

CAPITULO XXVI

SALUD, FACTORES PSICOSOCIALES Y CULTURA

Nekane Basabe

Factores Psicosociales y Salud

La Psicología Social de salud plantea que los procesos salud/enfermedad dependen de las transacciones entre el individuo y su medio. Las personas a lo largo de su vida han de hacer frente a toda una serie de demandas externas que requieren un esfuerzo de adaptación y una puesta en funcionamiento de todos sus recursos personales y sociales para hacer frente a la situación. La respuesta de estrés consiste en una activación del organismo: activación fisiológica, cognitiva y conductual, que ayuda a procesar rápidamente la información buscando y seleccionando una respuesta. Es, por tanto, una respuesta adaptativa, que dejará de serlo si las exigencias sobrepasan las capacidades de respuesta del organismo.

Todos los modelos que analizan el impacto del estrés en la salud - perspectivas neuroendocrinas, médicas o psicológicas - parten del supuesto de que las personas pueden verse sobrepasadas por las demandas del medio o *sucesos estresantes*, cuando éstas se encuentran sometidas a situaciones agudas o crónicas de estrés y carecen de recursos personales y psicosociales para defenderse en dichas situaciones.

El estrés se define como el conjunto de relaciones particulares entre la persona y la situación, siendo ésta valorada por el individuo como algo que grava o excede sus propios recursos, que pone en peligro su bienestar personal. A modo de ejemplo, a continuación mostramos algunos resultados de la investigación experimental en animales.

Jay Weiss, fisiólogo de la Universidad de Rockefeller, demostró con exactitud algunas de las variables psicológicas que intervenían en este proceso (Sapolsky, 1995):

- a) El sujeto de uno de sus experimentos es una rata que recibe descargas eléctricas leves, y tras una serie de ellas, la rata desarrolla una respuesta de estrés prolongada (p.ej., elevación del ritmo cardíaco y tasa de secreción de glucocorticoides). En la habitación contigua, otra rata recibe la misma serie de descargas, siguiendo la misma pauta y con la misma intensidad, por lo que su equilibrio homeostático se pone en peligro en la misma medida. Pero esta vez, siempre que la rata recibe una descarga puede subir corriendo a una barra de madera y roerla. Este animal tiene menos probabilidades que el anterior de desarrollar una úlcera, porque se le ha proporcionado una *salida a la frustración* (Hay más tipos de salidas: si la rata come algo, bebe agua o corre en una rueda giratoria es menos probable que desarrolle una úlcera).
- b) En el caso de los primates también se constata como interactuando con otro organismo se puede minimizar el impacto de un agente estresante. Así, si se somete a una cría de primate a una situación desagradable, ésta emite una respuesta de estrés. Si la sometemos al mismo agente estresante en una habitación llena de primates, y en función de si los primates son extraños o si son amigos, la respuesta de estrés empeora o disminuye respectivamente. Es decir, se constata que se trata de *apoyo social*.
- c) Otra variable que modula la respuesta de estrés es la *incapacidad de predecir*. Un grupo de ratas recibe la misma cantidad de descargas eléctricas, pero para la mitad de ellas antes de cada descarga oyen una campana de aviso, y como resultado, dicho grupo

desarrollará menos úlceras. La rata que no recibe el aviso cree que siempre está a punto de recibir una descarga, la otra sabe cuando va a ocurrir y que luego se acaba. El agente estresor se convierte en familiar y predecible.

Los efectos del estrés en la salud pueden clasificarse en dos tipos:

1. *Efecto directo*: el estrés modifica el estado fisiológico, la actividad neuroendocrina y la competencia inmunológica.
2. *Efecto Indirecto*: el estrés puede alterar la salud porque estimule comportamientos poco saludables como tabaco, alcohol, drogas, insomnio, dieta inadecuada, etc.

A continuación detallaremos los factores o variables que intervienen en la relación entre estrés y salud (Basabe et al., 1996; Belloch, Sandín y Ramos, 1995; Buendía, 1993).

Factores Predictores del Estrés

Factores predictores o antecedentes son características socio-biográficas, psicológicas y situacionales que anteceden y acompañan a la adaptación al curso de la enfermedad.

Antecedentes Psicológicos

Antecedentes psicológicos son todas las características o rasgos más o menos estables de personalidad. Podemos clasificarlos en rasgos protectores (p.ej.: optimismo, resistencia, autoestima, etc.), rasgos patógenos (p.ej.: ansiedad como rasgo, personalidad de Tipo A, hostilidad, etc.). Entre los antecedentes psicológicos del estrés destacaremos a los siguientes:

a) Resistencia / Dureza (hardiness) que tiene varias facetas:

Compromiso: Tendencia a implicarse en diferentes situaciones de la vida en vez de aislarse, Reconocer la propia valía y las metas, Minimizar la percepción de amenaza.

Desafío: Valorar situaciones estrés como una oportunidad para el desarrollo personal, Buena tolerancia a la ambigüedad.

Control: Sensación personal de control sobre los sucesos (creer que se puede influir sobre el curso de las situaciones).

La resistencia se ha asociado a menores problemas psicosomáticos; mayor autoestima, optimismo y auto-eficacia; mejor estado emocional en personas afectadas de VIH; más estrategias de afrontamiento centradas en el problema, basadas en planificar cómo resolver el problema. Los individuos altos en resistencia realizan más acciones para aliviar síntomas de enfermedad que las personas con baja autoestima y pesimistas.

b) *Tipo A de personalidad*, hostilidad y trastornos cardiovasculares: Los estudios sobre el Tipo A han constatado que no todos los elementos que se describieron como rasgos típicos de este síndrome se asociaban a problemas cardiovasculares. De hecho estudios más finos mostraron que los elementos centrales eran una fuerte necesidad de sensación de control y hostilidad: En situaciones de estrés, tendencia a experimentar ira y elevada reactividad cardiovascular (incremento frecuencia cardíaca y presión sanguínea).

Factores Situacionales

Estos factores se refieren a las variables contextuales que rodean a la persona. Aquí una gran relevancia tienen los sucesos vitales, que son aquellas experiencias objetivas de cambio vital que exigen un reajuste de la conducta del sujeto, ya que interrumpen o amenazan con obstaculizar las actividades usuales de éste. Los sucesos estresantes psicológicamente son aquellos que se perciben como amenazas al bienestar físico o psíquico.

Cuadro 1. Clasificación del Tipo de Sucesos Estresantes.

<i>Evento Único:</i> situaciones extremas como situaciones bélicas, víctimas de violencia, migraciones, desastres naturales. Se relacionan con el PTSD (síndrome de estrés post-traumático).
<i>Sucesos Múltiples:</i> cambios en la vida de una persona positivos y negativos.
<i>Sucesos Mayores, Extremos:</i> acontecimientos vitales mayores (p.ej., muerte de un ser querido).
<i>Sucesos Estresantes Cotidianos</i> (hassless, microeventos): tensiones de rol (p.ej.: problemas pareja), estresores ambientales (p.ej.: ruido, tráfico).
<i>Situaciones de Tensión Crónica Mantenido:</i> estresores intermitentes crónicos (p.ej., exámenes); estresores crónicos continuos (p.ej., enfermedades crónicas).
<i>Estresores Agudos:</i> limitados en el tiempo (p.ej., someterse a una prueba médica: biopsia de mama).

Sucesos y su Impacto en la Salud

Respecto al impacto de los sucesos, en general, se puede afirmar que: existe una relación positiva entre sucesos y síntomas físicos pero de tipo bajo, esta relación es mayor en el caso de los síntomas psicológicos. Las correlaciones se sitúan alrededor de 0.30 y explican sólo un 10% de la distribución diferencial de síntomas (Monroe et al., 1983; Kessler et al., 1985).

La evaluación-valoración de los sucesos ejerce un mayor impacto sobre la salud, que la mera presencia de sucesos (lo relevante es cómo valora la persona lo que le sucede). Cuando los sucesos son evaluados como indeseables, impredecibles e incontrolables tienen un mayor impacto en la salud (en particular en la depresión). Los sucesos negativos están asociados a síntomas psicológicos, mientras que los cambios positivos están más vinculados a síntomas físicos.

Sucesos de Pérdida, Depresión, Estrés y Cáncer

Respecto al carácter predictivo de la depresión sobre el cáncer, las evidencias actuales son contradictorias. Si bien es preciso no asociar prematuramente estrés, inmunosupresión e inicio o progresión del cáncer, es preciso remarcar que la relación entre el nivel de sucesos vitales y menor supervivencia ha sido constatada en varios estudios de cáncer de mama (Razavi y Delvaux, 1994). En este sentido, los estudios sobre estrés y cáncer sugieren que después del inicio del crecimiento maligno el estrés favorecería el desarrollo tumoral.

Un meta-análisis de seis estudios longitudinales (rango de seguimiento de 10 a 30 años, media 15 años) encontró una asociación baja y tendencial entre depresión y cáncer¹. Este efecto representa una diferencia acumulativa de la incidencia de cáncer, entre las personas que padecen y no padecen depresión, entre 1% y 2% (McGee, Williams y Elwood, 1994).

La revisión meta-analítica de los estudios retrospectivos y transversales de McKenna et al. (1999) no encontró asociaciones entre depresión/ansiedad y cáncer de mama. Sin embargo, en doce estudios transversales o cuasi-prospectivos, se reseña que las mujeres diagnosticadas de cáncer de mama informaban haber tenido más hechos vitales estresantes que grupos de comparación de mujeres sanas o diagnosticadas de tumores benignos²; también informaban más haber sufrido sucesos de pérdida o separación severos³. El meta-análisis de Pettigrew et al. (1999) muestra que los estudios de mayor muestra y mejor calidad metodológica no confirman la asociación entre sucesos de pérdida o sucesos severos y cáncer.

Estrés: Problemas Metodológicos

Una limitación de los estudios sobre sucesos y enfermedad es el carácter retrospectivo de muchas investigaciones (el estado de ánimo negativo favorece el recuerdo de hechos negativos). Sin embargo, las investigaciones prospectivas han encontrado que la acumulación de sucesos vitales está asociada a la aparición de síntomas físicos y psicológicos. Asimismo, las dificultades y sucesos negativos pueden estar relacionados con las consecuencias sociales de la propia enfermedad: de la lista de Holmes y Rahe el 67% de los sucesos de vida examinados son consecuencias o síntomas de enfermedad, lo mismo ocurre con el 63% de sucesos de la lista de Paykel. Los problemas mentales hacían que el sujeto provocara o se implicara en sucesos negativos, los que a su vez exacerbarían la sintomatología en un vínculo retroactivo. Este modelo ha sido confirmado para sujetos psicóticos pero no con sujetos neuróticos (Dohrenwend y Dohrenwend, 1984).

Redes Sociales y Soporte Social

Una definición general, que contempla tanto los aspectos estructurales (pertenencia a redes sociales) como subjetivos (evaluación de las provisiones derivadas de la inclusión en redes) sería la siguiente: "Provisiones expresivas o instrumentales, percibidas o recibidas, proporcionadas por la comunidad, las redes sociales y las personas de confianza. Estas provisiones pueden producirse tanto en situaciones de crisis como en situaciones cotidianas"

Factores Moderadores

Los factores moderadores son todos los factores que median la relación entre las circunstancias en las que sitúa la persona (como los sucesos vitales) y sus consecuencias sobre la salud, enfermedad y calidad de vida.

¹ $r = 0,019$ ponderada por el tamaño de la muestra.

² $r = 0,12$, g de Hedges = 0,25.

³ $r = 0,14$; g de Hedges = 0,25.

1. *Estrés percibido*. Se refiere a la evaluación que hace la persona de las situaciones o sucesos que experimenta. La mayoría de los estudios emplea las escalas de sucesos vitales (tipo Holmes y Rahe), donde la persona señala las ocurrencias en un periodo de tiempo (p.ej., último año); sin embargo, es la evaluación de dichas situaciones la que es relevante para determinar si se experimenta stress. Una de las escalas que mide el estrés percibido es la PSS (Perceived Stress Scale) de Cohen et al. (1985), consta de 14 ítems diseñados para medir grado de percepción de imprevisibilidad, incontrolabilidad y sobrecarga de suceso. Una versión de la misma en castellano puede verse en Basabe et al. (1996).

2. *Control percibido*. La percepción de control es una de las variables relevantes que determina las respuestas psicofisiológicas al estrés (Belloch, Sandín y Ramos, 1995; Basabe et al., 1996). Hay estudios de salud que emplean una sola pregunta general de percepción de control (Folkman et al., 1993, citado en Basabe et al., 1996), mientras que otras investigaciones manejan el constructo de locus de control sobre la salud (véase la escala de locus de control de Rotter en capítulo 6 de este manual).

3. *Soporte social percibido*. Es la percepción del individuo de que es a) cuidado y amado; b) valorado y estimado; c) que pertenece a una red social de derechos y obligaciones. El elemento sustancial no es el mero hecho de formar parte de una red de relaciones, sino la existencia de apoyo emocional, informacional y material. Las funciones de soporte social se describen en el siguiente Cuadro (2).

Cuadro 2. Funciones del Soporte Social

- **Instrumentales:**

Ayuda tangible

Proporcionar defensa

Proporcionar guías de actuación para resolver problemas

Proporcionar diversión social

- **Emocionales:**

Comunicación abierta e íntima de sentimientos y emociones

Expresar (ventilar) las emociones

Proporcionar sentimientos de intimidad

Reforzar auto-estima

Proporcionar tranquilidad y sosiego

- **Cognitivas:**

Clarificación y comprensión de las situaciones

Ofrecer modelos de comparación y validación social: Compararse con otras personas que están en situaciones similares a la nuestra puede servir para validar las propias experiencias emocionales y para evitar la auto-culpabilidad.

Efectos del Soporte Social

Efecto directo: independientemente de que la persona esté bajo el efecto del estrés. La integración en redes sociales aporta Información, influencia social, recursos sociales, autoestima, expresión de afecto, desarrollo personal, cuidados médicos y de salud. Asimismo, facilita conductas saludables, cuidados familiares (dieta, condiciones ambientales, etc.) y adherencia a tratamientos médicos (familia, grupos de apoyo).

Efecto: Estrés —► Salud

Efecto de amortiguación (buffering): amortigua el impacto negativo de los sucesos negativos. a) elimina o reduce el estresor; b) ayuda para afrontar la situación; c) atenúa la experiencia de estrés una vez producido el suceso. La literatura contempla igualmente la hipótesis de amortiguación según la cual el apoyo social actuaría como una variable moderadora entre el estresor y la presencia / ausencia del malestar físico y/o mental. El apoyo social tiene efecto beneficioso sólo ante situaciones de estrés.

Efecto: Estrés x Apoyo → Salud

El impacto del Soporte Social en la Salud

En 6 estudios epidemiológicos longitudinales, el nivel de apoyo social jugaba un rol protector directo contra la morbilidad y mortalidad. La tasa de mortalidad era al menos dos veces más débil cuando el sujeto tenía apoyo social (estar integrado socialmente) que cuando no lo estaba (Baron et al., 1990; Le Disert, 1985)⁴.

En una revisión de 18 investigaciones sobre apoyo social y malestar psicológico, Rook y Dooley (1985) encontraron que éste explicaba entre el 2 y el 17% de la sintomatología.

Seis estudios prospectivos o longitudinales mostraron que había una relación positiva entre apoyo social y bienestar psicológico, confirmando que se trataba de una relación causal y no de una mera asociación (Cohen y Wills, 1985).

Siete réplicas del clásico estudio de Brown y Harris (1978), muestran que el porcentaje de personas deprimidas con sucesos vitales negativos y problemas severos, y sin apoyo social es del 37%, frente al 14% de personas deprimidas en el mismo grado de estrés pero con apoyo de un confidente (Páez et al., 1986). En el caso de los trastornos afectivos, el nivel de satisfacción con el apoyo social subjetivo - en particular el emocional- es el que tiene la relación inhibidora más fuerte de los síntomas (Cohen y Wills, 1985).

En definitiva, de los estudios sobre soporte social y salud puede concluirse que:

- a) El impacto del soporte social sobre la salud es mayor para la salud emocional que para la física (morbilidad y mortalidad).
- b) Las medidas subjetivas de soporte social (funcionales: apoyo emocional, instrumental y cognitivo) tienen mayor impacto que las objetivas (extensión de las redes sociales o frecuencias de contactos). La dimensión emocional parece ser la más importante.
- c) Es más probable que se encuentre un efecto directo (modelos de efectos principales) (soporte social → bienestar) con medidas de soporte social estructurales-objetivas, mientras que parece más probable encontrar un efecto amortiguador del soporte social cuando se contemplan medidas de tipo funcional (Páez et al., 1986).

Mecanismos Explicativos: Impacto del Estrés y del Bajo Soporte Social en la Salud

Cognitivo: Una situación de bajo apoyo social y alto estrés altera las creencias de generosidad, optimismo y controlabilidad del mundo social. Por ello, la percepción

⁴ . La correlación media encontrada, en una revisión meta-analítica entre apoyo social y medidas de salud (mortalidad, morbilidad, sintomatología) oscilaba entre -0,10 y -0,20. La correlación media entre apoyo social y mortalidad es de -0,07 (Stroebe y Stroebe, 1995).

de falta de control provoca una afectividad negativa. La existencia de apoyo social puede hacer que el problema se evalúe como menos disruptivo. Se ha demostrado que la percepción de control se asocia a una mejor salud física y mental.

Inmunológico-fisiológico: Una situación de bajo apoyo social (y/o alto estrés) reduce la respuesta inmunológica, asimismo un déficit de apoyo social y un alto estrés inducen a la depresión y ésta, a su vez, también reduce la respuesta inmunológica, (Ader, Felten y Cohen, 1991; Basabe et al., 1996). Así, la investigación permite concluir que los elementos estresantes pueden producir inmunodepresión e incremento de la vulnerabilidad a las enfermedades. La falta de apoyo social sigue determinando una menor reacción inmunológica controlando la percepción de estrés y el nivel de depresión o ansiedad, es decir, el apoyo social tiene un efecto directo que no es explicado por los procesos sociocognitivos.

Conductual: La falta de apoyo social se asocia a conductas no adaptativas y a formas de afrontamiento menos eficaces. De manera inversa, el apoyo social emocional subjetivo y el afrontamiento adaptativo asociado a él, amortiguan o disminuyen el impacto del estrés y por ende, disminuyen posibles formas no adaptativas de afrontamiento como son las conductas de riesgo que agravan el problema (beber o fumar en exceso, ignorar la enfermedad y el tratamiento, etc. (Stroebe y Stroebe, 1995).

El alto apoyo social emocional se asocia a una alta autoestima personal, que a su vez, se asocia a una menor reactividad ante hechos negativos y a manejar mejor las amenazas. El apoyo social y las formas de afrontamiento adaptativas asociadas a él, permiten superar más rápidamente el bajo estado de ánimo y la depresión. La autorregulación de la afectividad negativa y el incremento de la afectividad positiva del sujeto podrían tener un papel facilitador del tratamiento y de la adaptación al problema.

Regulación afectiva: El apoyo social puede disminuir las formas de afrontamiento negativas y reforzar las positivas, lo que permitiría regular la afectividad negativa y la ansiedad. Los sujetos aislados socialmente tendrán dificultades para compartir y hablar sobre sus experiencias negativas. La expresión emocional apoyada y regulada por otros puede permitir disminuir el gasto fisiológico y el estrés asociado a la inhibición de la vivencia afectiva. Pennebaker (1994) muestra datos que confirman el carácter estresante de la inhibición y los efectos positivos de la desinhibición y confrontación emocional en la salud física. Sin embargo, compartir experiencias sobre un hecho traumático provoca a corto plazo un aumento de la afectividad negativa, aunque resulte beneficioso a largo plazo (Smyth, 1998).

Estrategias de Adaptación

Cohen y Lazarus (1979) definen el afrontamiento como “esfuerzos, tanto intrapsíquicos como orientados hacia la acción (intra e interpersonales), para manejar (es decir, dominar, tolerar, reducir o disminuir) las demandas ambientales e internas, y los conflictos entre ambas, que son valoradas como excesivas para los recursos de la persona”.

Las formas de afrontar las situaciones estresantes pueden clasificarse:

1. Formas de Aproximación-*Activas* versus *Evitación-Pasivas*. Las formas activas se refieren a aquellos esfuerzos conductuales y cognitivos para manejar directamente el suceso. Las formas evitantes consisten en no enfrentar el problema o en realizar conductas de escape.

2. Campo o nivel de actuación: Cognitivo – Instrumental - Afectivo.
3. Formas *Centradas en el Problema* - Modificar la situación o acontecimiento estresante - versus Formas *Centradas en la Emoción* - Regular los estados emocionales evocados por la situación a través de distintos medios (Evitar la situación, reevaluar cognitivamente el suceso perturbador, atendiendo selectivamente a los aspectos positivos, descarga emocional, etc.) - .

Cuadro 3. Las Formas de Afrontamiento

Aproximación-Activas	Evitación-Pasivas
	Cognitiva
	<p>“Me negué a creer lo que había ocurrido, intenté borrarlo de mi memoria”</p> <p>“Rehusé pensar sobre la enfermedad”</p>
	Instrumental
<p>Reevaluar positivamente: “Redescubrí lo que es importante en la vida, aprendí de la experiencia, cambié y maduré como persona, pensé sobre los cambios positivos en mí desde la enfermedad”</p> <p>“Concentré mis esfuerzos en hacer algo, intenté luchar contra mi enfermedad”</p>	<p>“Evité el contacto con la gente, tomar alcohol o drogas para olvidarse del problema, me volqué en el trabajo para olvidarme de todo”</p>
Instrumental	
<p>“Acudí a amigos o profesionales para que me dijeran cómo actuar en mi situación”</p> <p>“Tomé más vitaminas y una alimentación más saludable”</p> <p>“Me impliqué en actividades políticas y sociales relacionadas con mi enfermedad”</p>	Emocional
<p>“Traté de obtener apoyo afectivo de amigos y gente próxima. Busqué simpatía y comprensión”</p>	<p>“Intenté guardar para mí mis sentimientos”</p> <p>“Oculté a los demás lo mal que me iban las cosas”</p>

Las funciones principales se refieren al objetivo asignado a cada forma de afrontamiento. Según Laux y Weber (1991) serían las siguientes: a) Resolver el problema; b) Regular las emociones; c) Proteger la auto-estima; d) Manejar las interacciones sociales.

Concluyendo, respecto al afrontamiento podemos señalar lo siguientes:

1. El estudio de meta-análisis de Suls y Fletcher (1985) sobre la eficacia de estrategias de afrontamiento de evitación versus las centradas en el problema: mostró que el afrontamiento de evitación y centrado en la emoción parece más eficaz a corto plazo, mientras que a largo plazo es más eficaz el afrontamiento de aproximación.
2. Afrontamiento depende del contexto: el proceso de enfermedad supone múltiples y diversas amenazas.
3. Algunas estrategias son más estables que otras: Reevaluación positiva versus Búsqueda de apoyo social

Cultura y Salud

Afectividad

El estado de ánimo, las emociones, el bienestar subjetivo o los sentimientos pueden contemplarse como distintas áreas o tipos de afectividad. De manera general, podemos definir a la afectividad como la tonalidad o el "color" emotivo que impregna la existencia del ser humano y en particular su relación con el mundo (Páez et al, 1989). Por su carácter intenso, breve, privado y básico, las emociones aparecen como el elemento esencial de la afectividad. El Bienestar Subjetivo puede ser entendido como la balanza entre emociones negativas y positivas, estado en el que las segundas predominan en frecuencia sobre las primeras.

Satisfacción Vital o Bienestar Subjetivo

La satisfacción vital (*SV*) o bienestar subjetivos (*BS*) se compone de: a) Juicios o evaluaciones cognitivas específicas y generales de satisfacción con la vida y diferentes aspectos de ella; b) Juicios o evaluaciones globales sobre el grado de felicidad; c) la balanza o equilibrio de emociones positivas frente a negativas.

Las respuestas de la mayoría aplastante de la gente oscilan entre “ligeramente satisfecho” y “muy satisfecho” - aún en circunstancias negativas - el 68% de personas con discapacidades decía estar algo o muy satisfecho con su vida, comparado con un 90% de personas sin discapacidad. Los juicios sobre dominios específicos explican el 30-60% de los juicios globales de satisfacción vital o de felicidad global (Diener et al., 1999).

Relación entre Indicadores Objetivos y Subjetivos de Bienestar y Satisfacción: el fenómeno del nivel de adaptación

La relación entre indicadores objetivos (de salud, de tipo de vivienda, con los índices de criminalidad) y la satisfacción subjetiva referida a los mismos dominios es baja. Esta baja relación puede explicarse porque la satisfacción se vincula a un proceso en el que se comparan las aspiraciones o expectativas con la situación real o logros obtenidos. La satisfacción o bienestar depende no tanto de la realidad, como de la relación entre ésta y las aspiraciones. Esto explica que personas de mediana edad, con trabajo estable, casas cómodas y vida marital, estén menos satisfechas que personas con medios y condiciones de vida más modestas. Aunque los primeros están objetivamente mejor que los segundos, sus aspiraciones son más altas que las personas de condiciones de vida más modestas, por lo que el desfase entre expectativas y realidad es mayor, y por ende la insatisfacción mayor (Andrews y Robinson, 1991).

El fenómeno del nivel de adaptación también subyace a la falta de relación entre indicadores objetivos y subjetivos, así como al hecho que personas que hayan vivido hechos negativos (p.ej., enfermedades crónicas graves o discapacidades) o positivos fuertes (p.ej., ganar la lotería o aumentar los ingresos) no muestren fuertes diferencias de BS y SV comparados con personas que no han vivido cambios. Por ejemplo, los índices de BS y SV no aumentan en los años en que los países se desarrollan económicamente. Se denomina nivel de adaptación a la tendencia a adaptarse a un nivel dado de estimulación y, por tanto, a evaluar los cambios a partir de ese nivel. Por ejemplo, un aumento de los ingresos se asocia a mayor consumo, más prestigio social y más logro profesional, y proporcionan un aumento inicial del bienestar. Sin embargo,

pronto se desvanece el aumento del bienestar y se necesita alcanzar un nivel mayor para proporcionarnos un nuevo incremento. Además, después de obtener un gran éxito (*p.ej.*: ganar la lotería) las actividades normales que antes eran gratificantes se vuelven menos agradables, ya que en comparación con el gran hecho positivo estos placeres ordinarios empalidecen.

Por otro lado, existen ciertos hechos negativos que se asocian sistemáticamente con un bajo bienestar como el desempleo o paro. Ahora bien, en el caso de las enfermedades y discapacidades graves, una vez pasados los primeros, se presenta el fenómeno del nivel de adaptación, y las personas no manifiestan más insatisfacción o menor felicidad que personas normales. Estas personas aprenden a disfrutar más de las cosas cotidianas y de los placeres básicos de la vida, minimizando las preocupaciones y conflictos que antes les agobiaban. Además, tienden a compararse con personas de peor suerte, y se consideran por ende en una condición mejor que otros o se comparan positivamente (Avia y Vasquez, 1998).

Factores Vinculados a la SV y BS a Nivel Colectivo o de las Naciones

Los países ricos, de mayor desarrollo-socioeconómico, en los que se respetan los derechos humanos, existe igualdad social, y con culturas individualistas, son los que tienen un mayor BS colectivo o nacional⁵. El desarrollo socio-económico va a permitir satisfacer las necesidades básicas de las poblaciones de cada nación: una buena alimentación, baja mortalidad infantil, alta expectativa de vida y acceso a condiciones higiénicas. En los países en los que se respetan los derechos humanos es probable que las personas perciban un mayor control y auto-eficacia en sus vidas, así como que vean satisfechas sus necesidades de seguridad. La igualdad social se asociará a situaciones de mayor justicia y menor asimetría social, mientras que se sabe que la desigualdad se asocia a la violencia social. Además, la igualdad permitirá a más personas satisfacer sus metas y necesidades. En las culturas individualistas le permiten a la persona mayor libertad para elegir sus cursos de acción, se acepta más la expresión emocional y se atribuirá más al sujeto los éxitos en los buenos momentos - aunque también habrá menor apoyo social en los momentos duros (Diener et al., 1995).

Los valores de baja distancia jerárquica (que legitiman las relaciones igualitarias), la femineidad cultural (con relaciones sociales de apoyo) y los valores de baja evitación de la incertidumbre (o culturas tolerantes y poco normativas), se asocian a una alta SV y BS colectivo. En dichas culturas predominará probablemente la igualdad, se darán más hechos positivos y menos negativos, una menor normatividad (Basabe et al., 2000) y habrá una mayor sensación de control de las vidas y de libertad de expresión y elección. El predominio de valores post-materialistas, es decir, vinculados a la calidad de vida, se asociaba a la satisfacción vital, aunque no a la balanza de afectos.

⁵ La correlación entre Producto Nacional Bruto y BS es de 0,50.

Tabla 1. Factores Vinculados al Bienestar Subjetivo y Satisfacción Vital en las Naciones (coeficientes de correlación r de Pearson)⁶.

Valores Culturales e Indicadores Socio-económicos	Afectividad Positiva y Negativa	Satisfacción Vital y Felicidad
Índice Desarrollo Humano - IDH	0.24 ^{&}	0.31
Individualismo (Hofstede)	0.49	0.77
Autonomía Afectiva (Schwartz)	0.40	0.53
Autonomía Intelectual (Schwartz)		0.53
Conservadurismo (Schwartz)		-0.61
Posmaterialismo (Inglehart)		0.71
Distancia Jerárquica (Hofstede)	-0.57	-0.76
Jerarquía (Schwartz)		-0.65
Compromiso Igualitario (Schwartz)		0.48
Maculinidad (Hofstede)	-0.30 ^{&}	-0.30
Dominio-Control (Schwartz)		-0.40 ^{&}
Evitación de la Incertidumbre (Hofstede)	-0.61	-0.47
Armonía (Schwartz)	-0.75	
Lentitud vida social (Levine)		-0.55
Competitividad (Lynn y Martin)	-0.28 ^{&}	-0.57
Confianza en Otros (Inglehart)	0.45	0.49
Percepción de control sobre vida (Inglehart)	0.54	0.80
Violación Derechos Humanos (Diener)	-0.41	-0.56

Fuentes: Diener et al., 1995; Hofstede, 2001; Inglehart, 1991, 1998; Lynn y Martin, 1998; Schwartz, 1994

La mayor competitividad de la vida social se asociaba a un peor BS y SV - aunque la competitividad era mayor en los países pobres, de alta distancia jerárquica y colectivistas -. En otras palabras, la competitividad se asociaba a naciones en vías de desarrollo en las que escasez de recursos y recompensas impone un individualismo feroz, más allá del colectivismo de la familia extensa, del clan o del linaje. La rapidez de la vida social, si bien puede ser un indicador de estrés, debido a que está vinculado al desarrollo socio-económico, se asocia a un mayor SV y BS.

El grado de confianza en los otros se asocia a una mejor SV y BS, ya que es un indicador del grado de apoyo social subjetivo. La confianza en los otros se da más en los países socio-económicos desarrollados, individualistas, de baja distancia jerárquica, femeninos y de baja evitación a la incertidumbre. En los países individualistas las relaciones son fluidas y cambian, en los países colectivistas éstas son más estables y normadas: la gente hace lo que tiene que hacer, por lo que no entiende que una relación estable y positiva se deba a que las personas tengan buenas intenciones o determinados rasgos de personalidad y, por lo tanto, no se confía en general en la gente (Páez y Zubietta, 2001).

Finalmente, factores como la homogeneidad cultural y el crecimiento o aumento de los ingresos no predecían la SV nacional. Aunque se postule ideológicamente que el exceso de inmigración o de las diferencias culturales se asocia al malestar, esto no se ha constatado. Probablemente una cultura demasiado homogénea también tenga sus

⁶ Nota.- todas las correlaciones expuestas son estadísticamente significativas para $p < 0,05$, con la excepción de $\& = p < 0,10$. Los casos en los que se basan las correlaciones oscilan entre $n = 15$ y $n = 33$, con una mediana de $n = 22$

aspectos negativos - menor variedad y estímulos positivos, valores que se estiman en las sociedades postmodernas.

Para que Ud. pueda autoevaluarse con relación a la satisfacción vital, le presentamos a continuación la escala y sus claves de corrección.

Sección Práctica: Satisfacción Vital

Entrevista sobre la satisfacción con la Vida “SLSW” (Diener, 1996)

A continuación le pedimos que evalúe cuán satisfactoria considere su vida en relación con los siguientes aspectos: Utiliza la siguiente escala:

	1= Muy Insatisfactoria			Intermedia			10= Muy satisfactoria			
A) Familia	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
B) Dinero e Ingresos	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
C) Amistades	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
D) Tu persona	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
F) La vida en general	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Claves de Corrección

Si Ud. es español y puntúa por encima de 21 puntos en la suma de satisfacción Financiera, Laboral y Familiar, tiene una satisfacción con la vida superior a su compatriota medio.

Si Ud. puntúa por encima de 8 en la satisfacción Laboral y Familiar, y por encima de 7 en la Satisfacción General y Finanzas, Ud. Está por encima de la media general global como las personas de países individualistas, igualitarios y femeninos.

Si Ud. puntúa 7 o menos en Trabajo y Familia, y 6 o menos en la Satisfacción General y Finanzas, Ud. está satisfecho aunque de forma moderada, como es típico de países de menor desarrollo económico, colectivistas, de alta Distancia Jerárquica y masculinos.

La Escala de Satisfacción Vital (Satisfaction with Life Scale, SWLS) es un instrumento diseñado para evaluar el grado de satisfacción del sujeto con ciertos aspectos de su vida como son: familia, dinero, amistad, si mismo, salud y vida en general. Consta de 5 ítems que provienen de la escala original de Diener (1996).

Los juicios sobre dominios específicos explican el 30–60% de los juicios globales de satisfacción vital o de felicidad global. Ud. puede constatar que la satisfacción general de cada país es diferente de la media de los tres dominios evaluados (p.ej.: la suma de dominios de Argentina es 20,85 y media $20,85/3=6,95$, mientras que la satisfacción general es más alta, de 7,25). A continuación, se muestran las puntuaciones medias para una serie de países, teniendo en cuenta el siguiente rango de respuesta: 1 (muy insatisfactorio) y 10 (muy satisfecho).

Tabla2. Satisfacción Vital: medias por países⁷

País	Finanzas	Trabajo	Familia	Satisfacción general
Alemania O.	6,74	7,17	7,45	7,22
Alemania E.	5,94	6,75	7,43	6,72
Argentina	5,31	7,63	7,91	7,25
Austria	6,38	6,63	6,06	6,51
Bélgica	7,21	7,79	8,07	7,60
Bielorrusia	5,02	6,10	6,48	5,52
Brasil	5,51	7,52	8,25	7,37
Bulgaria	4,28	6,20	6,22	5,03
Canadá	7,13	7,88	8,41	7,89
Chequia	5,02	6,78	7,31	6,30
Chile	5,91	7,63	8,32	7,55
China	6,12	7,01	7,80	7,29
Dinamarca	7,22	8,24	8,69	8,16
Eslovenia	4,67	7,21	7,37	6,29
EE.UU.	6,86	7,85	8,41	7,73
Estonia	5,01	6,66	6,13	6,00
España	6,23	6,99	7,63	7,15
Finlandia	6,60	7,56	8,00	7,68
Francia	5,94	6,78	7,44	6,78
G. Bretaña	6,45	7,42	8,22	7,49
Holanda	7,50	7,48	8,17	7,77
Hungría	5,19	7,22	7,74	6,03
Irlanda	6,75	7,81	8,54	7,88
Irlanda Norte	6,67	7,85	8,71	7,88
India	6,36	7,03	7,24	6,70
Islandia	6,29	7,86	8,26	8,02
Italia	7,00	7,29	7,83	7,30
Japón	6,03	7,66	6,94	6,53
Letonia	4,21	6,45	5,89	5,70
Lituania		6,97	6,33	6,01
Méjico	6,15	7,66	7,58	7,41
Nigeria	5,51	7,48	7,50	6,59
Noruega	6,67	7,88	7,97	7,68
Polonia	5,07	8,25	8,56	6,64
Portugal	5,94	7,42	8,07	7,07
Rumania	5,05	6,56	6,83	5,88
Rusia	4,98	6,28	6,71	5,37
S. África	5,46	7,45	7,42	6,72
Suecia	6,98	8,08	8,46	7,97
Suiza	8,21	8,40	8,60	8,36
Turquía	5,10	5,72	6,70	6,41
Media Total	6,10	7,29	7,61	6,99

Fuente: DATA World Values Study Group-1994, Diener (1996)

Le presentamos ahora los instrumentos que le permiten autoevaluarse en la dimensión de afectividad.

⁷ Puntuaciones medias por país (mayor puntuación más satisfacción), n= 41 países, n= 56906 personas

Sección Práctica: Afectividad

Afectividad “BRADBURN” (en Echebarría y Páez, 1989)

Le mostramos a continuación una serie de frases que expresan diversos estados de ánimo que ha podido tener **DURANTE EL ÚLTIMO MES**. En caso negativo señale el 0 y en caso afirmativo señale el 1.

	NO	SI
La persona más feliz del mundo	0	1
Solo/-a o aislado/-a del resto de las personas	0	1
Muy interesado/-a por alguna cosa en particular	0	1
Deprimido/-a o muy desgraciado/-a	0	1
Feliz de haber terminado aquello que me traía entre manos	0	1
Aburrido/-a	0	1
Contento porque me han valorado aquello que he realizado	0	1
Tan inquieto que no podía estar 2 minutos sentado	0	1
Que todo va “viento en popa”	0	1
Molesto porque alguien me ha criticado	0	1

La escala de Bradburn se utiliza para medir el equilibrio afectivo de los individuos durante el último mes. Dicho instrumento consta de dos subescalas, una positiva y otra negativa.

Claves de Corrección

El *afecto positivo* se manifiesta por los buenos sentimientos hacia uno mismo y hacia el mundo que le rodea y se obtiene sumando las puntuaciones en los ítems 1, 3, 5, 7 y 9. Si Ud. Es español y suma de sus respuestas en estos ítems es superior a 1,65, tiene mejor o más alto afecto positivo que la media.

El *afecto negativo* se manifiesta por los problemas afectivos como la ansiedad y la depresión y se obtiene sumando las puntuaciones en los ítems 2, 4, 6, 8 y 10. Si Ud. es español y suma de sus respuestas en estos ítems es superior a 0,88, tiene peor (o más alto) afecto negativo que la media de los españoles.

En una investigación realizada en España la media para afecto positivo fue 1,65 y 0,88 para afecto negativo. Con una muestra norteamericana (EE.UU.) la media para afecto positivo fue 3,45 y para afecto negativo 1,22. Y en el estudio desarrollado en China, los sujetos puntuaron para afectividad positiva 2 y para afectividad negativa 1. Las personas que puntúan menos de 3 en afectividad positiva y más de 2 en afectividad negativa tienen más probabilidad de vivenciar malestar afectivo.

En general, la mayoría de las personas informan de más experiencias afectivas positivas que negativas. En América Latina la media de diferencia entre afectividad positiva y negativa es de un punto, como en Asia. En Europa y África la diferencia es

de 1,5 puntos y en Norte-América (EE.UU. y Canadá) de más de dos puntos. Las culturas de mayor desarrollo socio-económico, más individualistas, de menor distancia de poder y en las que se confía más en la gente, son las que tienen mejor equilibrio o balanza afectiva. Si Ud. tiene de 1,5 hacia arriba puntos de diferencia responde como las personas de países más desarrollados, individualistas, de menor asimetría social y donde se confía más en la gente. Las medias basadas en muestras representativas para países de América y Europa se presentan en la siguiente Tabla 3.

Tabla 3. Afectividad (Bradburn), medias por países⁸

País (n)	Afectividad Positiva	Afectividad Negativa	Equilibrio
Alemania O. (2070)	3,25	1,80	1,45
Alemania E. (1336)	3,06	1,81	1,25
Argentina (1002)	2,45	1,18	1,27
Austria (1339)	2,92	1,14	1,78
Bélgica (2721)	2,46	0,98	1,48
Bielorrusia (1015)	2,12	1,35	0,77
Brasil (1769)	2,82	1,67	1,15
Canadá (1730)	3,46	1,14	2,32
Chequia (1396)	1,84	1,08	0,76
Chile (1500)	2,78	1,75	1,03
China (955)	2,42	0,94	1,48
Dinamarca (1003)	2,84	0,92	1,92
Eslovenia (1035)	2,33	0,80	1,53
EE.UU. (1839)	3,45	1,22	2,23
Estonia (1008)	2,05	1,28	0,76
España (4003)	1,65	0,88	0,77
Finlandia (584)	2,34	1,15	1,19
Francia (1002)	2,34	1,01	1,33
Gran Bretaña (1484)	2,85	1,25	1,59
Holanda (996)	2,99	1,42	1,57
Irlanda (988)	2,10	0,86	,24
Irlanda Norte (304)	2,72	1,03	1,69
India (2468)	1,92	1,21	0,71
Islandia (702)	3,31	0,79	2,53
Italia (1984)	1,11	0,81	0,3
Japón (982)	2,00	1,07	0,93
Letonia (903)	2,00	1,08	0,92
Lituania (1000)	1,86	1,26	0,60
Méjico (1531)	2,16	1,44	0,72
Nigeria (1001)	2,72	1,02	1,70
Polonia (938)	2,75	1,26	1,46
Portugal (1166)	2,26	0,94	1,32
Rumania (1103)	2,34	1,63	0,71
Rusia (1961)	1,75	1,42	0,33
S. Africa (2223)	2,33	0,80	1,53
Suecia (1047)	3,63	0,72	2,91
Turquía (972)	3,15	2,53	0,62
Media-Total	2,47	1,21	1,29

Fuente: DATA World Values Study Group-1994, Diener (1996) MacIntosh (1998)

⁸ Puntuaciones medias por país en afecto (mayor puntuación más afecto positivo y negativo), n= 38 países, n= 54313-51575 personas

Individualismo y Bienestar y Salud

Diversos autores, como Diener et al. (1995) han planteado que el Individualismo cultural se asociaría a un mayor bienestar subjetivo. La estrecha relación entre individualismo, desarrollo económico, satisfacción de necesidades materiales y calidad de vida, explicaría en parte porque el individualismo se asociaría al bienestar subjetivo. La evidencia confirma que los países individualistas presentan más bienestar, mayor aceptación de la expresión emocional y mayor intensidad emocional (Basabe et al., 2000).

Individualismo, Estrés, Apoyo Social, Problemas de Salud Física y Mental

Un menor estrés y un mayor apoyo social, basadas en la integridad familiar y la solidaridad serían los rasgos definitorios del colectivismo según Triandis (1995). Este autor postula que en las sociedades colectivistas el estrés es menor y el apoyo social mayor que en las individualistas - aunque como veremos estos postulados deben ser matizados. También afirma, coherentemente con lo anterior, que las enfermedades físicas vinculadas al estrés están menos presentes en las culturas colectivistas, al igual que ciertas patologías como el suicidio (Triandis, 1995; Kagitcibasi, 1997).

Individualismo y Estrés, Colectivismo y Apoyo Social

El individualismo se asocia a una mayor rapidez del ritmo de la vida social, según los estudios de Levine (1997) aunque la relación con la frecuencia de episodios emocionales negativos como indicador de estrés no es consistente: hay una relación positiva entre indicadores de Individualismo de Trompenaars y Schwartz y la frecuencia de episodios emocionales positivos - reflejando el mayor nivel de refuerzos en las sociedades individualistas y ricas. Al contrario de lo postulado, el apoyo social subjetivo no es mayor en las culturas colectivistas. Así, la satisfacción con la familia es mayor en las naciones individualistas (véase Tabla 2). Además, la confianza en la gente se asocia al desarrollo social, al individualismo y baja distancia jerárquica en la investigación de Inglehart (1998). Es decir, el colectivismo se asocia a la desconfianza ante los otros y es probable entonces que se asocie también a una percepción de un medio social menos apoyante. En las sociedades colectivistas, la socialización se basa en la cooperación con el endogrupo y en el auto-control en la esfera pública, lo que va a apoyar que se inculque una visión amenazante y poco controlable del mundo (Fiske et al., 1998).

Suicidio e Individualismo

Sabemos que el bienestar subjetivo es mayor en las sociedades individualistas, pero también es cierto que la felicidad es normativa, y por lo tanto el fracaso y el sentirse infeliz, triste o deprimido puede resultar más insoportable que en sociedades donde el bienestar no es tan alto, no se valora tanto la felicidad y el éxito y en una cultura en la que no tener éxito o tener una existencia poco excitantes sea la norma general (Inglehart, 1991). Por otro lado, y apoyando los postulados de Durkheim, en las culturas colectivistas la menor tasa de suicidios, de divorcios y de abusos de drogas estarían reflejarían la fuerza de control e integración de las redes sociales. Desde los estudios clásicos de Durkheim se confirmado, al menos en Occidente, que las tasas de suicidio son más bajas entre mujeres que entre hombres, en países católicos que en países católicos no practicantes y protestantes, supuestamente más individualistas que los primeros - este patrón sigue siendo

válido en la actualidad pese a la secularización (Inglehart, 1991). Las tasas de suicidio también han aumentado con el desarrollo de la sociedad desde el siglo XIX al XX (Macionis y Plummer, 1999).

Las tasa de suicidio también son más bajas en África y Asia que en los países occidentales. Las tasas de suicidios en China, Taiwán, Hong Kong y Singapur son más bajas que las de Occidente, aun cuando se sitúan en la mediana mundial de las estadísticas de la OMS (Draguns, 1996, 1997). Las tasas de suicidio en Africa son mucho más bajas que el resto del mundo (Lester y Akande, 1997). Las tasas de suicidio nacionales se han asociada a un indicador de individualismo nacional (Diener, 1996). Inglehart (1991), también encontró una asociación positiva entre suicidio y bienestar subjetivo - recordemos que el bienestar subjetivo es mayor en las culturas individualistas. Sin embargo, un país colectivista como Sri-Lanka tiene la tasa de suicidio más alta del mundo (Draguns, 1997). Por otro lado, las correlaciones entre los indicadores de individualismo y los indicadores de Lynn y Martin (1995) no confirman una asociación significativa entre indicadores de individualismo, suicidio y otras patologías sociales, como la tasa de muertos por cirrosis, los homicidios y muertes violentas.

Esto se explica porque la tasa de suicidio es más baja entre colectivistas africanos y americanos, pero, la tasa de suicidio en China es relativamente alta - del total de suicidios del mundo, el 40% suceden en China, que tiene el 22% de la población mundial (Macionis y Plummer, 1999). Además, las tasas de suicidio rurales y femeninas son superiores a las urbanas y masculinas, al contrario de lo que ocurre en Occidente. En una cultura colectivista como China, las mujeres se suicidan más que los hombres, en particular las mujeres jóvenes. Las tasas de suicidio rurales son 4 veces las de las ciudades y las tasas de suicidio femeninas son ligeramente superiores a las masculinas (6 frente 5,7 en la ciudad y 17,1 frente a 16,3 en el campo). La pobreza y las dificultades sociales de las zonas rurales chinas, los valores patriarcales, el bajo status de la mujer y la preferencia por el hijo, el matrimonio exogámico en el que la mujer juega un papel secundario, los matrimonios arreglados e infelices y la venta de mujeres jóvenes, hacen que para éstas el suicidio sea una forma de escape del sufrimiento (Pearson, 1995; Yip et al., 2000).

Además, los estudios clásicos de Durkheim también mostraban un efecto curvilíneo: se suicidaban más los hombres en las ciudades cosmopolitas y más las mujeres de zonas rurales. En otras palabras, el suicidio egoísta (masculino, solteros) era mayor en zonas de baja integración y control social o individualistas, mientras que el suicidio fatalista (femenino, campo) era mayor en zonas de alta integración y control social o colectivistas (Besnard, 1987). Algo similar ocurre a nivel mundial: El suicidio es más alto entre hombres urbanos en países individualistas y entre mujeres campesinas en países colectivistas.

Individualismo y Depresión

Se ha argumentado que el mayor apoyo social de la familia extensa, la mayor cercanía y contacto madre-hijo, la menor posibilidad de tener pérdidas que no sean reemplazadas y los rituales colectivos de duelo, serían factores que amortiguarían la depresión y que serían más típicos de culturas colectivistas (Berry, et al., 1997).

Las tasas de depresión son más bajas en Asia y África colectivistas que en los países individualistas occidentales. La tasa de depresión mayor durante la vida ha sido de 1.14 y 1.5 en Taiwán y de 0.2% en China, diez veces inferior a las de Occidente - que oscilan entre 3 y 17% (Yen et al., 2000). Tasas de depresión y de desórdenes

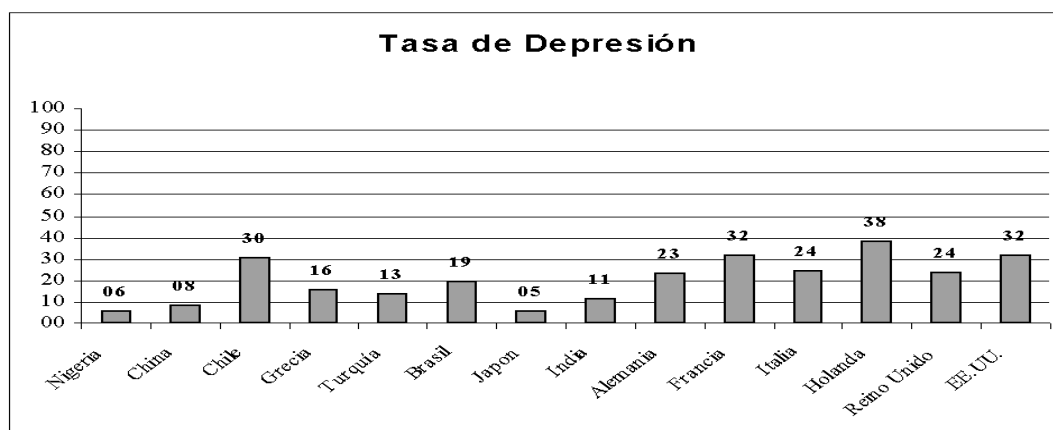
psiquiátricos muy bajas se han encontrado en África (Eshun et al., 1998). Estas diferencias se pueden atribuir, en parte, a un muestreo deficiente (sub-valoración de las tasas de depresión y trastornos en general) o, como en el caso de China a problemas de diagnóstico (expresión más somática de los trastornos afectivos y más reticencias a manifestar malestar afectivo en las culturas colectivistas asiáticas).

A pesar de ello, la baja tasa de depresión en países colectivistas asiáticos se ha confirmado en estudios epidemiológicos que utilizan metodologías apareadas - aunque las diferencias culturales en la expresión del malestar siguen siendo un problema. La tradición comunitaria o colectivista china que aminora el impacto de las pérdidas y provee mayor apoyo social ante el estrés se ha argumentado que explica la menor tasa de depresión en Taiwán y China comparada con la de EE.UU. (Draguns, 1997).

Correlacionando indicadores nacionales culturales con el porcentaje medio de depresión a lo largo de la vida en muestras apareadas de usuarios de servicios sanitarios de atención primaria, que utilizaron el mismo instrumento y procedimiento diagnóstico en 14 países (África, América, Asia y Europa), se confirmó una fuerte asociación entre individualismo y depresión (Maier et al., 1999).

El doble de mujeres que hombres sufrían depresión, aunque había una gran variabilidad entre naciones; la tasa media de depresión en la vida se asociaba positivamente al individualismo de Hofstede, se asociaba positivamente con los valores de autonomía afectiva y cognitiva de los años 90 de Schwartz, y se asociaba positivamente con los valores igualitarios (de status vinculado al logro y universalismo) y positivamente con los valores utilitarios (responsabilidad personal frente a lealtad al grupo y responsabilidad compartida) de los años 90 de Trompenars⁹.

Figura 1. Tasas de Depresión por país ordenados por Índice de IDV (menor a mayor)

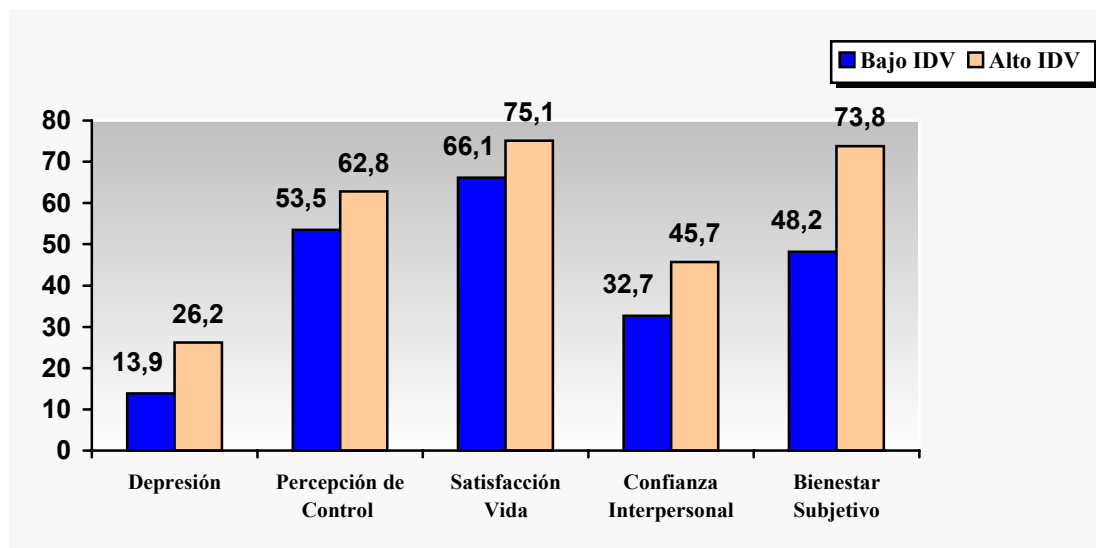


Fuente: Maier et al. 1995 en Páez y Casullo, 2000

⁹ Individualismo/ Depresión: $r(14) = 0.66$, $p < .01$; Autonomía afectiva y cognitiva / Depresión: $r(10) = 0.33$, $p < .18$; Depresión / Valores Igualitarios: $r(13) = 0.84$, $p < .01$ Depresión /Valores Utilitarios: $r(13) = 0.47$, $p < .05$.

Comparaciones entre grupos étnicos presentan resultados similares a las comparaciones entre naciones. Los inmigrantes asiáticos, mejicanos y cubanos también presentan menores tasas de depresión que los blancos euro-americanos, según estudios con muestras representativas que han utilizado el instrumento diagnóstico - el DIS.

Figura 2. Tasas por Países en Depresión¹⁰, Percepción de Control, Satisfacción con la Vida, Confianza Interpersonal y Bienestar Subjetivo¹¹ en Función de Alto o Bajo IDV de Hofstede.



La tasa de depresión mayor durante la vida era de 8,4% para blancos de California, de 6,9% para mejicanos nacidos en EE.UU. y de 3,3% para mejicanos nacidos fuera. La tasa de trastornos entre estos últimos era similar a las encontradas en Méjico, por lo que no se trata de una cohorte de emigrantes particularmente resistente al estrés, como se había sugerido. Además, la población de refugiados, vietnamitas y chinos, presentaban aproximadamente el doble de las tasas de depresión que la población de Florida (Vega y Rumbaut, 1991; López y Guarnaccia, 2000).

También se ha encontrado que la aculturación en la cultura individualista norteamericana aumenta los trastornos físicos y de salud mental. Por ejemplo, la tasa de depresión en mejicanos inmigrantes de primera generación era de 3,3 frente al 6,9% entre los mejicanos nacidos en EE.UU. La tasa de depresión de los puertorriqueños viviendo en su nación de origen era de 4,6%, mientras que para los puertorriqueños viviendo en Nueva York era de 8,9% (Vega y Rumbaut, 1991).

Individualismo, Emoción Expresada y recaída de la esquizofrenia

La evolución de la esquizofrenia era más benigna o positiva en países menos desarrollados que en países más desarrollados. Un ritmo de vida menos rápido, la mayor capacidad de integrar personas con conductas desviantes y la atribución de la enfermedad a causas incontrolables, se ha argumentado que podría explicar este mejor curso. En cambio,

¹⁰n= 14

¹¹n= 28-34

la atribución de causalidad interna y la mayor responsabilidad individual atribuida a los sujetos en las culturas individualistas, así como un ritmo de vida más rápido, más difícil de integrar en él a personas con conductas desviantes, explicarían la mayor cronificación de la esquizofrenia (Matsumoto, 2000; Berry et al., 1997).

El grado de emoción expresada (criticismo, hostilidad y sobre-implicación) predice la recaída en enfermos esquizofrénicos en EE.UU., México e India. Un meta-análisis ha encontrado que un alto nivel de comentarios críticos y signos de hostilidad predecían la recaída en trastornos esquizofrénicos, afectivos y alimenticios. El aspecto de hostilidad, enojo y criticismo parece ser central - es el único que predice recaída entre personas indias (Butzlaff y Hooley, 1998, citado en Widiger y Sankis, 2000).

Otros estudios mostraron que la falta de calidez predecía la recaída en familias mejicanas, italianas y yugo-eslavas, mientras que el criticismo predecía la recaída entre anglo-americanos (López y Guarnaccia, 2000). Estos resultados sugieren que las familias colectivistas no son necesariamente sobre-implicadas, son menos críticas y en ellas el déficit de calidez es un factor de riesgo.

Individualismo y Salud física: Enfermedad Cardíaca

Respecto a las enfermedades vinculadas al estrés, como las enfermedades cardíacas, el mayor apoyo social de sociedades colectivistas amortiguaría el efecto del estrés, junto a ello el ritmo de vida colectivista es más lento y también iría en este sentido (Vandello y Cohen, 1999). Se ha encontrado una asociación entre Individualismo y rapidez del ritmo de vida en 31 naciones. Un indicador de rapidez del tiempo social, compuesto de la rapidez de marcha, exactitud de los relojes y rapidez de atención en correos, se asociaba negativamente al individualismo (a menor puntuación, mayor rapidez de la vida social). Es decir, la rapidez del tiempo social asociaba con los valores individualistas de los 70 de Hofstede, con los valores de autonomía afectiva y cognitiva de los años 90 de Schwartz, y con los valores utilitarios (responsabilidad personal frente a lealtad al grupo y responsabilidad compartida) de los años 90 de Trompenaars. Así mismo, comparando 31 naciones entre ellas y 36 ciudades en EE.UU., se ha encontrado que el ritmo de vida se asocia a la tasa de enfermedades cardíacas (muerte isquémica)-controlando estadísticamente las diferencias de edad entre naciones y ciudades¹² (Levine, 1997).

Colectivismo, Aculturación en una Cultura Individualista y Enfermedad

Algunos estudios han reafirmado que la cultura tradicional latina tiene un efecto protector de la salud: la tasa de cáncer era más baja en inmigrantes recientes cubanos, puertorriqueños y mejicanos que entre blancos autóctonos de EE.UU. Bajas tasas de cáncer se han encontrado entre latinos y asiáticos. La tasa de mortalidad infantil es menor entre latinos que entre blancos no hispanos en EE.UU. (Bagley et al., 1995). El proceso de aculturación tendría un efecto negativo, ya que se perderían las creencias, redes sociales y control social sobre conductas potencialmente de riesgo. A mayor aculturación en EE.UU.,

¹² Rapidez del tiempo social / valores individualistas de los 70 de Hofstede: $r(23)=-0.65$, $p<.01$; Rapidez Tiempo Social/ valores de autonomía afectiva y cognitiva de los años 90 de Schwartz: $r(16)=-0.71$, $p<.01$; Rapidez Tiempo Social / valores utilitarios de los años 90 de Trompenaars: $r(21)=-0.62$, $p<.01$. Ritmo de vida (naciones) /tasa de enfermedades cardíacas: $r(31)=0.35$; Ritmo vida (EEUU)/ tasa enfermedades cardíacas (ciudades): $r(36)=0.51$.

se produce entre los latinos un mayor consumo de alcohol, tabaco y drogas e iniciación sexual más temprana (Bagley et al., 1995).

Los estudios epidemiológicos han encontrado que los siguientes indicadores de problemas de salud aumentan de la primera a la segunda y tercera generación, así como con el tiempo de estancia en EE.UU.: a) las tasas de mortalidad infantil (un estudio); b) el embarazo adolescente (un estudio); c) el bajo peso al nacer (4 estudios); d) el uso de drogas ilícitas (4 estudios); e) el uso de cigarrillos y alcohol (6 estudios) (Flack et al., 1995).

El proceso de integración de los inmigrantes, que deben enfrentar el prejuicio y las dificultades de adaptarse a una nueva cultura, explicaría en parte esta degradación de la salud. Otra posible explicación tendría en cuenta que el estrés de aculturación sería exacerbado en contextos de alta anomia, reuniendo gran diversidad cultural, desorganización social, rápido cambio social y grandes asimetrías en recursos sociales - como ocurría a los inmigrantes colectivistas polacos en EE.UU. en el contexto de las grandes urbes individualistas o les ocurre en la actualidad a los puertorriqueños en Nueva York. Por otro lado, el proceso de integración social en EE.UU., mejorando las condiciones de vida, se supone que redundará en una mejora de la salud física y mental.

Resumen

- ✓ La asociación entre Individualismo, suicidio, homicidio y alcoholismo no es consistente. Inclusive se puede constatar que en las zonas más colectivistas de países con dicha cultura el suicidio es superior.
- ✓ La relación entre individualismo, mayor depresión y peor evolución de la enfermedad mental grave es más consistente.
- ✓ También hay evidencia que apoya la relación entre individualismo y enfermedad cardíaca isquémica, explicable por el mayor estrés y la mayor expresión del enojo en las culturas individualistas. Un estilo de vida colectivista de mayor auto-control y de menores conductas de riesgo también explicaría en parte el menor riesgo de enfermedades cardíacas.

AFRONTAMIENTO DEL ESTRÉS EN NIÑOS Y ADOLESCENTES EN LA ESCUELA

Alberto Amutio

Introducción

Uno de los determinantes psicosociales más importantes de la salud es el aprendizaje del manejo del estrés. En este capítulo trataremos de los aspectos psicológicos, educativos y sociales relacionados con el afrontamiento del estrés en niños de edad escolar y adolescentes.

Por lo general, la causa del estrés hay que buscarla en una ausencia de equilibrio entre las demandas externas y el individuo (historia individual, sistema de creencias, valores, actitudes, motivación, recursos y capacidades, etc.). En este sentido, el individuo bajo estrés siente que las demandas ambientales (estímulos psicosociales, fundamentalmente) le desbordan, y que carece de las habilidades o recursos para manejarlas (percepción de incontrolabilidad), con el consiguiente desajuste adaptativo.

Por su parte, las relaciones interpersonales juegan un papel decisivo en la experiencia del estrés, por lo que la adquisición de habilidades sociales constituye un aspecto fundamental de la prevención y manejo de éste.

Otras veces, aunque el individuo posea las capacidades para afrontar las exigencias del medio social se produce una incongruencia entre éstas y lo que el sujeto realmente desea, lo que conlleva, también, una experiencia de estrés.

Evaluación del Estrés

A la hora de evaluar el estrés hay que considerar todas las variables implicadas en su aparición y mantenimiento, ya que se trata de un fenómeno multidimensional. Así, las variables a evaluar son: estímulos ambientales negativos o estresores (sucesos vitales, contrariedades cotidianas y situaciones de tensión crónica), las características de la personalidad (nivel de autoestima, auto-eficacia, equilibrio emocional), las evaluaciones estresantes y negativas (cogniciones) realizadas por el sujeto, los déficits de estrategias de afrontamiento, la activación fisiológica, y el malestar emocional. En consecuencia, la intervención habrá de ir dirigida a cada una de estas variables. A continuación se detallan algunos de los instrumentos de diagnóstico más frecuentes para cada una de ellas.

Los acontecimientos vitales indeseables o negativos inesperados y poco controlables se encuentran asociados a altos niveles de estrés (Sandín et al., 2002). Generalmente se trata de sucesos inevitables, y las personas que los sufren no suelen disponer de tiempo adecuado para su prevención o preparación ante ellos. Algunos de estos sucesos son: muerte de algún miembro de la familia, dificultades escolares, ruptura de una relación amorosa, etc. La *Escala de Sucesos Vitales Autobiográficos* de Basabe et al. (1993) evalúa este tipo de sucesos. Así mismo, las situaciones de tensión crónica mantenida como, por ejemplo, el mal ambiente familiar son estresores psicosociales muy dañinos.

Sección Práctica: Sucesos Vitales

Escala de Sucesos Vitales Autobiográficos (Basabe et al., 1993)

A continuación, le presentamos una serie de acontecimientos o situaciones. Señale *cuáles* de ellas le han sucedido en el último año.

	NO	SÍ
Comenzó a estudiar después de haber dejado la escuela durante mucho tiempo o a trabajar después de largo paro	0	1
Inició estudios medios o superiores o has cambiado de centro	0	1
Dejó de estudiar (no sacaste el graduado escolar o estudios superiores).	0	1
Dificultades Escolares, suspensos, calificaciones bajas, amonestaciones, etc.	0	1
Ha repetido curso	0	1
Comenzó a trabajar por primera vez	0	1
Tuvo problemas en el trabajo y/o con el jefe	0	1
Fue despedido del trabajo	0	1
Rompió con tu novio/a o relación amorosa	0	1
Contrajo Matrimonio	0	1
Inició una relación amorosa (y/o te enamoraste)	0	1
Separación matrimonial	0	1
Se quedó embarazada (ella o su pareja)/ tuviste o esperas un hijo	0	1
Tuvo un aborto (o tu pareja)	0	1
Murió un miembro cercano de su familia (alguien con quien vivía o tenía una relación muy importante)	0	1
Enfermedad o accidente grave de algún miembro de su familia	0	1
Murió un amigo íntimo	0	1
Muerte o accidente grave de una persona cercana (no familiar, ni amigo íntimo,..)	0	1
Tuvo muchas discusiones o problemas con sus padres	0	1
Tuvo discusiones con algún otro miembro de su familia, pareja o amigos	0	1
Se trasladó de domicilio, cambió de ciudad, municipio o barrio de residencia	0	1
Fue atacado (sufrió alguna agresión no de tipo sexual)	0	1
Sufrió alguna agresión sexual	0	1
Sufrió un accidente con o sin heridos	0	1
Tuvo algún problema legal o con la policía	0	1
Tuvo tú o tu familia dificultades económicas importantes como una disminución en los ingresos familiares, pérdida de trabajo del padre o de la madre, ruina económica, etc.	0	1
Comienzo o aumento considerable de actividades, aficiones, viajes o salidas	0	1
Dejó una afición, deporte o actividad de recreo	0	1
Adquirió un animal doméstico	0	1
Murió un animal doméstico o desapareció	0	1
Hizo nuevas amistades	0	1
Rompió con un amigo	0	1
Comenzó el servicio militar	0	1
Terminó el servicio militar	0	1
Enfermedad o lesión física importante o por la que tuvo que guardar reposo durante un mes por lo menos	0	1

Fuente: versión de 35 ítems, adaptación de la versión de Vizcarro (1984) y de la Escala de Acontecimientos Vitales PERI- de Dohrenwend y Dohrenwend, 1984.

Claves de Corrección

Para poder autoevaluarse en la escala de sucesos vitales, debe saber: Cada respuesta afirmativa se puntúa con “1”, la negativa con “0”. El nivel total de estrés se calcula mediante la suma de las puntuaciones de los ítems. Una puntuación **mayor que 6** indicaría una presencia significativa de sucesos vitales estresantes.

Para una muestra de adolescente-jóvenes (13 a 26 años, n = 800, del País Vasco):

Media= 4,79(+ 2,58), *rango* 0 a 16, *Mediana*= 4.

Para evaluar los pensamientos estresantes o creencias irracionales del sujeto disponemos de una adaptación realizada del *Test de Creencias Irracionales* de Jones por Calvete y Cardeñoso (1999) y el *Irrational Beliefs Test* de Ellis (ver en Davis et al., 1985).

Para evaluar el tipo de estrategias de afrontamiento utilizadas destacamos los siguientes instrumentos: el *Ways of Coping Inventory* de Lazarus y Folkman (1986), y adaptado a la población española Sánchez-Cánovas (1991), la escala *COPE* de Carver et al.(1989).

Sección Práctica: Estrategias de Afrontamiento

Escala De Estrategias De Afrontamiento

¿Cómo se enfrenta a los problemas? Señale en todos los siguientes aspectos; en qué forma o grado se enfrentó, **DURANTE LOS PRIMEROS DIAS, a dicho suceso (Recuerde el suceso más impactante o importante).**

Por favor, indique nuevamente el número del suceso: _____ Dele una puntuación de:

1= Nunca 2= Alguna vez 3= Varias veces 4= Muchas veces

1. Concentre mis esfuerzos en hacer algo, intente luchar contra mi problema	1	2	3	4
2. Acepte lo que había sucedido y que no se podía hacer nada	1	2	3	4
3. Intente guardar para mí mis sentimientos	1	2	3	4
4. Me negué a creer lo que había ocurrido	1	2	3	4
5. Fantasee o imagine el momento en que podrían cambiar las cosas	1	2	3	4
6. Meforcé a esperar el momento adecuado para hacer algo, evite precipitarme	1	2	3	4
7. Hable con alguien que tenía un problema similar para saber que hizo el o él/ella	1	2	3	4
8. Trate de obtener apoyo afectivo de amigos y gente próxima. Busqué simpatía y comprensión	1	2	3	4
9. Desarrolle un plan de acción sobre mi problema y lo seguí	1	2	3	4
10. Deje de lado mis otras actividades y problemas y me concentre en este	1	2	3	4
11. Analice mi responsabilidad en el problema y me critique a mí mismo por lo ocurrido	1	2	3	4
12. Aprendí algo de la experiencia, crecí o mejoré como persona	1	2	3	4
13. Expresé y dejé descargar mis sentimientos y emociones	1	2	3	4
14. Admití que no era capaz de enfrentar o de hacer nada ante el problema y dejé de intentar resolverlo o enfrentarlo	1	2	3	4
15. Me volqué en el estudio o trabajo para olvidarme de todo, actué como sino pasara nada	1	2	3	4
16. Salí a potear o tomar unas copas para olvidar el problema o pensar menos en él.	1	2	3	4
17. Manifesté mi enojo a las personas responsables del problema	1	2	3	4

Fuente: Basabe, Valdosedá, y Páez (1993).

Claves de Corrección

Para el *Afrontamiento activo*: sume los ítems 1,6, 9, 10 ,11, 12. Con 12 o más puntos Ud. afronta el estrés de forma más directa que una muestra de adolescentes.

Para la *Búsqueda de apoyo social*, descarga y regulación afectiva: sume los ítems 7, 8, 13, 17. Si Ud. suma 9 o más, busca apoyo y descarga más que la media de adolescentes locales.

Para la *Evitación conductual/denegación*: Sume los ítems 4, 14, 15. Si Ud. suma 7 o más evita más que la media de una muestra local de adolescentes.

Evitación cognitiva, pasividad y represión: sume ítems 2, 3, 5, 16. Si Ud. suma 8 o más evita más que la media de una muestra local de adolescentes.

El instrumento de Basabe et al. de la práctica. permite ver cómo el sujeto se maneja ante el estrés y es una síntesis de las dimensiones propuestas por Lazarus y Folkman (1986), a saber: confrontación, distanciamiento, auto-control, búsqueda de apoyo social, aceptación de responsabilidad, huida-evitación, planificación de solución de problemas y reevaluación positiva, y las de la escala *COPE*.

El apoyo social es una variable moduladora de la experiencia de estrés. Entre las escalas adaptadas a la población española destacan la *Escala de Soporte Social Objetivo*, que busca obtener información acerca de la densidad de redes sociales del sujeto, es decir, de la ayuda disponible.

Por su parte, la *Escala de Soporte Social Subjetivo* proporciona información sobre el apoyo social percibido por el sujeto en la familia y amigos (ambas escalas han sido adaptadas por Basabe et al. en 1993 (ver Páez et al., 1993).

Sección Práctica: Apoyo Objetivo y Subjetivo

Escala de Apoyo Social Objetivo (Páez et al., 1986)

¿Con cuánto apoyo objetivo cuenta?

Por favor, rodea con un círculo la opción más adecuada a su caso.

	Ninguna	1 o 2	2 o 3	4 o más
Cuando tienes un problema en la escuela/centro educativo, o en tu trabajo, ¿a cuántas personas se lo cuentas?	1	2	3	4
Cuando necesitas ayuda para realizar tus estudios, trabajo o alguna otra actividad cotidiana, ¿con cuántas personas puedes contar que te ayudan a resolverlo?	1	2	3	4
¿cuando te sientes triste, desanimado o cuando tienes un problema sentimental y/o emocional, a cuántas personas sueles contárselo?	1	2	3	4
¿a cuántas personas de tu familia puedes confiar tus dudas y problemas?	1	2	3	4
	0 a 2	3 a 5	6 a 8	9 o más
¿Cuántos amigos tienes con los que puedas salir normalmente a divertirte?	1	2	3	4

Escala De Apoyo Social Subjetivo

Le pedimos que evalúe, a continuación, en que medida usted está de acuerdo o en desacuerdo con cada una de las afirmaciones siguientes (indique con un círculo la opción elegida).

Recuerde que: **1 = Casi nunca o nunca 2 = A veces si otras no 3 = Casi siempre 4 = Siempre**

Mis amigos me respetan	1	2	3	4
Mi familia se preocupa mucho por mí	1	2	3	4
Mi familia me valora mucho	1	2	3	4
Puedo confiar en mis amigos	1	2	3	4
Soy muy querido por mi familia	1	2	3	4
Los miembros de mi familia confían en mí	1	2	3	4
Tengo un fuerte lazo afectivo con mis amigos	1	2	3	4
Mis amigos y yo somos realmente importantes los unos para los otros	1	2	3	4
Me siento integrado en un grupo de personas	1	2	3	4
No me siento cercano a los miembros de mi familia	1	2	3	4

Fuente: Vaux et al., 1986 y Páez et al., 1993

Claves de Corrección

Una vez que haya rellenado ambas escalas, invierta la puntuación del ítem 10.

El nivel total de apoyo social objetivo y subjetivo se calcula mediante la suma de las puntuaciones de los ítems correspondientes a cada una de las dos dimensiones por separado.

Las puntuaciones para una muestra adolescente-jóvenes (13 a 26 años, n=800, del País Vasco):

Apoyo social objetivo M= 13,44 (\pm 2,90)

Apoyo social subjetivo M= 16,77 (\pm 4,89); Rango 10 a 33.

Si tiene 14 o más en apoyo objetivo y 17 o más en apoyo subjetivo, usted se sitúa por encima de la media de una muestra de adolescentes de España.

Resultados generales:

Los sujetos que tengan puntuaciones de estrés superiores a 6, que puntúen menos de 11 en apoyo social objetivo y menos de 12 en apoyo social subjetivo, más de 8 y 10 en afrontamiento evitativo conductual y cognitivo, respectivamente, y menos de 8 y 6 en afrontamiento activo, y búsqueda de apoyo social, descarga y regulación afectiva, respectivamente, se consideran sujetos con alta probabilidad de sufrir trastornos relacionados con el estrés.

La activación psicofisiológica se evalúa de forma directa prestando atención a diversos índices: respuestas cardiovasculares, nivel de concentración hormonal (ACTH, cortisol, aldosterona, noradrenalina y adrenalina, etc. De forma complementaria, disponemos de diversos cuestionarios de autoinforme. Una de las escalas más conocidas es la *Escala de Síntomas Somáticos-Revisada (ESS-R)*, Sandín y Chorot., 1995) que se compone de diferentes subescalas: inmunológico general, cardiovascular, respiratorio, gastrointestinal, neurológico-sensorial, piel-alergias, y músculo-esquelético.

Las emociones negativas constituyen uno de los mejores indicadores del estrés. Las emociones más directamente asociadas al estrés son: ansiedad, depresión y hostilidad. La evaluación se realiza por medio de inventarios que, la mayoría de las veces, se centran en la evaluación de una sola de las emociones citadas. Para evaluarlas de forma conjunta disponemos de la *Escala de Afectividad Positiva y Negativa* (en Páez et al., 1993), el *Derogatis Stress Profile (DSP)*; Derogatis, 1987), que evalúa los tres componentes principales que intervienen en el proceso de estrés: acontecimientos ambientales, respuesta emocional (ansiedad, depresión y hostilidad) y mediadores de personalidad, la escala *PANAS -N* dirigida a niños y adolescentes (Sandín et al., 1999). Por último destacar que también pueden utilizarse la observación, los registros diarios de síntomas y la entrevista clínica.

Relajación y Afrontamiento del Estrés

Las estrategias de afrontamiento son los modos mediante los cuales las personas manejan las demandas de un suceso estresante y las emociones asociadas a éste (Valdés y Arroyo, 2002). Lazarus y Folkman (1986) definieron dos grandes formas de afrontamiento del estrés: el afrontamiento centrado en el problema, en donde se intenta cambiar la situación estresante, y el afrontamiento centrado en la emoción, en donde se intenta reducir el estrés o malestar emocional asociado a dicha situación, sin intentar cambiarla de forma activa (descarga emocional, búsqueda de apoyo social, etc.). Actualmente, la clasificación general de las estrategias de afrontamiento ha sido ampliada a cuatro categorías: (1) intentar cambiar la situación de forma activa, (2) cambiar la forma en que evaluamos o pensamos acerca de la situación (reevaluación positiva), (3) descargar las emociones, o simplemente relajarse, (4) negar o distorsionar la existencia o gravedad del problema, o distanciarse del problema (afrontamiento evitativo).

Las conductas de reducción del estrés más eficaces serían el afrontamiento directo (resolución o reevaluación positiva del problema), al mismo tiempo que se controlan las emociones negativas. Por su parte, las conductas ineficaces serían la evitación o huida del problema, la negación de éste y la explosión emocional. Son los sujetos con una mayor sintomatología psicofísica los que tienden a utilizar modos inadecuados de afrontar el estrés (Páez et al., 1986; Smith, 2001). En la misma línea Losiak (2002) comprobó que los sujetos que presentan alta ansiedad de rasgo y, sobre todo, ansiedad ante los exámenes y altos niveles de ansiedad social tendían a utilizar estrategias de afrontamiento menos adaptativas (afrontamiento emocional y evitativo), mientras que los sujetos con baja ansiedad tendían más a utilizar las estrategias centradas en la solución de la situación-problema. Esto nos indica la necesidad que tienen las personas con altos niveles de ansiedad de aprender técnicas de afrontamiento activo.

Otras variables personales relacionadas con estilos de afrontamiento activo son la tendencia al optimismo, la autoestima, la auto-eficacia (o auto-confianza), el locus

interno de control, y la “dureza emocional”(Buceta y Bueno,1995; Calvete y Villa, 1997). Los individuos con una autoestima alta tienden a evaluar las situaciones contradictorias de una forma positiva y a sentir que pueden controlarlas, y viceversa. Además, tienden a utilizar estrategias de afrontamiento activas, tales como la reevaluación cognitiva y la resolución de problemas.

Por último, las personas con recursos sociales utilizan más estrategias de afrontamiento activo, incluida la reevaluación positiva, que aquéllas que carecen de fuentes de apoyo (Moos, 1988). Entre los diversos agentes de apoyo social destaca el papel clave que juega la familia y del grupo de amigos (Álvaro y Páez, 1996; Asún et al., 2002). Smith (2001) propone que el manejo efectivo del estrés está basado en los siguientes cuatro pilares: relajación, pensar de forma realista y productiva, el ensayo de habilidades sociales, y la resolución de problemas.

Relajación

Es un hecho ampliamente constatado que muchas enfermedades son agravadas (y algunas veces provocadas) por altos niveles de estrés crónico que se manifiesta a nivel somático (tensión muscular, presión arterial alta, taquicardia, etc.), en forma de emociones negativas (ansiedad, hostilidad, depresión), y a nivel cognitivo (excesiva preocupación y pensamientos negativos, obsesiones...). De éstos, el estrés somático parece ser el mejor predictor de la enfermedad (Gaff, 2001). Por lo que resulta evidente que la adquisición de habilidades de relajación tiene un efecto preventivo y terapéutico considerable.

Por su parte, las investigaciones realizadas en el área de las relaciones entre el estrés y el afrontamiento no han podido constatar que el afrontamiento activo venga necesariamente asociado a menores niveles de estrés, ni a la desaparición de las emociones negativas (Lazarus y Folkman, 1986; Páez et al., 1993; Sonobe, 2001). Sin embargo, si se ha constatado la relación inversa entre relajación y estrés, así como el papel de la relajación en la experiencia de estados afectivos positivos y adaptativos. Este hecho implica la necesidad de replantearnos el papel de la relajación en el afrontamiento y a reivindicar su papel central.

En primer lugar, las técnicas de relajación han sido catalogadas como estrategias de afrontamiento centradas en la emoción. Sin embargo, la relajación constituye el punto de partida para un afrontamiento activo de muchas situaciones o problemas, ya que la primera de las habilidades para el manejo efectivo del estrés es aprender a relajarse. La práctica de la relajación libera al sujeto de la activación cognitiva y emocional asociada al estrés, potenciando los esfuerzos encaminados a la resolución efectiva de los problemas (primero RELAJARSE, después intentar AFRONTAR). Además, la relajación se encuentra en la base de prácticamente todas las técnicas de manejo del estrés y es parte integrante de los programas de manejo de éste (p. ej., entrenamiento en inoculación del estrés, entrenamiento en habilidades sociales, desensibilización sistemática, etc.).

En segundo lugar, resulta obvio el papel de la relajación en la disminución de la activación emocional asociada al estrés, aunque su eficacia no se reduce a una mera reducción de la activación. Así, la relajación produce una serie de estados afectivos positivos y adaptativos (Estados R) (Amutio, 1998, 1999, 2002; Holmes, et al., 2001). Algunos de estos estados están asociados a un alivio inmediato de la tensión y el estrés: *Adormecimiento, Desconexión-Distanciamiento, Relajación Física y Relajación*

Mental. Posteriormente, y una vez que el nivel de estrés inicial ha disminuido, es posible experimentar otros niveles más profundos de relajación que van más allá del alivio de la tensión y del estrés inmediatos y que constituyen una buena base para un afrontamiento y manejo efectivos del estrés a más largo plazo: *Consciencia, Gozo, Silencio Mental, Amor y Agradecimiento, Energía y Devoción-Espiritualidad*.

Estos estados emocionales constituyen los mediadores observables de los potenciales efectos benéficos de la relajación en la mejora de la salud física, del funcionamiento psicológico y del bienestar en general. Entre las funciones que los *Estados-R* cumplen se encuentra la de constituir refuerzos positivos que mantienen la práctica continuada de la relajación, facilitando su generalización a la vida cotidiana, y la de contribuir a que el sujeto mantenga una actitud positiva y se enfrente de una forma más efectiva a las situaciones estresantes. Los *Estados-R* pueden convertirse en disposiciones estables de la personalidad y motivar así al individuo a experimentarlos de una forma continuada. En este sentido, existe evidencia empírica de que los estados de emocionales positivos facilitan el aprendizaje y la ejecución de tareas, así como el autocontrol y la sociabilidad (Álvaro y Páez, 1996). Además, ejercen un efecto amortiguador del estrés (Santed et al., 2001).

Otro aspecto muy importante a tener en cuenta es la percepción de control que las técnicas de relajación y otras técnicas de manejo del estrés proporcionan al individuo que las practica, ya que el sujeto se da cuenta de que posee una forma de moderar sus reacciones ante la experiencia de estrés. El reconocimiento de esta capacidad reduce las reacciones de ansiedad anticipatorias aumentando, al mismo tiempo, el sentido de la propia eficacia (Calvete y Villa, 1997; Amutio, 1998).

Existen diferencias entre las distintas técnicas de relajación en cuanto a los estados emocionales que producen. Así, y desde un punto de vista educativo, cabe resaltar que las técnicas más apropiadas para elevar la auto-confianza de los estudiantes y afrontar las situaciones estresantes son las técnicas respiratorias, los estiramientos de yoga y la visualización o imaginación guiada. La práctica de estas técnicas en el aula resulta altamente efectivas, ya que contribuyen al desarrollo de la concentración, potencian la creatividad y, en consecuencia, mejora el auto-concepto académico y global (Vacas, 1981; Davis, McKay y Eshelman, 1985). Por el contrario, la relajación muscular progresiva y el entrenamiento autógeno parecen ser más apropiadas para lograr la desconexión de una situación estresante (Amutio, 1999; Smith, 2001).

Las investigaciones que hemos realizado en el ámbito de la relajación nos indican la necesidad que hay de trascender el modelo fisiológico de la relajación que considera a ésta como una mera ausencia de estrés y considerar aspectos psicosociales. Desde un punto de vista preventivo, uno de los objetivos fundamentales de la educación debería ser el de potenciar el desarrollo de las emociones y actitudes positivas mediante el aprendizaje y generalización de habilidades de relajación a la vida cotidiana.

Reestructuración Cognitiva

La reestructuración cognitiva constituye uno de los aspectos u objetivos fundamentales del afrontamiento y manejo del estrés, dado el papel que juegan los pensamientos negativos y preocupaciones. La reestructuración cognitiva implica el cambiar la forma en que evaluamos o valoramos una determinada situación.

Las estructuras cognitivas pueden interferir o, por el contrario, conducir a la experiencia de los *Estados-R*. Así, uno de los objetivos y tareas fundamentales del

entrenamiento en el afrontamiento del estrés va a ser el identificar y reestructurar las creencias del sujeto que pueden ser incompatibles con la relajación (ej., “*La relajación es una pérdida de tiempo*”, “*Tengo miedo de perder el control*”, etc.) y, al mismo tiempo, potenciar las creencias conducentes a una relajación más profunda y generalizada: (ej., “*Cuando me relajo puedo ver mis preocupaciones desde una perspectiva más amplia y relativizarlas*”, “*Puedo aceptar que no tengo el control de algunas cosas en mi vida y no me preocuparé por ellas*”, “*Creo en la importancia de ser optimista*”). Estas últimas han sido denominadas *Creencias-R* (Smith, 1999, 2001).

Diversas investigaciones realizadas resaltan el papel de la relajación en el desarrollo de dichas estructuras cognitivas que producen una reducción de los niveles de estrés (Smith, 1999; Amutio y Smith, 2001). Así, a medida que la persona va profundizando en la relajación y en la experiencia de los *Estados-R*, ésta va desarrollando una serie de *Creencias-R* (actitudes, creencias, valores y compromisos personales y existenciales) acerca de la vida y el entorno social que le rodea congruentes con los estados experimentados y que van a tener un mayor nivel de abstracción, diferenciación, y un mayor ámbito de aplicabilidad (generalización). Estas nuevas *Creencias-R* le conducirán, a su vez, a *Estados-R* más profundos y duraderos, en un ciclo mutuamente reforzante (Smith, 1999; Ghoncheh, et al., 2001).

Hay que distinguir las *Creencias-R* de las creencias relacionadas con el afrontamiento activo. Las *Creencias-R* nos ayudan a relajarnos; las *creencias relacionadas con el afrontamiento activo* (p.ej. “*Creo en la necesidad de organizar mi tiempo de estudio*”, “*Puedo desarrollar todo mi potencial: energía, afectividad e inteligencia*”, “*Quiero pensar de forma positiva y útil*”, etc.) nos ayudan a manejar las dificultades de la vida cotidiana.

La relajación puede modificar las alteraciones y sesgos cognitivos asociados al estrés. En primer lugar, produciendo un cambio en el significado o valoración que el individuo realice del estresor (evaluación primaria), y sobre sus propios recursos para hacer frente a dicha situación (evaluación secundaria). Así, una conducta de afrontamiento (en este caso la relajación) influye en la posterior apreciación de la situación y de los recursos disponibles para afrontarla (percepción de controlabilidad).

Los profesionales de la salud en general, y los educadores en particular, han de ayudar a sus clientes o alumnos a desarrollar ambos tipos de creencias. Ambas constituyen la base de un afrontamiento y de un manejo efectivos del estrés.

Ensayo de Habilidades y Resolución de Problemas

La valoración que realiza una persona de una situación como amenazante guarda una relación directa con la intensidad de la respuesta de ansiedad, mientras que la percepción de una mayor habilidad para afrontar la situación provoca una reducción de ésta.

El primer paso en el *ensayo de habilidades* consiste en definir el problema de forma concreta. A continuación, se especifican y se ensayan las habilidades necesarias para afrontarlo. Finalmente, la persona las aplicará a la situación o problema concretos. La relajación, y especialmente las técnicas de visualización, juegan un papel fundamental en el ensayo de las habilidades. Por ejemplo, por medio de la imaginación o visualización un estudiante se imagina a sí mismo poniendo en práctica con éxito una determinada habilidad en una situación que le estresa, al mismo tiempo que permanece relajado. Esto le permitirá ir desarrollando una percepción de predictibilidad y

controlabilidad sobre dicha situación, al tiempo que va desarrollando habilidades de afrontamiento. La imaginería o visualización tiene un gran alcance práctico, pudiendo aplicarse a situaciones en las cuales deseamos obtener un rendimiento óptimo como, por ejemplo, ante un examen, una competición deportiva, en situaciones de ansiedad social, etc.

Por su parte, uno de los objetivos de las *técnicas de resolución de problemas*, como estrategias de afrontamiento activo, es que, ante un problema concreto, una persona aprenda a desarrollar y a examinar relajadamente una amplia gama de opciones y a escoger la respuesta más conveniente teniendo en cuenta factores personales y situacionales. Así, por ejemplo, un adolescente que no sabe qué carrera estudiar puede relajarse, definir bien la situación, explorar las alternativas y, finalmente, tomar la decisión que más le convenga. La relajación facilita el proceso de resolución de problemas potenciando la utilización de los recursos personales de los individuos.

En definitiva, la relajación desempeña un papel muy importante ya que sienta las bases para que el afrontamiento se realice de forma efectiva, tanto en lo que se refiere a la puesta en marcha de estrategias dirigidas a modificar o a enfrentarse a un entorno o situación estresante concreta, como a las reevaluaciones cognitivas dirigidas al problema, en donde el individuo varía el nivel de sus aspiraciones o expectativas con respecto a la situación, reduce la participación de su yo, busca nuevos canales de gratificación, etc.

Por último, la relajación puede resultar muy útil como estrategia posterior al afrontamiento. Hay que tener en cuenta el hecho comprobado de que muchas veces después del afrontamiento de un problema aparecen emociones negativas, lo cual plantea problemas en cuanto a la evaluación de su eficacia (Lazarus y Folkman, 1986). La experiencia de los estados afectivos positivos asociados a la relajación puede incrementar la eficacia del afrontamiento activo minimizando las emociones negativas posteriores a éste. La relajación potencia nuestros recursos internos personales (autoconfianza, auto-estima, auto-eficacia, control percibido, afectividad positiva..). Estos recursos personales tienen un efecto adaptativo positivo y una alta calidad motivacional que puede impulsar hacia el afrontamiento activo y, en consecuencia, a un mayor rendimiento (Bermúdez, 1997; Calvete y Villa, 1997; Amutio, 1998).

He aquí un pequeño **GUION DE RELAJACION** que integra las principales técnicas.

- Imagínate que estás tumbado en la arena caliente de la playa junto al mar.
- Ahora, tensas los músculos de los hombros.
- Dejas que la tensión aumente.
- Y los sueltas.
- Déjate llevar.
- Tus hombros están muy pesados.
- Pesados y calientes, como la arena de la playa.
- La tensión escapa de tus hombros.
- Te sientes distante. Y te dejas llevar.
- Ahora haces una respiración profunda.
- Llenas tus pulmones de aire fresco del mar.
- Retienes el aire.
- Y muy despacio, lo sueltas.
- Todas las tensiones salen de tu cuerpo.
- Continúa respirando de una forma que te resulte natural.
- Los rayos del sol calientan tu cara.
- Todo tu cuerpo se encuentra cálido.
- Y la suave brisa del mar acaricia tu piel.
- Las tensiones se disipan.
- Déjate llevar, como las olas del mar.
- Ahora concéntrate en el ruido de las olas.
- Sientes la energía y la fuerza del mar dentro de ti.
- Sólo tienes que concentrarte en el ruido que hacen las olas al romperse contra la arena.
- Cada vez que tu mente se distrae, te vuelves a concentrar en ellas.
- Te sientes libre y te enfrentas a la vida con optimismo.

Intervención Psicosocial del Estrés

La naturaleza multidimensional del estrés hace necesaria la utilización simultánea de diversas estrategias de afrontamiento sobre sus distintas manifestaciones (emocionales, cognitivas y conductuales). Sin embargo, hay que tener en cuenta el tipo de problema a afrontar. Así, por ejemplo, ante un problema irresoluble la evitación, el distanciamiento, la relajación e, incluso, la reestructuración cognitiva, serían más adecuadas y efectivas que el afrontamiento directo. En otras ocasiones, las formas más efectivas de enfrentarse a los estresores serán la resolución de problemas, el entrenamiento en habilidades sociales, o el manejo efectivo del tiempo, entre otros. En este sentido, la eficacia de las respuestas o estrategias de afrontamiento seleccionadas viene también determinada por el grado de controlabilidad de la fuente de estrés. Así, cuando percibimos que tenemos control sobre una determinada situación tendemos a

utilizar estrategias de afrontamiento activo, mientras que cuando la situación está fuera de nuestro control se tiende a la utilización de estrategias alternativas como la distracción o la evitación (Álvaro y Páez, 1996; Calvete y Villa, 1997).

La amenaza a nuestro sentido del yo y la sensación de que los sucesos están más allá de nuestro control aumenta la probabilidad de experimentar el estrés. Los sucesos incontrolables que producen estrés son mucho más dañinos para la salud que los controlables. Quizás, el resultado más negativo de repetidas experiencias de pérdida de control sea la indefensión aprendida. De este modo, la gente que experimenta fracasos incontrolables puede abandonar el intento, aún en situaciones en las que sus esfuerzos podrían ser útiles. Las emociones asociadas con la tristeza y la impotencia interfieren en el proceso del pensamiento que ayudaría a conseguir el control.

Los programas de manejo del estrés han de tener en cuenta las creencias, valores y compromisos personales, estimulando al individuo a evaluar y a afrontar las situaciones de una forma nueva. Los investigadores están de acuerdo en que la clave de la efectividad de las técnicas de afrontamiento del estrés se encuentra en el hecho de que eliminan los sentimientos de impotencia e incontrolabilidad. Para ello, hay que estimular los recursos personales disponibles asociados a sentimientos de auto-eficacia y competencia de forma que se desarrolle una percepción de controlabilidad sobre los sucesos estresantes y disminuya el grado de vulnerabilidad al estrés.

Cualquier estrategia que potencie la sensación de control (relajación en general, verbalización de las emociones, ordenar las ideas, planificar los pasos a seguir en una situación estresante, organizar el tiempo, buscar apoyo social, etc.) contribuirá a que el individuo realice una evaluación menos amenazante de los estímulos con relación a su yo y experimente menos estrés.

El estrés es, en gran parte, un producto cultural y educativo, y, por lo tanto, la educación ha de contribuir a que los niños y adolescentes desarrollen un auto-concepto positivo y sólido. Esto se consigue ayudando a los niños y adolescentes a desarrollar todas sus capacidades positivas: físicas, afectivas, mentales, estéticas, etc. Después, hay que enseñarles a que las ejerciten a través de sus relaciones sociales, a que las comuniquen socialmente. Las habilidades comunicativas (capacidad de expresar las propias ideas y sentimientos, la empatía, etc.) son efectivas en la reducción del estrés propio y ajeno. La expresión de los pensamientos y sentimientos personales promueve la toma de conciencia, la auto-comprensión, y el equilibrio o dureza emocional. Además, se incrementan las oportunidades para la solución de problemas.

Las experiencias infantiles tienen una influencia en la forma en que se afrontará el estrés en la edad adulta. Así, los adultos que se han educado en ambientes familiares caóticos, inestables, y poco cohesionados tienden a tener una mayor reactividad al estrés. Por el contrario, los niños que se han educado rodeados de afecto en un ambiente seguro aprenden a mitigar su reacción al estrés y están más protegidos de los estresores cotidianos. Dentro de los recursos de afrontamiento el apoyo social juega un papel determinante. Así, el apoyo social amortigua los efectos negativos de las situaciones estresantes, contribuye a la puesta en marcha de otras formas de afrontamiento, a la experiencia de afectos positivos, y a la inhibición de las conductas de riesgo, reforzando conductas de salud (Álvaro y Páez, 1996).

Aunque gran parte del estrés surge del contexto en el que nos movemos, la experiencia del estrés viene determinada, sobre todo, por la ineficacia de las estrategias de afrontamiento individuales para su prevención y control. De ahí que una intervención individual sea siempre necesaria, aún dentro de un marco organizacional o social más

amplio. Desde un punto de vista estrictamente social, la intervención habrá de centrarse en la evaluación y transformación de los contextos sociales y ambientales (familiar, escolar, organizacional, estilos de vida, etc.) causantes del estrés y en una mejora de la calidad de vida. La intervención temprana supone la puesta en marcha de programas preventivos que impliquen el desarrollo de estrategias a nivel individual y social. La educación, en general, y la escuela, en particular, desempeñan un papel fundamental teniendo en cuenta que esta última es, además, un agente primario de socialización. Resulta vital que las administraciones apoyen este tipo de programas.

Conclusión

En este capítulo hemos destacado el valor de las técnicas de relajación, entre otras técnicas de afrontamiento del estrés, como recursos personales que potencian los sentimientos de auto-eficacia y competencia vinculados a una percepción de control interno de la situación estresante (*locus interno de control*). La auto-eficacia, la autoestima, el desarrollo de habilidades (emocionales y de afrontamiento) y el apoyo social constituyen factores moduladores y protectores del estrés y de las conductas de riesgo derivadas de éste.

La relajación constituye la base de la efectividad de cualquier estrategia de afrontamiento activo. Además, la relajación no se limita a ser una simple estrategia paliativa de afrontamiento centrada en la emoción con una efectividad y ámbito de aplicabilidad superficial, sino que constituye la primera línea de defensa contra los sucesos y retos de la vida. En general, los programas de manejo del estrés, incluida la relajación, han de estimular al individuo a evaluar y afrontar las situaciones de la vida de una forma nueva.

Por último, destacamos la urgente necesidad de poner en marcha de programas preventivos de manejo del estrés a nivel psicosocial dirigidos a niños y adolescentes, en forma de acciones formativas específicas. De esta manera, desarrollarían un mayor equilibrio afectivo y estarían más preparados para afrontar el estrés a lo largo de toda la vida. Estos programas también podrán extenderse a la población adulta.

En las páginas siguientes Ud. Encontrará algunas consideraciones para el manejo del Estrés así como también un conjunto de Escalas que le permitirán autoevaluarse con relación a los Sucesos Vitales autobiográficos, el Apoyo social objetivo y subjetivo y, las estrategias de afrontamiento.

Principios prácticos para afrontar el estrés

1. Planificar las actividades diarias para reducir o eliminar las fuentes de estrés

Esto incluye una planificación y organización del tiempo como, por ejemplo, levantarse un poco antes para llegar al trabajo más relajado, planificar y asignar periodos determinados de tiempo en el trabajo o en el estudio en el que no habrá interrupciones de ninguna clase (desconectar el teléfono, indicar explícitamente a las personas de nuestro alrededor que no queremos ser interrumpidos por un periodo determinado de tiempo, etc.). Hacer una sola cosa cada vez.

2. Aprender a relajarse

La manera más efectiva de combatir el estrés es aprendiendo a relajarse. De esta forma, aprendemos a controlar la respuesta de estrés. Las habilidades de relajación pueden desarrollarse por medio de la práctica de una serie de técnicas formales (relajación muscular progresiva, entrenamiento autógeno, técnicas de respiración, imaginación, e incluso, estiramientos de yoga y meditación) y de actividades relajantes informales (hacer deporte, escuchar música, bailar, estar tumbado sin hacer nada, etc.). Es importante dedicar un rato al día a desarrollar habilidades de relajación por medio de la práctica de alguna(s) técnica(s). También podemos realizar “mini-sesiones de relajación” entre una actividad y otra.

3. Alternar períodos de actividad-descanso a lo largo del día .

Hemos de aprender a alternar entre la actividad y el descanso. De esta forma, evitamos que la respuesta de estrés se vaya acumulando en nuestro organismo y se haga cada vez más intensa. Además, se han de tener unos hábitos de sueño (dormir entre 6-8 horas diarias) y de alimentación correctos y equilibrados.

4. Aprender a controlar mis preocupaciones y a pensar en positivo.

Mis preocupaciones han de ser constructivas y dirigidas a la solución del problema, y no pensamientos negativos de una determinada dificultad.

5. Afrontar los problemas de una forma constructiva.

Esto incluye aprender a aceptar aquello que no puede ser cambiado y a centrar mis esfuerzos en cambiar aquello que sí puede ser cambiado. Aprender a ver los problemas como un reto, como una oportunidad de crecimiento personal e, incluso, con humor.

6. Desarrollar habilidades sociales.

Aprender a relacionarme y a comunicarme con los demás de una manera positiva. Las habilidades sociales relacionadas con el manejo efectivo del estrés son: la asertividad (capacidad de decir a otras personas lo que quiero y siento, incluso capacidad de decir “no” demasadas responsabilidades), la empatía (capacidad de escuchar y de comprender el punto de vista de los demás), el manejo de la propia frustración y del enfado en las relaciones con los demás, y las habilidades de negociación y de resolución de conflictos. Otro aspecto muy importante es la búsqueda de apoyo social.

7. Desarrollar una filosofía de la vida acorde con las propias creencias, valores y compromisos

El afrontamiento efectivo del estrés está relacionado con dos tipos generales de creencias: las Creencias-R (o creencias asociadas a la relajación) y las creencias relacionadas con el afrontamiento activo. Las Creencias-R incluyen la aceptación de que en la vida todo no depende de nuestro esfuerzo y que a veces es necesario aceptar las cosas como son y relajarse, y reconsiderar los problemas desde una perspectiva más profunda. Por el contrario, las creencias relacionadas con el afrontamiento activo hacen referencia a la responsabilidad que tenemos sobre nuestras propias acciones y sobre nuestro futuro. Una de las tareas más importantes en el aprendizaje de manejo del estrés es la de articular una filosofía de la vida que integre estos dos tipos de creencias.