edad, con un promedio de 29 años; 233 fueron mujeres y 114 hombres. De ellos, 216 eran solteros y 131

casados. Con respecto a su escolaridad, 16 participantes tenían estudios de posgrado, 9 alguna especialidad, 172 licenciatura, 104 bachillerato, 34 estudios de secundaria y 12 de primaria. En lo relativo a su estado de salud, 223 participantes indicaron no padecer ninguna enfermedad crónica y 124 tener alguna; de estos, 98 señalaron que su enfermedad había sido diagnosticada por un médico y 26 dijeron no contar con un diagnóstico. Con esta muestra se hicieron dos grupos: participantes sanos y participantes con enfermedad crónica.

Muestreo

La selección de los participantes se hizo mediante un muestreo por oportunidad, el cual consiste en seleccionar a aquellos sujetos voluntarios y que presentan mayor oportunidad de ser seleccionados (Coolican, 1994). La investigación se llevó a cabo a través de un diseño descriptivo de tipo transversal, que consiste en examinar a varias personas en un solo punto del tiempo.

Variables e instrumentos

Variables de comparación: Presencia de enfermedad crónica y estado civil.

Variables dependientes: Dimensiones efectiva y afectiva de las competencias que se evaluaron en cada una de las situaciones planteadas en los distintos reactivos.

El instrumento empleado contiene seis partes. La primera evalúa algunos datos demográficos; la segunda, los datos relativos al estado de salud-enfermedad, y las cuatro restantes evalúan competencias. Cada una de estas cuatro partes corresponde a un contexto de desempeño: escuela, trabajo, familia y pareja. Los reactivos muestran situaciones que corresponden a tres distintos arreglos contingenciales: logro o persistencia, frustración y flexibilidad al cambio, que son arreglos contingenciales que corresponden a gran parte de los llamados “estresores” (Rodríguez, 2006).

Cada reactivo tiene seis opciones de respuesta, que van de “nunca” a “siempre”, las que permiten evaluar el grado de competencia en sus tres dimensiones: efectiva, es decir, las acciones de los participantes (lo que hacen); afectiva (sentimientos,

sensaciones y reacciones reportadas como estrés) y valorativa (creencias con respecto a la situación). Para cada dimensión se presentan nueve reactivos, de manera que hay 27 reactivos en cada uno de los contextos de desempeño, totalizando 108. El instrumento fue confiabilizado en un estudio preliminar (Rodríguez, 2008).

Procedimiento

El instrumento se aplicó a los participantes de forma individual. Se les dieron las instrucciones para responder el instrumento, se explicaron los objetivos del estudio y se prometió confidencialidad. Los investigadores estuvieron presentes para aclarar dudas. Los participantes respondieron el cuestionario en una sola sesión de aproximadamente una hora, después de lo cual se agradeció su colaboración.

RESULTADOS

En primera instancia, se hizo un análisis de la parte 1 del instrumento, referente al estado de salud. Los datos más relevantes se muestran en la Tabla 1. De la muestra total, 123 participantes reportaron enfermedad crónica diagnosticada.

Tabla 1. Número y porcentaje de participantes con enfermedad crónica diagnosticada.

TIPO	f	%
Piel	4	3.25
Respiratorias	24	19.51
Cardiovasculares	15	12.2
Gastrointestinales	43	34.96
Menstruales	7	5.69
Sensoriales	1	0.81
Musculoesqueléticas	6	4.88
Otras	23	18.7

A estos 123 participantes se les preguntó si padecían de algún otro malestar o enfermedad, además de la enfermedad crónica, así como su frecuencia de ocurrencia. En la Tabla 2 se puede apreciar que la mayoría de los participantes con enfermedades crónicas diagnosticadas también sufría otras enfermedades.

Tabla 2. Frecuencia con que padecen enfermedades.

Enfermedad	Piel	Resp.	Cardiol.	Gastro.	Mens.	Sensor.	Muscul.	Otras
	%	%	%	%	%	%	%	%
Menos de una vez al año	5.88	13.51	8.57	4.00	7.69	23.07	5.76	0
Una o dos veces al año	47.05	31.08	22.85	12.01	11.53	15.38	26.92	33.33
Una vez cada 4 ó 6 meses	0	28.37	11.42	21.33	11.53	23.07	9.61	11.11
Una vez cada 2 ó 3 meses	11.76	14.86	14.28	20.03	15.38	15.38	9.61	22.22
Una vez al mes	5.88	6.75	11.42	9.33	46.15	7.69	7.69	0
Una vez por quincena	5.88	4.05	14.28	16.00	7.69	7.69	15.38	22.22
Una o más veces por semana	23.52	1.35	17.14	17.33	0	7.69	25.00	11.11

De ellos, por ejemplo, 47% reportó padecer enfermedades de la piel una a dos veces al año, problemas respiratorios (31%), o musculoesqueléticos (26.9%), entre otros. Llama la atención que 23% de estos participantes sufriera enfermedades de la piel con una frecuencia de una o más veces por semana.

En esta primera parte del instrumento se evaluó lo que los participantes hacían cuando enfermaban, considerando el tipo de enfermedad. En la Tabla 3 se muestran las opciones de respuesta

evaluadas en estos reactivos y el porcentaje de participantes enfermos que respondió en las distintas opciones. Se puede observar, por ejemplo, que 58.8% de ellos visitaba al médico cuando su enfermedad era de la piel, que 50% se automedicaba en las enfermedades respiratorias, que de 31 a 38% consultaba al médico cuando la enfermedad era cardiovascular o gastrointestinal, y que entre 28 y 30.7% se automedicaba por diversas enfermedades.

Tabla 3. Respuestas ante las diversas enfermedades.

Enfermedad	Piel	Resp.	Cardiol.	Gastro.	Mens.	Sensor.	Musc.
	%	%	%	%	%	%	%
No hace caso	17.64	6.75	0	9.33	15.38	7.69	21.15
Se automedica	17.64	50.00	28.57	22.66	30.76	30.76	28.84
Reposo parcial	0	2.70	11.42	14.66	11.53	7.69	5.76
Reposo total	0	4.05	8.57	1.33	3.84	7.69	11.53
Habla al médico	5.88	5.40	8.57	6.66	11.53	7.69	3.84
Ve al médico	58.82	31.08	31.42	38.66	23.07	38.46	26.92
Ingresa al hospital	0	0	11.42	6.66	3.84	0	1.92

Dado que el objetivo del presente estudio fue analizar las competencias de los participantes sanos y enfermos en sus dimensiones efectiva y afectiva, a continuación se presentan los resultados relativos a las siguientes partes del instrumento. A partir de los datos obtenidos se desarrollaron dos subescalas relativas a competencias: la subescala de competencia efectiva, que incluye las respuestas relativas a lo que *hacen* los participantes en cada una de las situaciones muestreadas, y la afectiva, que se compone de las respuestas en las que indican que sufren reacciones de estrés. La Tabla 4 mues-

tra los principales descriptivos para estas subescalas en los participantes sanos y enfermos. Se puede observar que las medias para ambos grupos son mayores en la dimensión efectiva que en la afectiva. Hay que considerar que, en el caso de la dimensión efectiva, los valores más altos indican mayor habilidad, y mayor frecuencia de reacciones reportadas como estrés en el caso de la dimensión afectiva. También se observan puntajes ligeramente mayores en las dos subescalas en el grupo de participantes con enfermedad crónica.

Tabla 4. Descriptivos de las dimensiones efectiva y afectiva de las competencias evaluadas en participantes sanos y enfermos.

<i>Salud</i>	Dimensión efectiva		Dimensión afectiva	
	<i>Sanos</i>	<i>Enfermos</i>	<i>Sanos</i>	<i>Enfermos</i>
Rango	157	127	157	127
Media	162.70	163.74	110.41	118.01
Mediana	166	171.50	111	116
Moda	186	192	113	120
Desviación	29.47	29.68	25.42	29.83

Se obtuvieron también algunos datos con relación al estado civil. En la muestra había 216 participantes solteros y 131 casados. En la Tabla 5 se pueden

observar algunos datos referentes a las dimensiones efectiva y afectiva de sus competencias.

Tabla 5. Descriptivos de las dimensiones efectiva y afectiva de las competencias evaluadas en participantes sanos y enfermos considerando su estado civil.

<i>Estado civil</i>	DIMENSIÓN EFECTIVA				DIMENSIÓN AFECTIVA			
	<i>Solteros</i>		<i>Casados</i>		<i>Solteros</i>		<i>Casados</i>	
<i>Salud</i>	<i>Sanos</i>	<i>Enfermos</i>	<i>Sanos</i>	<i>Enfermos</i>	<i>Sanos</i>	<i>Enfermos</i>	<i>Sanos</i>	<i>Enfermos</i>
Media	165.0	161.1	157.8	166.7	109.7	113.9	111.8	122.6
Mediana	168.5	168.5	163	174	108	110	113	120
Moda	165	128	186	174	96	91	86	85
Desviación	27.6	31.4	32.5	27.5	24.3	31.9	27.5	26.7

Como se puede apreciar, la tabla muestra que en lo que se refiere a la dimensión efectiva los solteros sanos obtuvieron una media mayor que los solteros enfermos, esto es, mayores interacciones de logro en las situaciones muestreadas, mientras que los casados con enfermedad crónica diagnosticada obtuvieron una media mayor que los casados sanos. En lo que atañe a la dimensión afectiva de las competencias evaluadas, los solteros con enfermedad crónica obtuvieron una media mayor que la de los solteros sanos; la situación de los casados fue la misma, ya que los que sufrían de una enfermedad crónica tuvieron una media mayor que la de los casados sanos.

Con el fin de explorar una posible relación entre las dimensiones efectiva y afectiva de las competencias en ambos grupos, se aplicó una prueba de correlación de Pearson. Se encontró una correlación baja, aunque estadísticamente significativa ($r = .351$, $\alpha < .001$) entre las dimensiones efectiva y afectiva de las competencias en los participantes con enfermedad crónica. También se encon-

tró una correlación significativa baja ($r = .252$, $\alpha < .001$) entre estas dos dimensiones en los participantes sin enfermedad crónica diagnosticada.

Posteriormente, con la intención de explorar alguna diferencia significativa entre el grupo de participantes sanos y el que reportó enfermedades crónicas en las mismas dimensiones competenciales, se aplicó una prueba *t* de Student, hallándose diferencias entre ellos solamente en lo que respecta a la dimensión afectiva de sus competencias, esto es, en lo que refirieron como reacciones de estrés ($f = 2.22$, $\alpha < .05$).

Análisis de datos

Con base en los resultados obtenidos, es necesario hacer algunos comentarios. Con respecto a las dimensiones efectiva y afectiva de las competencias evaluadas, en ambos grupos se encontró que los puntajes obtenidos en la dimensión efectiva (el cumplimiento a las demandas de las diversas situaciones) fueron mayores que los de la dimensión

afectiva (el reporte de la frecuencia de reacciones de estrés). En ambas escalas el máximo puntaje que podía obtenerse fue de 216; la media obtenida por el grupo de participantes sin enfermedad crónica en la dimensión efectiva fue de 162.7, y por el grupo con enfermedad, de 163.7. Este dato sugiere que ninguno de los grupos fue totalmente competente para resolver las demandas de las situaciones muestradas. Por otro lado, la media obtenida en la dimensión afectiva por el grupo de participantes sanos fue de 110.4, y de 118 por el grupo de enfermos, lo que indica que ningún grupo reportó reacciones de estrés muy frecuentes, aunque fue mayor el número de participantes con enfermedad crónica que lo hizo.

Considerando el estado civil de los participantes como una variable de comparación, se encontró que los solteros sin enfermedad crónica tienen mayores puntajes en la dimensión efectiva de las competencias que los solteros con enfermedad crónica; es decir, al parecer los solteros sanos resuelven con mayor frecuencia algunas demandas cotidianas, al contrario que los casados, esto es, los enfermos obtuvieron puntajes más altos que los sanos. En la dimensión afectiva se halló que el grupo de enfermos —ya sean solteros o casados— obtuvo mayores puntajes que los sanos, pues reportó sufrir reacciones de estrés con mayor frecuencia. Se llevó a cabo una prueba *t* de Student para explorar las posibles diferencias significativas en ambas subescalas de acuerdo al estado civil, no habiendo ninguna, lo que sugiere que esta variable no influyó en los resultados.

Las pruebas de correlación permiten considerar una relación moderada entre las dimensiones efectiva y afectiva de las competencias en ambos grupos. Con la prueba *t* se encontró una diferencia estadísticamente significativa entre los participantes sanos y con enfermedad crónica en la subescala afectiva, lo que indica que estos últimos sufren reacciones de estrés con mayor frecuencia que los primeros.

DISCUSIÓN

Hay que comentar en primer lugar algunos aspectos interesantes obtenidos en este estudio con respecto a las dimensiones competenciales evaluadas.

La aproximación interconductual plantea que existen diversos modos de responder a una misma situación a través de distintos procesos, dependiendo de si las respuestas corresponden funcionalmente a aquella (no instrumentales o instrumentales), o si corresponden o están reguladas por elementos no presentes en la situación de forma concreta (extra o transituacionales). En este estudio se encontraron puntajes distintos en ambas dimensiones; es decir, los participantes reportaron cumplir satisfactoriamente con lo que una situación les demandaba y, a pesar de ello, sufrir reacciones de estrés. De hecho, las correlaciones entre ambas dimensiones no son fuertes. Ello plantea que no hay una correspondencia funcional total entre ambas dimensiones, e igualmente permite considerar la posibilidad de que las reacciones reportadas como estrés no dependen de la habilidad de las personas para resolver o satisfacer una demanda en alguna situación, sino que dichas reacciones están reguladas de manera extrasituacional. Tales resultados obligan a continuar investigando dicha correspondencia, en tanto que indican que no basta ser competente en diversas situaciones de la vida cotidiana para evitar las llamadas reacciones de estrés, que al parecer están reguladas por comportamientos extrasituacionales, y que conviene explorar los elementos situacionales distantes en tiempo o espacio que regulan dichas reacciones.

Aunque no se encontraron diferencias estadísticamente significativas con respecto al estado civil de los participantes, hubo algunas diferencias que podrían estar relacionadas con el apoyo social. Por otro lado, es interesante que, al igual que en otros estudios (Grzib, Ortega y Brengelman, 1993; Rodríguez-Albuín, González de Rivera, Hernández-Herrero, De la Hoz y Monterrey, 1999), se hallaron aquí diferencias significativas entre el grupo de participantes sanos y el de enfermos en relación con lo que reportan como reacciones de estrés: los participantes enfermos muestran con mayor frecuencia dichas reacciones en diversas situaciones cotidianas muestradas en el instrumento.

A diferencia de estudios que han investigado el estrés en el afrontamiento de una enfermedad (López, 2000; Tobón, Vinaccia, Quiceno, Sandín y Núñez, 2007), el presente se centró en las competencias en situaciones cotidianas, y aunque

no se pretende establecer ninguna relación de tipo causal entre estos hallazgos y la presencia de enfermedad en los participantes, parece conveniente llevar a cabo estudios retrospectivos o longitudinales con este tipo de poblaciones, dada la evidencia cada vez mayor de tales reacciones y la aparición de enfermedad. La investigación detallada de los factores o comportamientos que regulan dichas reacciones puede tener repercusiones directas en el manejo psicológico de la enfermedad en los distintos niveles de prevención.

En cuanto a los datos obtenidos en la primera parte del cuestionario, hay que hacer notar que los participantes reportaron que sus enfermedades crónicas eran principalmente gastrointestinales, seguidas de los padecimientos respiratorios. Los resultados obtenidos apoyan lo hallado por Viñas y Caparrós (2000), quienes estudiaron a jóvenes universitarios para analizar la posible relación entre las estrategias de afrontamiento utilizadas en periodos de exámenes y los síntomas somáticos autoinformados, observando que, sin importar el estilo de afrontamiento empleado, las quejas gastrointestinales fueron las más consistentes, especialmente durante el periodo de exámenes. También coinciden con los hallazgos de Beltrán, Pando, Salazar y cols. (2005), quienes analizaron a médicos familiares de una clínica del Instituto Mexicano del Seguro Social de Guadalajara (México), hallando una fuerte relación entre el síndrome de

burnout y algunos malestares físicos, estando entre los más frecuentes los respiratorios y los gastrointestinales. Asimismo, los resultados del presente estudio coinciden con los de Calabrese (2006), quien observó que de 59 a 96% de los anestesiólogos latinoamericanos manifiestan estrés, y que sus secuelas en la salud son básicamente de tipo digestivo y cardiovascular.

Un dato digno de resaltar es que los participantes con una enfermedad crónica presentan frecuentemente otros padecimientos adicionales, lo que significa una alerta de su posible cronificación. Hay que agregar que este tipo de participantes constituye una población potencial para estudios longitudinales futuros.

Con respecto a lo que los participantes con enfermedad hacen cuando tienen un padecimiento, cabe hacer notar que un alto porcentaje de ellos recurre a la automedicación, y esto, en el contexto del modelo psicológico de la salud biológica (Ribes, 1990), puede considerarse como una conducta instrumental de riesgo que debe ser alterada.

Por último, el presente trabajo arroja datos de interés que deben irse precisando para hacer aportaciones concretas y congruentes en el terreno de la salud. La perspectiva interconductual plantea nuevas interrogantes que, al irse esclareciendo, facilitarán una aproximación psicológica eficiente e individualizada hacia la enfermedad.

REFERENCIAS

- Bell, S. y Lee, C. (2003). Perceived stress revisited: The Women's Health Australia project Young cohort. *Psychology, Health and Medicine*, 8(3), 343-353.
- Beltrán, C.A., Pando, M., Salazar, J.G., Torres, T.M., Aldrete, M.G. y Pérez, M.B. (2005). Síndrome de burnout en médicos familiares del Instituto Mexicano del Seguro Social, Guadalajara, México. *Revista Cubana de Salud Pública*, 29(2), 103-110.
- Calabrese, G. (2006). Impacto del estrés laboral en el anestesiólogo. *Revista Colombiana de Anestesiología*, 34(4), 233-240.
- Castillero, Y. y Pérez, M. (2005). El uso de la biorretroalimentación en los programas de tratamiento del estrés. *Revista Electrónica Psicología Científica*. Disponible en línea: www.psicologiacientifica.com.
- Coolican, H. (1994). *Métodos de investigación y estadística en psicología*. México: El Manual Moderno.
- Corral, V. (2003). ¿Mapas cognoscitivos o competencias ambientales? En E. DíazGonzález y M. L. Rodríguez (Eds.): *Perspectivas sobre el cognoscitividad en psicología* (pp. 36-79). México: UNAM.
- Deutsch, N. (2004). Psychological stress linked to greater risk of Alzheimer's disease. *Medical Post*, 40(2), 75.
- Farley, T., Galves, A., Dickinson, L. M. y Diaz, M. J. (2005). Stress, coping, and health: a comparison of Mexican immigrants, Mexican-Americans, and non-Hispanic whites. *Journal of Immigrant Health*, 7(3), 213-220.
- Fernández, J. y Edo, S. (1994). Emociones y salud. *Anuario de Psicología*, 61, 25-32.
- Góngora, V., Van der Staak, C. y Derksen, J. (2004). Personality disorders, depression, and coping styles in Argentinean bulimic patients. *Journal of Personality Disorders*, 18(3), 272-285.

- Grau A., J., Knapp, E., Pire, T., Villanueva, T. y Rodríguez, H. (1997). La psicología en la lucha contra el cáncer: hechos y posibilidades. *Psicología y Salud*, 9(1), 73-85.
- Grzib, G., Ortega, R. y Brengelman, J.C. (1993). Medición de reacciones de estrés en pacientes somáticos y personas sanas. *Revista de Psicología General y Aplicada*, 46(1), 57-69.
- Kapes, B. (2006). Stress and illness link alive and well. *Dermatology Times*, 7(1), 14-15.
- Lazarus, R. y Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal and coping*. New York: Springer Publishing Company.
- Lazarus, R. y Folkman, S. (1991). *Estrés y procesos cognitivos*. Barcelona: Martínez Roca.
- Levine, S. (1985). A definition of stress? En G. P. Moberg (Ed.): *Animal stress*. Bethesda, MD: American Physiological Society.
- López, F.J. (2007). Prevención, técnicas de modificación de conducta para el tratamiento de la hipertensión arterial (HTA) y otros factores de riesgo. *Psicología Científica*. Disponible en línea: www.psicologiacientifica.com.
- López, V. (2000). Determinantes psicosociales en la aparición y curso del vitiligo. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 16(2), 171-176.
- Martínez-Sánchez, F. y Casado, M.I. (1999). Estrés y trastornos psicofisiológicos. Una revisión crítica. *Psicología Contemporánea*, 6(1), 50-59.
- Meichenbaum, D. (1987). *Supere el estrés*. Barcelona: Juan Granica.
- Mohberg, G.P. (1985). *Animal stress*. Bethesda, MD: American Physiological Society.
- Newman, R. (2007). Stress and emotions can negatively affect heart health. *Disease Prevention*, Feb 26, 47.
- Palmero, F. y Fernández-Abascal, E.G. (1999). Estrés y reactividad cardiovascular. *Psicología Contemporánea*, 6(1), 36-43.
- Pérez, R. (2003). La vulnerabilidad psicosocial, la estrategia de intervención y el modo de vida sano. *Psicología Científica*. Disponible en línea: www.psicologiacientifica.com.
- Planes, M. (1992). Influencia del estrés en el padecimiento de la migraña. *Anuario de Psicología*, 54, 97-108.
- Ribes, E. (1982). *El conductismo: reflexiones críticas*. Barcelona: Fontanella.
- Ribes, E. (1990). *Psicología y salud: un análisis conceptual*. Barcelona: Martínez Roca.
- Ribes, E. y López, F. (1985). *Teoría de la conducta: un análisis de campo y paramétrico*. México: Trillas.
- Robles, E. y Valdez, J.L. (2002). Acontecimientos productores de estrés en mujeres mexicanas. *Psicología y Salud*, 12(1), 95-100.
- Rodríguez, M.L. (2006). Evaluación de competencias conductuales y su relación con la salud. *Revista Chilena de Psicología Clínica*, 1(1), 12-28.
- Rodríguez, M.L. (2008). Emociones y salud: algunas consideraciones. *Psicología Científica*. Disponible en línea: www.psicologiacientifica.com.
- Rodríguez-Albuín, M.J., González de Rivera, J.L., Hernández-Herrero, L., De la Hoz, J.L. y Monterrey, A.L. (1999). Reactividad al estrés en disfunción témporo-mandibular. *Revista Electrónica de Psiquiatría*, 3(3). Disponible en línea: www.psiquiatria.com.
- Ryle, G. (1949). *The concept of mind*. New York: Barnes & Noble.
- Sandín, B. (1999). Estrés y salud: factores que intervienen en la relación entre el estrés y la enfermedad física. En J. Buendía (Ed.): *Familia y psicología de la salud*. Madrid: Pirámide.
- Seyle, H. (1978). *The stress of life*. New York: McGraw-Hill.
- Tobón, S., Vinaccia, S., Quinceno, J.M., Sandín, B. y Núñez, A.C. (2007). Aspectos psicopatológicos en la enfermedad de Crohn y en la colitis ulcerosa. *Avances en Psicología Latinoamericana*, 25(2), 83-97.
- Valadez, A. (1997). Efectos del estrés: un análisis descriptivo. *Revista Interamericana de Psicología*, 32(1), 73-94.
- Vinaccia, S., Contreras, F., Bedoya, M.C., Carrillo, L.M., Cuartas, M.J., López, N. y Cano, E.J. (2004). Conducta anormal de enfermedad en pacientes con enfermedades gastrointestinales. *Psicología y Salud*, 14(1), 43-55.
- Viñas, F. y Caparrós, B. (2000). Afrontamiento del periodo de exámenes y sintomatología somática autoinformada en un grupo de estudiantes universitarios. *Revista Electrónica de Psicología*, 4(1). Disponible en línea: www.psiquiatria.com.
- Vives A., E. (2007). Estilo de vida saludable: puntos de vista para una opción actual y necesaria. *Psicología Científica*. Disponible en línea: www.psicologiacientifica.com.