



UNIVERSIDAD DE BURGOS

FACULTAD DE EDUCACIÓN

DEPARTAMENTO DE CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN

TESIS DOCTORAL

**ESTRÉS Y AFRONTAMIENTO EN LAS PERSONAS CON
DISCAPACIDAD INTELECTUAL**

**REALIZADA POR:
D. RODRIGO BARQUÍN CUERVO**

BURGOS, 2015

UNIVERSIDAD DE BURGOS

FACULTAD DE EDUCACIÓN

DEPARTAMENTO DE CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN



TESIS DOCTORAL

ESTRÉS Y AFRONTAMIENTO EN LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD INTELECTUAL

REALIZADA POR:
D. RODRIGO BARQUÍN CUERVO

DIRIGIDA POR:
DRA. DÑA. MARÍA ISABEL GARCÍA ALONSO
DRA. DÑA. MARÍA BEGOÑA MEDINA GÓMEZ

BURGOS, 2015



UNIVERSIDAD DE BURGOS
FACULTAD DE EDUCACIÓN

D^a MARÍA ISABEL GARCÍA ALONSO, Profesora Doctora del Área de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológicos en el Departamento de Ciencias de la Salud de la Universidad de Burgos y D^a MARÍA BEGOÑA MEDINA GÓMEZ, Profesora Doctora del Área de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológico en el Departamento de Ciencias de la Educación de la Universidad de Burgos

Hacen constar que el presente trabajo de investigación:

**ESTRÉS Y AFRONTAMIENTO EN LAS PERSONAS CON
DISCAPACIDAD INTELECTUAL**

Que presenta D. RODRIGO BARQUÍN CUERVO ha sido realizado bajo nuestra dirección y supervisión y reúne a nuestro juicio, los méritos suficientes de originalidad y rigor para que el autor pueda optar con él al título de Doctor.

Burgos, 5 de Octubre de 2015

Fdo.: Dra. M^a Isabel García Alonso Fdo.: Dra. M^a Begoña Medina Gómez

**ILMO. Sr. PRESIDENTE DE LA COMISIÓN DE DOCTORADO DE LA UNIVERSIDAD DE
BURGOS.**

*“El templo de la verdad es el que miras,
no desoigas la voz con que te advierte
que todo es ilusión menos la muerte”
(Mariano José Larra)*

AGRADECIMIENTOS

En primer lugar tengo que expresar mi más sincero agradecimiento a mis directoras de tesis, la Dra. Dña. Isabel García Alonso, que me ha ayudado desde los comienzos de esta aventura con su orientación y apoyo mostrando una total generosidad de tiempo y conocimiento y la Dra. Dña. Begoña Medina Gómez, con quién por encima de la relación profesora-alumno puedo decir con orgullo que nos une ya una buena amistad, por las horas dedicadas y su ánimo y paciencia en los momentos de sequía, sin su orientación y apoyo no estaría ahora escribiendo estas palabras.

En segundo lugar, manifestar mi gratitud a ASPANIAS, no solo por la facilidad que se me ha dado para la realización de esta tesis, sino por el gran trabajo que cada día realizan para la integración de las personas con discapacidad intelectual.

No puedo olvidarme tampoco de dar las gracias a todas las personas que, con independencia de su mayor o menor habilidad intelectual, han compartido desinteresadamente parte de su vida interior y que aportando sus pensamientos, preocupaciones y soluciones han contribuido a que esta investigación haya sido posible.

Y por supuesto tengo mucho que agradecer a mi familia, a mis padres y hermana, que siempre me han acompañado y apoyado y a Ludy, Juan y Diego, a quienes pienso dedicar todo el tiempo libre del que dispondré a partir de ahora.

GRACIAS

ÍNDICE

I. Agradecimientos	09
II. Índice	11
III. Lista de tablas y figuras	15
IV. Acrónimos	19
V. Introducción	23

PARTE PRIMERA: REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA Y CONCEPTUAL

CAPÍTULO 1. ESTRÉS, CONCEPTO Y MODELOS TEÓRICOS	31
1. El concepto de estrés	35
2. Modelos teóricos del estrés	38
2.1. Teorías basadas en la respuesta	40
2.1.1. La teoría del estrés de Cannon	40
2.1.2. La teoría del estrés de Selye	41
2.2. Teorías basadas en el estímulo	44
2.3. Teorías basadas en la interacción	47
2.3.1. La teoría de Lazarus y Folkman	48
2.4. Modelos integradores	50
2.4.1. El modelo explicativo del estrés	50
2.4.2. El modelo procesual del estrés	52
3. Resumen del capítulo	54
 CAPÍTULO 2. VARIABLES DEL ESTRÉS	 57
1. Variables situacionales potencialmente estresantes	61
2. Características personales relevantes	64
2.1. Personalidad y estrés	65

2.2. Percepción y valoración.....	68
3. El afrontamiento del estrés	69
3.1. Los estilos de afrontamiento.....	71
3.2. El afrontamiento como proceso	75
3.3. Funciones del afrontamiento	77
3.4. La evaluación del afrontamiento	78
4. La respuesta psicofisiológica	92
4.1. El concepto de alostasis	93
4.2. La adaptación del cuerpo ante el estrés	93
4.3. El estrés y el sistema nervioso autónomo	95
4.4. Las hormonas del estrés.....	96
4.5. Modelos explicativos de la respuesta fisiológica	98
5. Relación entre estrés y salud	100
5.1. La teoría de diátesis - estrés.....	102
6. Resumen del capítulo	106
CAPÍTULO 3. DISCAPACIDAD INTELECTUAL Y ESTRÉS	111
1. Definición de discapacidad intelectual	116
1.1. Aproximaciones históricas	116
1.1.1. Enfoque social.....	117
1.1.2. Enfoque clínico.....	117
1.1.3. Enfoque intelectual	117
1.1.4. Enfoque socioecológico o de doble criterio	118
1.2. Definición actual y premisas	118
1.3. Enfoque multidimensional y marco conceptual del funcionamiento humano	121
1.3.1. Dimensión 1: Habilidades intelectuales.....	122
1.3.2. Dimensión 2: Conducta adaptativa.....	123
1.3.3. Dimensión 3: Salud	124
1.3.4. Dimensión 4: Participación	124
1.3.5. Dimensión 5: Contexto.....	124

1.3.6. Apoyos	125
2. Diagnóstico de discapacidad intelectual	126
3. Etiología de la discapacidad intelectual	128
4. Clasificación de la discapacidad intelectual en el DSM - 5	130
4.1. Discapacidad intelectual leve	131
4.2. Discapacidad intelectual moderada	132
4.3. Discapacidad intelectual grave	134
4.4. Discapacidad intelectual profunda.....	135
5. Salud mental de las personas con discapacidad intelectual	136
5.1. Factores que influyen en la salud mental de las personas con DI	139
5.1.1. Factores biológicos	139
5.1.2. Factores psicológicos.....	140
5.1.3. Factores ambientales o socioculturales.....	141
5.2. El impacto del estrés en las personas con DI.....	142
6. Resumen del capítulo	145

PARTE SEGUNDA: ESTUDIO DE INVESTIGACIÓN

CAPÍTULO 4. DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN.....	151
1. Justificación de la investigación.....	154
2. Contextualización de la investigación	157
2.1. Datos generales de la entidad	157
2.2. Población atendida	158
3. Planteamiento de la investigación.....	160
3.1. Problemas	160
3.2. Objetivos.....	161
3.2.1. Objetivo general	161
3.2.2. Objetivos específicos.....	161
3.3. Hipótesis de trabajo	162
3.4. Definición de variables	163
3.4.1. Variables independientes.....	163

3.4.2. Variables dependientes	165
3.4.3. Variables contaminantes.....	169
3.5. Metodología.....	170
3.5.1. Participantes	170
3.5.2. Instrumento	173
3.5.3. Tipo de investigación y diseño	174
3.5.4. Procedimiento	175
CAPÍTULO 5. RESULTADOS E INTERPRETACIÓN DE LOS DATOS.....	179
1. Demostración e interpretación de hipótesis.....	181
1.1. Hipótesis 1	181
1.2. Hipótesis 2	188
1.3. Hipótesis 3	190
1.4. Hipótesis 4	192
1.5. Hipótesis 5	195
1.6. Hipótesis 6	197
CAPÍTULO 6. DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS	205
1. Conclusiones	207
2. Discusión	211
3. Limitaciones y posibles líneas futuras de investigación	219
CAPÍTULO 7. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	225
ANEXOS.....	255

LISTA DE TABLAS Y FIGURAS

Figura 1. Representación esquemática de las tres etapas del SGA (Selye, 1956) ..	43
Figura 2. Patrón de respuesta del estrés según Selye (1974)	43
Figura 3. Modelo explicativo del estrés (Crespo y Labrador, 2010)	51
Figura 4. Modelo procesual del estrés (Sandín, 2009)	54
Tabla 1. Tipos de afrontamiento del estrés según la teoría de Crowne y Marlow (1964)	72
Tabla 2. Patrones de afrontamiento según la teoría de Kohlmann (1993)	74
Figura 5. Marco conceptual del funcionamiento humano (AAIDD, 2010)	122
Tabla 3. Tipos de factores de riesgo de la DI	129
Tabla 4. Número y porcentaje de operarios del centro especial de empleo según el tipo de discapacidad	159
Tabla 5. Distribución de operarios con DI leve	160
Tabla 6. Relación de variables independientes del estudio	164
Tabla 7. Estrategias de afrontamiento agrupadas por tipo de orden	165
Tabla 8. Sensaciones y síntomas ante situaciones difíciles y acontecimientos importantes	168
Tabla 9. Características sociodemográficas por grupos y de la muestra total	172

Tabla 10. Alpha de Cronbach del inventario CSI en estudios previos	174
Tabla 11. Significatividad en la comparación de medias según la variable género en los dos grupos de estudio	182
Tabla 12. Significatividad en la comparación de medias según el rango de edad ..	184
Tabla 13. Significatividad en la diferencia de medias en estrategias de afrontamiento según el tipo de residencia	185
Tabla 14. Significatividad en la diferencia de medias en estrategias de afrontamiento según el nivel de estudios	186
Tabla 15. Estrategias de afrontamiento con diferencias significativas en los grupos de estudio en función de las variables sociodemográficas	187
Figura 6. Distribución de la variable red social de apoyo percibido en el conjunto de la muestra	188
Figura 7. Distribución de la variable red social de apoyo percibido en cada grupo de estudio	189
Tabla 16. Significatividad en la diferencia de medias en estrategias de afrontamiento y la red social de apoyo percibido	189
Tabla 17. Consistencia interna del inventario CSI incluyendo los valores de nuestro estudio	191
Tabla 18. Puntuaciones de los grupos en las estrategias de afrontamiento	192
Tabla 19. Resultados del contraste de medias en las estrategias de afrontamiento de los dos grupos	194
Tabla 20. Estadísticos descriptivos de cada grupo por categorías de estrategias adecuadas o inadecuadas	195

Tabla 21. Resultados del contraste de medias en las categorías de estrategias de afrontamiento en los dos grupos	196
Tabla 22. Frecuencias y porcentajes en los ítems de cada tipo de respuesta cognitiva, fisiológica y motora en cada grupo	198
Tabla 23. Frecuencia y porcentaje de participantes en función del número de ítems seleccionados por tipo de respuesta a la ansiedad	200
Tabla 24. Correlaciones de las estrategias de afrontamiento con el número de tipo de respuestas ante la ansiedad en cada grupo	202
Tabla 25. Correlaciones r_s Spearman entre los ítems del tipo de respuesta y las estrategias de afrontamiento en las personas con DI y sin DI	204

ACRÓNIMOS

AA: Autoinformes de Ansiedad.

AAIDD: Asociación Americana de Discapacidades Intelectuales y del Desarrollo.

AAMD: Asociación Americana de Deficiencia Mental.

ACS: Escala de Afrontamiento para Adolescentes (Frydenberg y Lewis, 1996).

ACTH: Hormona Adrenocorticotropina o Corticotropina.

AFE: Afrontamiento Focalizado en la Emoción.

AFN: Autofocalización Negativa.

AFP: Afrontamiento Focalizado en el Problema.

APA: Asociación Americana de Psiquiatría.

APS: Apoyo Social.

ASPANIAS: Asociación de Padres y familiares de personas con discapacidad intelectual.

AUT: Autocrítica.

BAS: Búsqueda de Apoyo Social.

CAE: Cuestionario de Afrontamiento del Estrés (Sandin y Charot, 2003).

CI: Coeficiente Intelectual.

CIE-10: Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud (10ª edición).

CISA: Centro Integral de Servicios de Aspanias.

CISS: Coping Inventory for Stressful Situation (Endler y Parker, 1990).

COPE: Cuestionario Multifactorial de Afrontamiento (Carver et al., 1989).

CRF: Factor Liberador de Corticotropina.

CRH: Hormona Liberadora de Corticotropina.

CSI: Coping Strategies Inventory (Tobin et al., 1989) - Inventario de Estrategias de Afrontamiento (Cano et al., 2007).

- DI: Discapacidad Intelectual.
- DS: Deseabilidad Social.
- DSM-5: Manual de Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales.
- DT: Desviación Típica.
- EA: Etapa de Agotamiento.
- EEA: Expresión Emocional Abierta.
- EEC: Escala de Estrategias de Coping (Chorot y Sandin, 1987).
- EEC-M: Escala de estrategias de Coping Modificada (Londoño et al., 2006).
- EEC-R: Escala de Estrategias de Coping Revisada (Sandin et al., 1999).
- EEM: Expresión Emocional.
- EMA: Escala de Modos de afrontamiento (Lazarus y Folkman, 1988).
- ER: Etapa de Resistencia.
- EVP: Evitación de Problemas.
- EVT: Evitación.
- ETM: Error Típico de Medida.
- F: Prueba de Levene.
- FSP: Focalización en la Solución del Problema.
- Inf.: Límite Inferior.
- ISRA: Inventario de Situaciones y Respuestas de ansiedad (Miguel-Tobal y Cano-Vindel, 2002).
- M: Media.
- MAE: Manejo Adecuado centrado en la Emoción.
- MAP: Manejo Adecuado centrado en el Problema.
- MIE: Manejo Inadecuado centrado en la Emoción.
- MIP: Manejo Inadecuado centrado en el Problema.
- n: Número de participantes en cada grupo.
- N: Tamaño de la muestra.
- OMS: Organización Mundial de la Salud.
- PASS: Planificación, Atención, procesamiento Simultáneo y procesamiento Secuencial.
- PDI: Personas con Discapacidad Intelectual.

PSD: Pensamiento Desiderativo.

PWI: Personal Wellbeing Index (Cummins et al., 2003).

r: Correlación lineal de Pearson.

RA: Reacción de Alarma.

RD: Respuesta de Defensa.

REC: Reestructuración Cognitiva.

RP: Reevaluación Positiva.

REP: Resolución de Problemas.

RES: Retirada Social.

RLG: Religión.

RO: Respuesta de Orientación.

rs: Correlación lineal de Spearman.

SCSI: Schoolager's Coping Strategies Inventory (Ryan-Wenger, 1990).

SGA: Síndrome de Adaptación General.

Sig: Significatividad.

SNA: Sistema Nervioso Autónomo.

SNS: Sistema Nervioso Somático.

SRE: Inventario de Experiencia Reciente (Hawkins, 1956).

SRRS: Escala de Valoración de Reajuste Social (Holmes y Rahe, 1967).

Sup: Límite Superior.

t: Prueba de Student

WCCL: Ways of Coping Checklist (Lazarus y Folkman, 1980).

WCI: Ways of Coping Instrument (Lazarus y Folkman, 1984).

WCQ o WOC: Ways of Coping Questionnaire (Lazarus y Folkman, 1988).

INTRODUCCIÓN

El hecho de la discapacidad ha acompañado a la humanidad durante toda su historia, sin embargo, el trato recibido por este colectivo ha diferido en función de lo que la sociedad espera de sus miembros en cada momento. En este sentido, las sociedades actuales son cada vez más exigentes en cuanto a las capacidades necesarias para funcionar en la vida diaria, esto supone un riesgo de marginación para aquellos con mayores limitaciones en su conducta adaptativa. No obstante, vivimos en una época de especial sensibilidad social hacia las personas con discapacidad, que ha dejado de ser considerada como algo propio de la persona afectada para pasar a ser concebida como un fenómeno que se produce en la interacción entre la persona y el entorno en el que vive. De este modo, la provisión de los apoyos necesarios en cada caso mejorará sin duda el funcionamiento individual.

A pesar de la gran relevancia que en los últimos años han tomado dimensiones como la conducta adaptativa para el diagnóstico y la evaluación de la discapacidad intelectual, llama la atención la escasez de estudios que traten este tema bajo el marco teórico del estrés. Y es que el estrés es una respuesta general del organismo ante situaciones que resultan amenazantes para los intereses de la persona, por lo que se podría considerar como una respuesta adaptativa que nos ayuda a movilizar los recursos necesarios para hacer frente a una situación de amenaza.

Un elemento fundamental de la respuesta de estrés es la valoración cognitiva, entendida como el proceso en el que se valora el significado de lo que está ocurriendo, su relación con el bienestar personal y los recursos personales disponibles para manejar la situación. A su vez, las personas con discapacidad intelectual tienen limitaciones en sus habilidades cognitivas, lo que implica que van a tener dificultades en áreas como el razonamiento, la planificación, la

resolución de problemas, la interpretación de estados emocionales internos o la autorregulación emocional.

Ante una situación de estrés estas limitaciones en las habilidades intelectuales podrían dificultar los procesos de valoración de la situación y de los recursos personales, comprometiendo el uso de las estrategias de afrontamiento del estrés y con ello la conducta adaptativa. Saber manejar las situaciones de estrés de una manera adecuada es una habilidad sumamente importante para ser socialmente aceptado, ya que el uso de estrategias inadecuadas como la explosión emocional, la agresividad o el retraimiento puede conducir por un lado a una mayor institucionalización o uso de psicofármacos y por otro a prolongar la experiencia de estrés hasta el punto de afectar a la salud mental de las personas.

Con la realización de esta tesis se pretende contribuir al aumento del conocimiento científico sobre las estrategias que las personas con discapacidad intelectual utilizan en su vida diaria para afrontar situaciones de estrés y el modo en que sus limitaciones intelectuales pudieran dificultar un afrontamiento adecuado. Los resultados servirán sin duda para mejorar la configuración de apoyos apropiados y en consecuencia la integración social de este colectivo.

Este trabajo se divide en dos partes: la primera se compone de los tres primeros capítulos y está dedicada a la revisión bibliográfica y conceptual sobre el tema que nos ocupa, y la segunda parte, compuesta por los tres capítulos siguientes, se dedica al estudio de investigación realizado.

En el primer capítulo se analiza el concepto de estrés y sus modelos teóricos. En él se expone la gran notoriedad que el término estrés tiene en la actualidad, a pesar de ello, no existe una única aproximación a su significado y puede ser concebido como un estímulo, como una respuesta o como la interacción entre ambos. Al final del capítulo se resumen brevemente las aportaciones de distintos modelos teóricos para explicar el fenómeno del estrés desde cada una de sus orientaciones.

En el segundo capítulo se profundiza en las variables que intervienen en el proceso de estrés y en su relación con la salud. La presencia de una situación potencialmente estresante no es condición suficiente para que se manifieste el estrés, ya que esta respuesta está modulada por una serie de variables que dependen de las características de la situación, de las características de la persona y de la relación que se establece entre las ambas. Tras exponer las variables antecedentes y facilitadores del estrés, se dedica un apartado a explicar el concepto de afrontamiento: los estilos, el afrontamiento como proceso, sus funciones y cómo evaluarlo a partir de los instrumentos estandarizados existentes. Además, el estrés produce una serie de cambios fisiológicos que cuando se mantienen en el tiempo pueden llevar al desarrollo de ciertas patologías, como se puede extraer de la lectura de los dos últimos epígrafes del capítulo.

El tercer capítulo está dedicado a la discapacidad intelectual. En el primer apartado se explica brevemente la definición de discapacidad intelectual. La conceptualización de este constructo ha evolucionado hasta un enfoque multidimensional que, basado en el marco conceptual del funcionamiento humano, describe su presencia como la interacción dinámica y recíproca entre la habilidad intelectual, la conducta adaptativa, la salud, la participación, el contexto y los apoyos disponibles. Posteriormente se analizan los tres criterios que definen y se utilizan en la actualidad para realizar el diagnóstico de discapacidad intelectual. A continuación se expone la clasificación de la discapacidad que propone la Asociación Americana de Psiquiatría en su última edición (2013). Para finalizar el capítulo con un resumen de diversas investigaciones que constatan la mayor incidencia de la enfermedad mental en las personas con discapacidad intelectual, así como del mayor riesgo de padecer los efectos negativos del estrés.

En el capítulo cuarto comenzamos la parte dedicada a la investigación con la explicación del diseño de la misma. Tras detenernos en la justificación y en la contextualización del estudio, se plantea la investigación indicando el problema,

los objetivos, las hipótesis de trabajo y definiendo las variables, para finalizar explicando la metodología empleada.

En el quinto capítulo se exponen los resultados e interpretación de los datos obtenidos tras realizar los análisis estadísticos oportunos para comprobar las hipótesis planteadas.

En el capítulo sexto se recogen y discuten las conclusiones obtenidas del análisis de los datos. Posteriormente se exponen las limitaciones del estudio y posibles líneas futuras de investigación.

Para finalizar, en el capítulo séptimo se recogen las referencias de la bibliografía consultada para la realización de este trabajo. En un anexo se presenta una copia del formulario utilizada para recoger los datos de la investigación.

**REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA Y
CONCEPTUAL**

CAPÍTULO 1
EL ESTRÉS,
CONCEPTO Y MODELOS TEÓRICOS

Como explica Sandín (2009), en los últimos tiempos el término estrés ha adquirido gran popularidad, de hecho, probablemente no haya otro término en psicología sobre el que exista más ambigüedad y abuso. El concepto del estrés ha trascendido el ámbito de la investigación científica y se ha convertido en el último responsable de gran parte del malestar humano, y es que la palabra estrés es utilizada como comodín que se aplica a todo tipo de síntomas (Crespo y Labrador, 2010).

Para la mayoría de los animales del planeta, el estrés consiste en una crisis pasajera, sin embargo, los humanos pueden preocuparse sobre hechos estresantes y activar durante largos periodos las respuestas fisiológicas de un sistema que ha evolucionado para responder a emergencias agudas de tipo físico. Un agente estresante es cualquier evento que rompa el equilibrio homeostático del cuerpo y la respuesta de estrés es el intento por parte del organismo de restablecer dicha homeostasis. Pero para poder entender a los seres humanos y su predisposición a preocuparse hasta enfermar, se debe ampliar el concepto de que un agente estresante es simplemente todo lo que destruye la homeostasis. Un agente estresante puede ser también la anticipación de que algo vaya a ocurrir, activando

una intensa respuesta de estrés basándose únicamente en la anticipación. Y es que, a diferencia de otras especies menos complejas en el plano cognitivo, los humanos pueden activar las respuestas de estrés pensando en los agentes estresantes potenciales que pueden romper el equilibrio homeostático en un futuro lejano, simplemente ante una expectativa. Es ese carácter general de la respuesta de estrés lo más sorprendente, un sistema fisiológico que se activa no sólo con todo tipo de desastres físicos, sino además, con el simple hecho de pensar en ellos (Sapolsky, 2011).

En este capítulo se comienza analizando el concepto de estrés desde su uso en el lenguaje coloquial, hasta su introducción en las ciencias de la salud por parte de Hans Selye, bajo la influencia de los trabajos previos de Claude Bernard y de Walter C. Cannon. Tras este primer acercamiento al concepto de estrés, basado fundamentalmente en las respuestas fisiológicas del organismo ante las demandas que atentan contra su homeostasis, surgen nuevas teorías de la mano de autores como Lazarus o Mason, en las que se empiezan a tener en cuenta las diferencias individuales y los procesos psicológicos que median entre demandas y respuestas.

En la segunda parte del capítulo se profundiza con mayor detalle en los modelos teóricos que se acercan al fenómeno del estrés desde distintas perspectivas. Primero se examinan las teorías basadas en la respuesta, como el síndrome general de adaptación de Selye y las teorías basadas en el estímulo, incorporadas por Holmes y Rahe. Se prosigue revisando las teorías basadas en la interacción entre los estímulos y las respuestas, centrándonos en su máximo exponente, la teoría transaccional de Lazarus y Folkman. Por último, se resumen las aportaciones de dos modelos integradores: el modelo explicativo del estrés de Crespo y Labrador, y el modelo procesual del estrés de Sandín.

Para la redacción del capítulo nos hemos basado principalmente en las revisiones sobre el concepto de estrés realizadas por Crespo y Labrador (2010), Sandín (2009) y Lazarus (2000).

1. EL CONCEPTO DE ESTRÉS

Etimológicamente la palabra estrés proviene del griego *stringere* que significa provocar tensión. Ya en el S. XIV, el concepto de estrés se utilizaba en el mundo anglosajón para referirse a la tensión emocional o nerviosa experimentada ante la adversidad, las dificultades, el sufrimiento o la aflicción (Lumsden, 1981; citado por Lazarus, 2000).

Robert Hooke, biólogo y físico británico del S. XVII, aplicó en su Ley de la Elasticidad el concepto de estrés al fenómeno físico producido cuando al aplicar una carga (*load*) o fuerza externa como el peso a un cuerpo, éste genera una fuerza interna (*stress*) que va a producir una tensión (*strain*), deformando el tamaño o la forma de la estructura original.

La introducción del término estrés en el ámbito de las ciencias de la salud se la debemos a Hans Selye. Este fisiólogo y médico austrohúngaro-canadiense, lo utiliza por primera vez en 1936 en una carta dirigida al editor de la revista británica *Nature* bajo el título de “El síndrome producido por diversos agentes nocivos”.

Debido a la dificultad para encontrar una palabra equivalente en otros idiomas, la palabra estrés fue finalmente aceptada de forma internacional tras una conferencia pronunciada por Selye en Francia en el año 1946. Posteriormente, este autor redefine el estrés manifestando que se trata de respuestas inespecíficas del organismo ante toda demanda hecha sobre él, es decir, la suma de todos los cambios no específicos causados por una disfunción o por un peligro. Todas estas demandas hechas sobre el organismo tienen una cosa en común, que incrementan la necesidad de ajuste o de reequilibrarse del organismo. Según esta teoría, cualquier estímulo puede ser estresor siempre que provoque en el organismo la respuesta inespecífica de reajuste o estrés (Selye, 1974).

A su vez, Selye sugirió dos tipos de estrés. El *distres*, de tipo destructivo, ilustrado por emociones negativas como la ira y la agresión y que puede resultar

perjudicial para la salud. Y el *eustres*, de tipo cognitivo, ilustrado por emociones asociadas con la preocupación empática por los demás y con los esfuerzos positivos que beneficiarían a la comunidad, y que puede llegar a proteger la salud del individuo (Lazarus, 2000).

El mismo Selye confiesa que el término estrés puede llevar a confusión debido a que parece no distinguir entre la causa y el efecto. Por lo que quizás, utilizando un paralelismo con la física, debió haber utilizado el término inglés *strain* para referirse a la respuesta inespecífica del organismo, reservando el término estrés para aquellos agentes capaces de causarla. Sin embargo, para cuando este hecho llamó su atención, el término estrés era ya tan popular en otros idiomas que no pudo cambiarlo (Selye, 1976).

Finalmente, Selye (1980) conceptualiza el estrés como aquella respuesta no específica del organismo ante cualquier demanda, que consiste en todos los cambios no específicos de un sistema biológico. Así el estrés tiene una forma característica pero no una causa particular. El agente desencadenador del estrés es un elemento que atenta contra la homeostasis del organismo. Así, son estresores el ayuno, la fatiga, el ejercicio, el frío, el calor y en general todo agente nocivo para el equilibrio del sistema homeostático del organismo (Sandín y Bermúdez, 1989).

Un autor que influyó de forma determinante en las investigaciones de Selye fue el fisiólogo norteamericano Walter C. Cannon. Quién, además de acuñar en 1915 el término lucha-huida para describir la respuesta de los animales ante las amenazas, en 1932 desarrolló el concepto de homeostasis para describir los mecanismos fisiológicos que intervienen en el mantenimiento de los líquidos orgánicos en un estado relativamente estable cuando son expuestos a cambios externos e internos. En ambas teorías va a dar un papel primordial al sistema simpático-adrenal.

Cannon a su vez formula el término de homeostasis para referirse al concepto de medio interno o *milieu intérieur* ideado durante la segunda mitad del

S. XIX por el gran fisiólogo francés Claude Bernard (1859). Según este autor, la meta de todos los mecanismos vitales es la de mantener la uniformidad de las condiciones de vida en el medio interno, compensando y equilibrando a cada instante las variaciones externas. De esta forma, las propiedades físicas y la composición química de los líquidos orgánicos tienden a permanecer constantes a pesar de los cambios a nuestro alrededor.

Tras el planteamiento inicial de Selye, el origen del concepto estrés fue diseñado de un modo estrictamente médico y basado en la respuesta fisiológica del mismo. Sin embargo, el concepto actual usado en Psicología de la Salud es el resultado de la posterior psicologización del concepto original llevada a cabo por Lazarus (1966) y por Mason (1971).

Lazarus (1966) puso de relieve explícitamente la necesidad de considerar los procesos diferenciales de funcionamiento de los individuos, sugiriendo que el estrés es un proceso que primariamente depende de la evaluación cognitiva que el sujeto hace de la situación.

Por su parte, Mason (1971) demostró que la respuesta endocrina del estrés es secundaria a la respuesta emocional del organismo ante situaciones nocivas o desagradables. Sugiriendo que, en lugar de una respuesta inespecífica para las distintas amenazas, lo que ocurre es una respuesta específica para todos los estímulos emocionales, por lo cual la respuesta de estrés podría interpretarse más bien como una respuesta provocada por el factor psicológico que acompaña a los agentes que amenazan la homeostasis del individuo.

En el modelo transaccional propuesto por Lazarus y Folkman (1984) se define el estrés como una relación particular entre el individuo y el entorno que es evaluado por aquél como amenazante o desbordante de sus recursos y que pone en peligro su bienestar.

El tercer uso conceptual del estrés y quizá el más extendido popularmente, lo representan las definiciones basadas en el estímulo. Holmes y Rahe (1967)

interpretan el estrés como un suceso vital, un evento que implica algún tipo de cambio respecto a la actividad habitual y que requiere una adaptación, un ajuste por parte del individuo a la nueva situación.

En esta línea, Sandín (2009) considera que en condiciones de equilibrio el organismo vive bajo la actividad normal de sus funciones biopsicosociales moduladas por los ritmos de sueño y vigilia. Bajo estas condiciones, el funcionamiento fisiológico y psicológico está sometido a niveles de activación que se consideran normales. Esta activación fluctúa según las vivencias diarias y ordinariamente está asociada a distintas emociones (ira, tristeza, alegría, etc.). El estrés se produce cuando ocurre una alteración en este funcionamiento normal por la acción de algún agente externo o interno. En estas circunstancias, el organismo reacciona de forma extraordinaria realizando un esfuerzo para contrarrestar el desequilibrio. La respuesta de estrés es extraordinaria, implica esfuerzo y produce una sensación subjetiva de tensión. Este hecho suele suponer además un incremento de la activación o inhibición y por tanto un cambio en los estados emocionales. Básicamente, se deduce que el estrés es un fenómeno complejo que implica al menos a estímulos, respuestas y a los procesos psicológicos que median entre ambos. Se podría decir que en muchas definiciones subyace la idea de que el estrés supone un estado especial del organismo caracterizado por el sobreesfuerzo.

2. MODELOS TEÓRICOS DEL ESTRÉS

De acuerdo con la clasificación de las definiciones de estrés más utilizadas (Brannon y Feist, 2001; Cox y MacKay, 1981; Rice, 1999) existen tres orientaciones que ofrecen teorías y modelos explicativos del fenómeno del estrés, los basados en la respuesta (Cannon, 1932; Selye, 1976), los basados en el estímulo (Holmes y Rahe, 1967) y los basados en las transacciones del proceso de interacción entre ambos (Lazarus, 1966; Lazarus y Folkman, 1984).

Los modelos basados en la respuesta se refieren a una respuesta subjetiva. En 1925 Cannon (citado por Rodríguez, 1995) señalaba que el estrés era una respuesta de alarma que perturbaba el equilibrio interno del organismo y la ruptura de este equilibrio interno estaba relacionada con la enfermedad. Posteriormente, Selye (1980) afirma que el estrés es una respuesta general del organismo ante cualquier estímulo o situación estresante y aunque destaca la reacción biológica del organismo, afirma que el estrés no es únicamente tensión nerviosa, sino que es una respuesta no específica del cuerpo a cualquier demanda del ambiente. Por lo tanto, considera el estrés como el aspecto coincidente en todas las respuestas adaptativas del cuerpo denominado como el Síndrome General de Adaptación (SGA).

En opinión de Sandín (2009), mientras los enfoques fisiológicos y bioquímicos consideran el estrés en términos de respuesta, las orientaciones psicológicas y psicosociales han tendido a asumir el estrés como un fenómeno externo focalizado en el estímulo. Así, el segundo modelo hace referencia a cualquier evento o estímulo ambiental que causa tensión. En este caso, el estrés es algo externo y según Rice (1999) a estos eventos se les debe denominar estresores.

El tercer modelo es el llamado transaccional y sus principales representantes son Lazarus y Folkman. Lazarus (2000) destaca que las definiciones del estrés psicológico centradas en el estímulo y en la respuesta son las que han existido tradicionalmente, pero ambas son inapropiadas, ya que el estrés ni es un estímulo, ni es una respuesta subjetiva a una reacción biológica, sino un proceso. Esta concepción sobre el estrés supuso una ruptura con posicionamientos anteriores y a partir de este momento la mayoría de los estudiosos del tema toman como base la definición propuesta por Lazarus y Folkman (1986). Estos autores consideran que el estrés hace referencia a una relación entre la persona y el entorno y que la clave de esta relación es la valoración que el individuo hace de la situación psicológica.

Para conocer con mayor profundidad estos modelos a continuación se exponen brevemente los aspectos más significativos de cada uno de ellos a partir de los planteamientos de los autores más representativos en cada una de las posturas.

2.1. TEORIAS BASADAS EN LA RESPUESTA

Las teorías del estrés centradas en la respuesta derivan principalmente de los trabajos de Cannon y Selye. En éstas se considera el estrés como una respuesta generalizada e inespecífica que se produce del mismo modo en los diferentes organismos. Estas teorías sitúan el estrés dentro del individuo ya que se basan en las reacciones que se producen en un organismo cuando su equilibrio interno es alterado como consecuencia de un agente nocivo y con independencia de que el origen de éste sea externo o interno.

2.1.1 La Teoría del estrés de Cannon

Cannon influyó notoriamente en Selye, particularmente a partir de su hipótesis sobre la homeostasis entendida como la capacidad que tiene todo organismo para mantener constante un equilibrio interno. Mientras realizaba un estudio sobre la presión arterial en los gatos junto con su ayudante De la Paz, Cannon observó que tras ser asustado por un perro las terminaciones nerviosas del gato comenzaban a segregar una sustancia. Cannon aisló y analizó dicha sustancia dándole el nombre de *simpatina*, porque se producía en las terminaciones del sistema nervioso simpático.

Posteriormente se vio que la simpatina de Cannon era idéntica o muy parecida a la adrenalina segregada por la médula o porción central de la glándula suprarrenal y que ambas sustancias tienen el efecto de aumentar la tensión arterial además del ritmo cardíaco y la capacidad de vigilancia y de acción. Cannon acabó por definir una reacción que llamó reacción de lucha o huida caracterizada endocrinamente por secreción de adrenalina por parte de la médula suprarrenal y

neuroológicamente por aumento de la actividad simpática. Esta reacción es de gran utilidad para la supervivencia y se presenta de forma estereotipada y automática en todos los animales en momentos en los que hay una percepción de peligro en la cual la respuesta conductual más apropiada es luchar o huir (González de Rivera, 1989).

2.1.2. La teoría del estrés de Selye

En relación con los estudios de Cannon sobre la respuesta fisiológica del estrés, Selye dio un paso más al considerar no sólo la relevancia de la activación del sistema nervioso autónomo, sino al destacar también la activación del sistema hormonal hipófiso-corticosuprarrenal enfatizando más la implicación de las hormonas de la corteza que de la médula suprarrenal.

En su artículo titulado “El síndrome producido por diversos agentes nocivos” publicado en la revista *Nature*, Selye (1936) describe un síndrome que aparece de forma típica cuando un organismo se ve gravemente dañado por diversos agentes nocivos y cuyos síntomas son independientes de la propia naturaleza del agente dañino. Estos agentes pueden ser de distinta naturaleza como: la privación de alimento, las drogas, los cambios bruscos en la temperatura o el ejercicio muscular excesivo. Sin embargo, todos ellos van a tener una característica en común, incrementar la necesidad de reajuste del organismo al romper su equilibrio interno. Este síndrome, al que Selye denominó, como ya se ha comentado previamente, Síndrome General de Adaptación (SGA), se refiere al esfuerzo que hace el organismo para adaptarse a las nuevas condiciones. Y está caracterizado por hiperplasia suprarrenal, atrofia en el timo y ganglios linfáticos, y signos de úlcera de estómago.

Según Selye (1976) el síndrome se desarrolla en tres etapas (ver figura 1):

1. En la primera aparece una **Reacción de Alarma (RA)** al exponer al organismo ante un estímulo que rompe su equilibrio interno. Esta etapa tiene un gran componente fisiológico, a su vez, se divide en dos fases:

- Fase de choque, es la primera reacción ante el agente nocivo, produciéndose síntomas como la taquicardia, la pérdida de tono muscular o la disminución de temperatura y de la presión sanguínea.
 - Fase de contrachoque, se produce una defensa contra la fase de choque mediante síntomas opuestos a los anteriores como hipertensión, hiperglucemia, diuresis, hipertermia, etc. Implica el agrandamiento de la corteza suprarrenal con la liberación de corticoesteroides (adrenalina, corticotrofina y corticoides) y la involución del sistema timolinfático con el objetivo de superar el acontecimiento de forma rápida. Si el suceso quedase resuelto, el SGA podría terminar en esta primera etapa. Si la situación de estrés continua, el organismo tiene que bajar el nivel de esfuerzo extra y se continúa hacia la segunda etapa.
2. Si el organismo continúa expuesto al agente nocivo aparece la **Etapa de Resistencia (ER)**. Durante ésta se produce una mayor adaptación al agente dañino particular pero se reduce la resistencia hacia otros estímulos. La activación, aunque ha disminuido con respecto a la etapa de alarma, es elevada y puede mantenerse durante más tiempo para intentar reducir la situación de estrés. Los síntomas físicos de la anterior etapa parecen remitir al producirse una adaptación del organismo al estresor, pero a costa de una menor resistencia a otros agentes.
 3. Cuando el agente nocivo continúa presente durante largo tiempo se pierde la anterior resistencia y comienza la **Etapa de Agotamiento (EA)**. En ésta reaparecen los síntomas de la reacción de alarma como la involución timolinfática o las úlceras gastrointestinales, pudiendo llegar a causar la muerte del organismo.

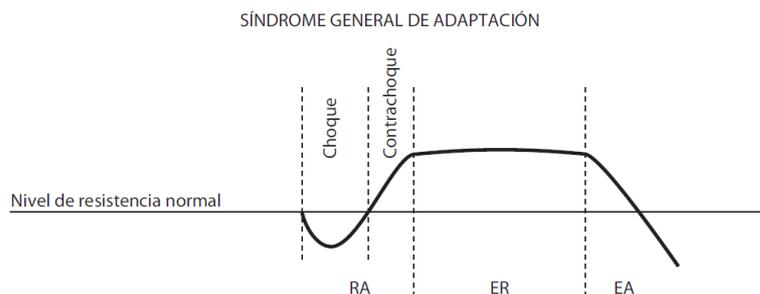


Figura 1. Representación esquemática de las tres etapas del SGA (Selye, 1956).

Nota: RA = Reacción de Alarma; ER = Etapa de Resistencia; EA = Etapa de Agotamiento.

Aunque el elemento inicial es siempre un agente nocivo, el SAG se desencadena por la acción de la glándula pituitaria, estrechamente vinculada con el hipotálamo. La glándula pituitaria elabora y segrega la hormona ACTH (adrenocorticotropina) que a su vez estimula las glándulas adrenales para que éstas descarguen al torrente sanguíneo sus propias hormonas adrenales. Una serie de estas hormonas adrenales son los corticoesteroides, la otra serie, más influida por el sistema nervioso autónomo, son dos catecolaminas: la adrenalina y la noradrenalina (ver figura 2).

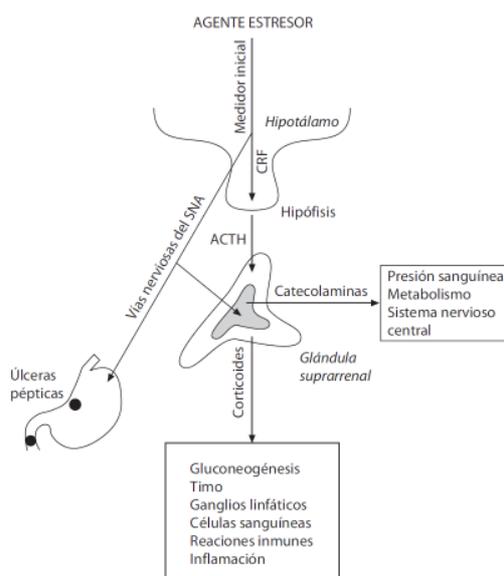


Figura 2. Patrón de respuesta de estrés según Selye (1974).

Nota: CRF = factor liberador de ACTH; ACTH = hormona adrenocorticotropina; SNA = sistema nervioso autónomo.

Selye propuso que el iniciador del SAG podía ser tanto psicológico como físico, es decir, que el complejo proceso de defensa podía ser generado tanto por amenazas o daños psicológicos como por los agentes fisiológicamente nocivos. Sin embargo, no ayudó a comprender el funcionamiento del estrés psicológico o a identificar las reglas que determinan que un suceso psicológico sea estresante, ya que sólo se centró en el estudio del modo en que el estrés afecta al organismo (Lazarus, 2000).

Como señala Sandín (2009), una de las hipótesis más controvertidas de la teoría de Selye es su idea de que la respuesta de estrés es inespecífica. No obstante, lo que se desprende de los trabajos de Mason (1968, 1971) es que las denominadas respuestas inespecíficas están producidas por estímulos emocionales.

Masón (1968) basándose en sus trabajos sobre respuestas de estrés en primates, demostró que la gran sensibilidad que posee el sistema neuroendocrino para responder a los estímulos emocionales permite sugerir que, en lugar de una respuesta inespecífica a las distintas amenazas, lo que existe es una respuesta específica para todos los estímulos emocionales.

2.2. TEORÍAS BASADAS EN EL ESTÍMULO

Estas teorías consideran el estrés como una variable independiente que actúa sobre el organismo y se identificaría con la fuerza externa o carga que aplicada a un cuerpo llega a romper su equilibrio interno. Por lo tanto, el estrés se localiza fuera del individuo, siendo la distorsión o el efecto producido por el estrés el aspecto correspondiente a la persona. En este sentido, Cox (1978) refirió que el modelo de estímulo es esencialmente una analogía del modelo de la ingeniería basado en la ley de la elasticidad de Hooke.

Siguiendo esta correspondencia con la física, Crespo y Labrador (2010) consideran que el estrés puede conseguir producir deformación (strain) si la distorsión producida por la fuerza externa (stress) cae dentro de los límites de elasticidad del metal. Es decir, cuando el estrés desaparece el material retorna a su estado original, si por el contrario el estrés sobrepasa dichos límites entonces aparecen daños permanentes. Este modelo tiende a establecer una relación directa entre estresor y enfermedad y es el que más se acerca a la idea popular del estrés. Por analogía se considera que las personas poseen también determinados límites de tolerancia al estrés que pueden variar de unos individuos a otros.

Uno de los primeros antecedentes de este modelo se encuentra en los trabajos de Wolf (1950, 1953) y Meyer (1919, 1948). Este último autor interesado por la interrelación entre la biología, la psicología y la sociología en relación con los procesos de salud y enfermedad, desarrolló durante las décadas de los años 1920 y 1930 lo que denominó el mapa vital o historia vital (*life chart*). Consiste en una ficha personal que describe las situaciones vitales siguiendo un orden cronológico con el propósito de conocer el contexto social en el cual surge la enfermedad y establece una relación directa entre estresor y enfermedad.

Posteriormente Holmes (1967), fundamentándose en estos autores, comenzó a desarrollar un nuevo marco teórico y metodológico para investigar las relaciones entre el estrés y la enfermedad basado en los fenómenos psicosociales (Sandín, 2009). Este psiquiatra norteamericano de la Universidad de Washington analizó la carga social a la que están sometidas las personas y cómo ésta afecta de forma negativa a la salud. Además, fue el precursor del enfoque psicosocial del estrés al romper con la tradición biologicista de la medicina de su época y dando inicio a lo que hoy conocemos como el modelo biopsicosocial de la salud.

Como indica Sandín (2009), una de las principales aportaciones de Holmes fue la construcción de cuestionarios para evaluar el estrés. Su primera idea a este respecto la plasmó en colaboración con el sociólogo Hawkins y consistió en transformar el mapa vital o la historia personal en una prueba autoadministrada en

forma de cuestionario, dando lugar al Inventario de Experiencia Reciente (Schedule of Recent Experience - SRE). Mediante esta primera versión de la SRE, que se llevó a cabo alrededor de 1956, Holmes pretendía reflejar la carga social a la que están sometidos los individuos, en particular los que padecen alguna enfermedad, para relacionarlo con la salud. La SRE consistía en ítems sobre sucesos vitales (*life events*) definidos por Holmes como eventos sociales que requieren algún tipo de cambio respecto al habitual ajuste del individuo. Asumiendo que podrían desencadenar reacciones psicofisiológicas y de este modo los sucesos vitales podrían denominarse igualmente como cambios vitales.

Holmes y Rahe (1967), tras escalar el procedimiento dando una ponderación estándar a cada suceso, publicaron la Escala de Valoración de Reajuste Social (Social Readjustment Rating Scale - SRRS) que fue una de las primeras escalas modernas para medir el estrés. El enfoque fue diseñado para identificar los cambios vitales comunes o sucesos vitales sobre la base de la cantidad de esfuerzo estimablemente necesario para afrontarlos y que midieron mediante lo que denominaron unidades de cambio vital. Para ello, estos autores pidieron a muestras de diversos tipos de personas de diferentes países que valorasen el grado de reajuste que requerían diversos acontecimientos vitales. El suceso más altamente valorado fue la muerte del cónyuge, seguido por el divorcio, el matrimonio, etc., concluyendo con sucesos cuya valoración fue relativamente baja, como la solicitud de una pequeña hipoteca, problemas con los familiares políticos, casarse o ir de vacaciones. Los dos últimos ítems parecen indicar que hechos de tono positivo como unas vacaciones también pueden conllevar demandas adaptativas importantes (Lazarus, 2000).

Sin embargo, como explican Crespo y Labrador (2010), pronto se puso de manifiesto que una misma situación puede ser muy estresante para una persona y muy poco o nada para otra y que puede dar lugar a problemas en unos casos, afectando muy poco o incluso nada en otros. La situación no es tan simple, si la mera exposición al estresor fuera la causante de la reacción y de los problemas del

sujeto, todos aquellos que sufren los mismos estresores reaccionarían del mismo modo y la evidencia nos indica que no es así.

2.3. TEORIAS BASADAS EN LA INTERACCIÓN

Según afirma Sandín (2009), la principal teoría y máximo exponente de la perspectiva interaccional del estrés corresponde a Lazarus y Folkman (1984). Las teorías interactivas o transaccionales tienden a maximizar la relevancia de los factores psicológicos, principalmente cognitivos, que median entre los estímulos estresores y las respuestas de estrés.

Tanto las teorías basadas en la respuesta, que centran su objeto de estudio en los cambios fisiológicos del organismo, como las basadas en los estímulos, que ponen el acento sobre los factores externos que rompen ese equilibrio u homeostasis del individuo, consideran a la persona como un sujeto pasivo ante los estímulos de su entorno que van a provocar una serie de respuestas y cambios en su cuerpo.

En respuesta a estas teorías van a surgir nuevas propuestas que van a analizar las relaciones particulares que se dan entre una persona y su entorno, dando mayor relevancia a los factores psicológicos que median entre los estímulos estresantes y las respuestas de estrés. Es decir, el estrés surge del modo en que la persona percibe e interpreta los acontecimientos que ocurren en el ambiente exterior. Basándose en esta idea de interacción, como ya se indicó al hablar del concepto de estrés, Lazarus y Folkman (1984) definen el estrés como el conjunto de relaciones particulares entre la persona y la situación, siendo ésta valorada por la persona como algo que grava o excede sus propios recursos y que pone en peligro su bienestar personal.

2.3.1. La teoría de Lazarus y Folkman

Lazarus y Folkman (1984) sugieren que para que se presente un proceso de estrés son importantes dos elementos: la valoración cognitiva y las estrategias de afrontamiento. El concepto fundamental de la teoría original de Lazarus y Folkman es el de la valoración cognitiva, definida como el mediador cognitivo de las reacciones de estrés. Se trata de un proceso universal mediante el que las personas valoran constantemente la significación de lo que está ocurriendo relacionándolo con su bienestar personal. Es, por lo tanto, la evaluación cognitiva lo que determina que una situación provoque o no estrés en la persona. Los eventos no son aversivos “per se” sino que lo son de acuerdo a la significación que el individuo les otorga.

En el modelo de estos autores aparecen tres tipos de evaluación:

1. **Evaluación primaria:** Se produce ante cualquier tipo de demanda externa o interna detectada por la persona, decidiendo si existe o no peligro, es decir es la fase donde se decide si hay un problema. Puede dar lugar a cuatro resultados de evaluación:
 - Amenaza, anticipación de un daño que aún no se ha producido pero que lo hará de forma inminente.
 - Daño o pérdida, daño psicológico o pérdida irreparable que ya se ha producido.
 - Desafío, supone un reto cuyo resultado puede ser positivo o negativo para la persona.
 - Beneficio, no daría lugar a la respuesta de estrés.

2. **Evaluación secundaria:** Es la evaluación de los recursos propios que cada persona tiene para afrontar dicha situación. Esta valoración determina en gran proporción como se va a sentir el individuo, es decir,

que se sienta asustado, desafiado u optimista. En esta etapa se supone que se etiqueta la emoción.

- 3. Reevaluación:** Es un proceso de continua retroalimentación, en el que, a medida que la interacción entre la persona y las demandas avanza, el individuo vuelve a realizar la evaluación primaria en base a los resultados de la evaluación secundaria. Esto permite ir realizando correcciones sobre evaluaciones previas.

Para Lazarus y Folkman (1984), el segundo elemento del proceso de estrés son las estrategias de afrontamiento. En este modelo se desarrolla la idea de que el estrés no es la respuesta directa a una serie de estímulos, sino que los recursos y habilidades de cada persona para afrontar estos estresores van a mediar en la respuesta de estrés haciéndola susceptible de cambio y convirtiendo por tanto al estrés en algo controlable. Rice (1999) menciona que las conductas de afrontamiento pueden ser externas (acciones) o internas (cognitivas), positivas o negativas, de aproximación (activo) o de evitación, directas o indirectas, teniendo como funciones primarias el prevenir, el eliminar o el reducir el estrés.

Lazarus (2000) entiende que las personas difieren significativamente en sus metas, creencias sobre sí mismas o el mundo y en los recursos personales sobre los que dependen sus expectativas de resultados. Por ello, una persona se siente estresada sólo si lo que sucede impide o pone en peligro el compromiso de una meta importante y las intenciones situacionales, o hace fracasar expectativas altamente valoradas. El grado de estrés está en parte vinculado con el grado de intensidad del compromiso y en parte con las creencias y las expectativas que crean que pueden ser realizadas o fracasadas.

2.4. MODELOS INTEGRADORES

Como respuesta a los tres modelos comentados hasta el momento, surgen los modelos integradores, a continuación se expone un breve resumen del modelo explicativo del estrés de Crespo y Labrador (2010) y el modelo procesual de Sandín (2009).

2.4.1. El modelo explicativo del estrés

El modelo explicativo del estrés formulado por Labrador (1992) y posteriormente desarrollado por Labrador y Crespo (1993, 2010), intenta establecer la conexión entre las respuestas de estrés y la aparición de trastornos asociados al mismo. Para ello, recoge la concepción transaccional de Lazarus y Folkman (1984) que considera al estrés como un proceso dinámico de interacción entre el sujeto y su medio (ver figura 3).

En este modelo se integra la evaluación cognitiva de los estímulos, que especifica los niveles de procesamiento central controlado, a los que se añade un nivel previo de evaluación automática inicial cuya conceptualización se basa en el patrón de Respuesta de Orientación (RO) y Respuesta de Defensa (RD) propuesto por Sokolov (1982). Estos tipos de respuestas hacen referencia a reacciones automáticas que afectan al organismo como un todo y que son suscitadas de forma inmediata por la mera presencia de los estímulos y ante un amplio espectro de ellos. Serían patrones de ajuste generalizado que implican respuestas complejas suscitadas por estímulos de cualquier modalidad sensorial, por lo que se las caracteriza como inespecíficas. La RO y la RD implican la primera respuesta al estímulo de carácter básicamente automática y no identificada conscientemente. Por lo tanto, se trata de una primera reacción a la estimulación, probablemente de carácter emocional. La RO tiene lugar cuando el organismo es alertado por un estímulo novedoso, inesperado e informativo, y tiene como objeto facilitar el procesamiento del estímulo, mientras que la RD la ocasionarían estímulos intensos o aversivos.

El modelo incluye también la respuesta fisiológica, en la que se diferencian los tres ejes propuestos por Everly (1989): neural, neuroendocrino y endocrino. El desarrollo de un trastorno como consecuencia del estrés depende, en gran parte, de las respuesta activadas y de los órganos implicados, y será más probable cuanto mayor sea la frecuencia, intensidad o duración de la respuestas de estrés (Crespo y Labrador, 2010).

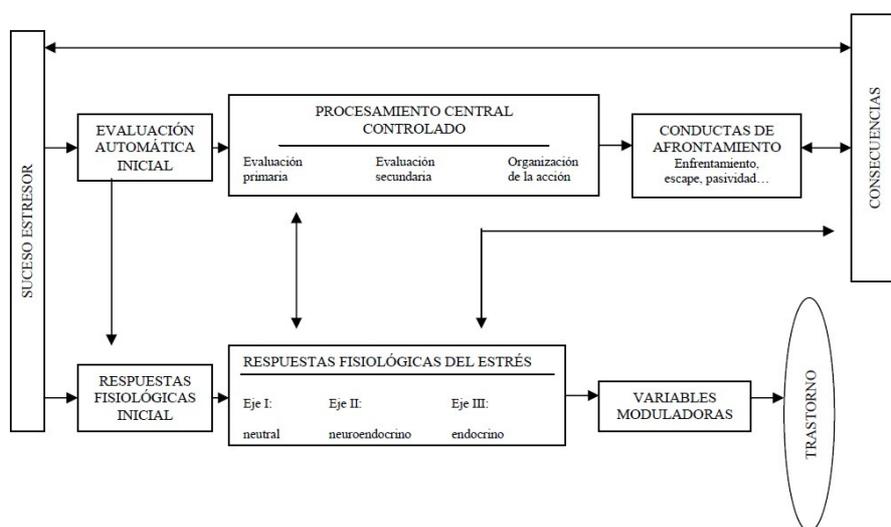


Figura 3. Modelo de estrés (Crespo y Labrador, 2010).

Pero el desarrollo de un trastorno de estrés también depende de los recursos de la persona, ya que si ponen en marcha estrategias eficaces para afrontar la situación, ésta se eliminará o se paliará, y en consecuencia, se reducirá la activación del organismo disminuyendo la probabilidad de desarrollar un trastorno.

El que una persona desarrolle un tipo u otro de consecuencias depende de la evaluación que haga del acontecimiento, de la activación fisiológica consecuente, de las estrategias que ponga en marcha para hacerlo frente y de los recursos que tenga disponibles. De este modo, las consecuencias dependen de las características de la situación (estresor) pero también de las respuestas del sujeto a nivel cognitivo, motor y fisiológico (respuesta de estrés). Más aún, existen

factores que hacen al sujeto menos propenso a desarrollar esas consecuencias negativas (factores de protección) aunque también hay otros que las facilitan (factores de riesgo o vulnerabilidad) (Crespo y Labrador, 2010).

2.4.2. El modelo procesual del estrés

Con el objetivo de organizar las distintas variables básicas que directa o indirectamente se relacionan con el estrés y que tienen que ver de forma importante con la psicopatología del estrés, Sandín (2009) presentó un modelo que denomina modelo procesual del estrés (ver figura 4).

Este modelo se estructura sobre la base de siete fases:

- 1. Demandas psicosociales:** Serían los agentes externos causales primariamente del estrés que hacen referencia a los sucesos mayores o vitales, a los sucesos menores o estrés diario y al estrés crónico. Esta dimensión podría incluir no sólo los factores psicosociales, sino también los agentes ambientales naturales como el frío, el calor o la humedad y artificiales como el ruido o la contaminación, posibles causantes de estrés y denominados estresores ambientales.
- 2. Evaluación cognitiva:** Se refiere a la valoración cognitiva que efectúa el individuo con respecto a la situación o demanda psicosocial. Esta evaluación suele ser consciente, aunque podría no serlo y suele implicar siempre alguna forma de amenaza para el individuo. Distintos estudios sugieren que existen dos aspectos relevantes relacionados con la evaluación cognitiva del agente estresor esenciales para la aparición del estrés:
 - El tipo de amenaza: que puede ser de pérdida, por la presencia de un peligro inminente o de un desafío y que dependen fundamentalmente de la naturaleza propia de la demanda, de las características del individuo o de ambas cosas.

- Las características de la demanda: como la valencia, es decir que la demanda se valore como algo positivo o negativo; la independencia, que la demanda se valore como independiente o dependiente de las acciones del individuo; la predictibilidad, que la demanda sea esperada o inesperada; y la controlabilidad, la percepción del poder controlar o no la demanda.

3. Respuesta de estrés: Incluye respuestas fisiológicas neuroendocrinas y asociadas al sistema nervioso autónomo, y respuestas psicológicas emocionales, normalmente de ansiedad y/o depresión, aunque también cognitivas y motoras, muchas veces difíciles de separar de las emocionales.

4. Afrontamiento: Se refiere a los esfuerzos conductuales y cognitivos que emplea la persona para hacer frente a las demandas estresantes, así como para suprimir el estado emocional de estrés.

Las cuatro fases expuestas hasta el momento interaccionan constantemente en un proceso dinámico y constituyen el proceso de estrés propiamente dicho. Existen otras tres dimensiones que se exponen brevemente a continuación y que son esenciales en la interpretación del estrés.

5. Características personales: Incluye todo un conjunto de variables como el tipo de personalidad, los factores hereditarios, el sexo, la raza... Son variables relativamente estables en el individuo y pueden influir sobre las cuatro dimensiones anteriores, ya que determinan en gran medida la evaluación de la demanda psicosocial e influyen en las estrategias de afrontamiento.

6. Características sociales: Se trata del apoyo social, el nivel socioeconómico y las redes sociales de la persona.

7. Estatus de salud: Más que una fase del proceso del estrés se trata de un resultado del mismo. El estado de salud, tanto psicológico como fisiológico, depende del funcionamiento de las fases anteriores, ya que un afrontamiento inapropiado puede ser nocivo para la salud.

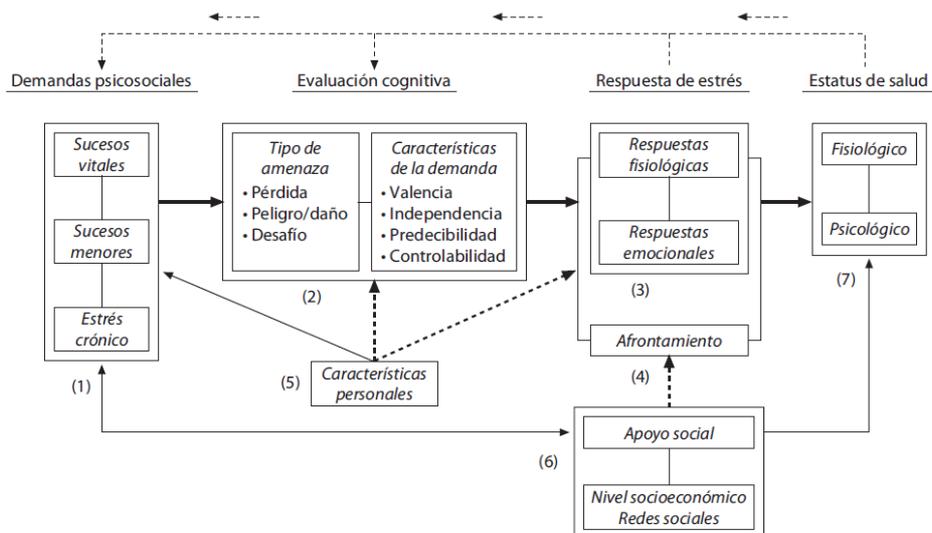


Figura 4. Modelo procesual del estrés y principales relaciones entre los siete componentes básicos: (1) demandas psicosociales (comúnmente estrés psicosocial), (2) evaluación cognitiva, (3) respuesta de estrés, (4) afrontamiento, (5) características personales, (6) características sociales (apoyo social y nivel socioeconómico), y (7) estatus de salud (en línea discontinua se indican relaciones de feedback). Las flechas gruesas indican relaciones de mediación (líneas continuas) y modulación (líneas discontinuas) (Sandín, 2009).

3. RESUMEN DEL CAPÍTULO

En este capítulo hemos revisado el concepto actual de estrés, así como las teorías que, desde distintas ópticas, han intentado explicar este fenómeno.

Actualmente, el uso del término estrés ha trascendido el mundo científico hasta llegar a popularizarse como el gran causante del malestar humano en las

sociedades occidentales. Sin embargo, como el mismo Selye indica, la respuesta de estrés no es perjudicial en sí misma, ya que el estrés es un proceso que nos ayuda a adaptarnos a los cambios y a movilizar recursos para defender nuestros intereses y conseguir nuestros objetivos. Este autor introduce el término dentro del mundo científico al observar los cambios fisiológicos que se producían en sus animales de laboratorio tras verse sometidos a distintas amenazas ya fuesen físicas o ambientales. Y es que, curiosamente, todos los animales sufrían los mismos cambios con independencia de los agentes nocivos a los que se viesen expuestos.

Para formular su teoría sobre la respuesta de estrés, conocida como SGA, Hans Selye se influenció de dos autores, Claude Bernard y Walter C. Cannon, que también estudiaron el proceso de adaptación de los organismos ante los cambios o las amenazas.

Curiosamente, dentro de la investigación científica, el término estrés se ha utilizado con un triple significado, englobando distintos aspectos de un mismo proceso.

Las primeras teorías formuladas sobre el estrés lo consideran como una respuesta general del organismo ante demandas externas o internas, destacando los cambios biológicos producidos ante las mismas. Como representantes de las teorías basadas en la respuesta exponemos las teorías sobre el estrés de Cannon y de Selye.

El segundo grupo de teorías sobre el estrés lo constituyen las basadas en el estímulo, es decir, las teorías que ponen su foco de atención en aquellos agentes que actúan sobre el organismo rompiendo su equilibrio interno y provocando una necesidad de reajuste, y con ello, una respuesta adaptativa. Estos agentes se denominan estresores y se situarían fuera del organismo. Holmes y Rahe son los autores más representativos de esta vertiente teórica, además de ser los pioneros

en la construcción de pruebas para medir el estrés. Quizá este grupo de teorías sean las que mejor se ajusten a la idea popular del estrés.

Llegados a este punto, distintos autores fueron poniendo en evidencia que los modelos hasta el momento realizados eran demasiado simplistas. Y es que la realidad nos muestra que ante una misma situación potencialmente estresante, por muy traumática que sea la misma, no todas las personas reaccionan del mismo modo.

Es a raíz de esta conclusión cuando surgen las teorías basadas en la interacción cuyo máximo exponente lo constituye la teoría transaccional de Lazarus y Folkman. Estas teorías interactivas o transaccionales centran su objeto de estudio en los factores psicológicos que median entre los estímulos estresores y la respuesta de estrés, dando un papel primordial al concepto de valoración.

De acuerdo con las teorías basadas en la interacción, la respuesta de estrés no depende directamente de las características del estímulo o evento estresor, sino de la valoración cognitiva que cada individuo hace del mismo en función de sus características personales como pueden ser las experiencias pasadas, las expectativas e intereses y de los recursos personales disponibles para hacer frente a la situación. Fruto de este proceso eminentemente cognitivo surgen las estrategias de afrontamiento que podríamos definir como las conductas, ya sean acciones o pensamientos, que se ponen en marcha para intentar prevenir, eliminar o reducir las consecuencias desagradables de la respuesta de estrés.

Por último se exponen dos modelos integradores. Estos modelos tratan de unificar los distintos elementos que constituyen el proceso del estrés y establecer una conexión entre los sucesos estresantes y las consecuencias del mismo, que, en su versión más extrema, podrían llegar a influir en el desarrollo de distintos trastornos.

CAPÍTULO 2

VARIABLES DEL ESTRÉS

Hasta el momento se ha llevado a cabo un análisis y una aproximación histórica al concepto de estrés desde las teorías basadas en la respuesta, en el estímulo y en la interacción y se han expuesto brevemente las aportaciones de algunos modelos integradores. En el presente capítulo se detallan las distintas variables que conforman el proceso de estrés.

Considerar al estrés como un proceso implica que en el mismo influyen una serie de variables cuya relación no es lineal ni estática, sino más bien dinámica, donde los distintos elementos se retroalimentan continuamente para dar lugar a una experiencia única e individual.

En este capítulo se comienza describiendo las variables situacionales potencialmente estresantes, es decir, aquellos eventos o situaciones que tienen la propiedad de provocar estrés y las características personales relevantes, esto es, aquellas que, en interacción con las situaciones potencialmente estresantes, tienen capacidad para aumentar o disminuir la probabilidad de que la respuesta de estrés aparezca. Estas características personales o disposicionales van a modular los distintos tipos de respuesta ante situaciones de estrés explicando gran parte de las diferencias individuales. Entre estas variables se encuentran los rasgos de personalidad, las respuestas fisiológicas y la percepción o valoración que cada persona realiza tanto de la situación como de sus propios recursos.

Tras explicar las variables antecedentes y facilitadoras de la respuesta de estrés en los dos primeros apartados, se dedica el tercer epígrafe a aclarar lo que se entiende por afrontamiento del estrés y a definir algunas características de este concepto. Así, se define el afrontamiento como los esfuerzos cognitivos o conductuales para manejar las demandas que han provocado la respuesta de estrés y se analizan sus dos aproximaciones conceptuales, por un lado, las que consideran el afrontamiento como un estilo, es decir, como una forma estable de afrontar el estrés, y por otro, las que lo consideran como un proceso que implicaría el uso de estrategias de afrontamiento específicas en función de la situación. Se distinguen las funciones fundamentales del afrontamiento y se profundiza en la descripción y revisión de las principales pruebas para evaluar las estrategias de afrontamiento.

El siguiente apartado se dedica a la respuesta psicofisiológica del estrés, para ello nos basaremos fundamentalmente en la obra de Sapolsky (2011). Después de exponer el concepto de alostasis, se describen los cambios que se producen en el cuerpo humano ante la necesidad de adaptarse y dar respuesta a una situación de estrés. Estos cambios se producen fundamentalmente a través del sistema nervioso, ya sea de manera directa sobre los órganos implicados o mediante la activación de ciertas glándulas para que liberen hormonas que se encarguen de producir los cambios necesarios. La otra vía de activación se inicia directamente por el cerebro, que es capaz de activar e inhibir distintos componentes hormonales a través de las conexiones entre el hipotálamo, la pituitaria y las glándulas periféricas.

Por último, se analiza la relación entre estrés y enfermedad y se expone la teoría de diátesis - estrés que combina los conceptos de vulnerabilidad y estrés para explicar tanto las diferencias individuales como el proceso que lleva al desarrollo de patologías asociadas al estrés.

1. VARIABLES SITUACIONALES POTENCIALMENTE ESTRESANTES

Existen múltiples situaciones externas a las personas y a sus demandas internas que pueden tener el potencial suficiente como para provocar estrés. Las condiciones generadoras de estrés reciben el nombre genérico de estresores. En general, son potencialmente estresantes las situaciones que pueden tener trascendencia para las personas, que implican cambios significativos en su vida cotidiana, o que las obligan a sobrefuncionar para manejarlas o adaptarse a ellas, sobretodo si son novedosas, inciertas, ambiguas, conflictivas, difíciles o resultan dolorosas, desagradables, molestas, incómodas o poco gratificantes (Buceta, Bueno y Mas, 2001).

Estos agentes externos causales primariamente del estrés, incluirían también, los agentes ambientales naturales (radiación, electricidad atmosférica, frío, calor, viento, humedad, magnetismo, etc.) y artificiales (ruido, contaminación atmosférica, radiaciones, etc.). Este tipo de estresores se han denominado estresores ambientales y posiblemente no sean menos importantes que los psicosociales (Sandín, 2009). El ruido de la ciudad, la congestión del tráfico o la elevada densidad de población se han sugerido como agentes altamente patógenos para la salud somática y psicológica (Cohen, Evans, Stokols y Krantz, 1986; Sandín, 1984). Por otra parte, no se puede dejar de considerar las situaciones de deprivación de las necesidades fisiológicas básicas y su potencial para provocar o en su caso contribuir al aumento del estrés, como por ejemplo la falta de alimento o de la posibilidad de poder descansar de forma adecuada.

De acuerdo con Crespo y Labrador (2010), algunas de las características que parecen contribuir a hacer estresante una situación son:

- **El cambio o novedad en la situación estimular.** El mero cambio en una situación habitual puede convertirla en amenazante, ya que suele

implicar la aparición de demandas nuevas a las que es necesario adaptarse utilizando recursos del organismo.

- **La incertidumbre y la falta de predictibilidad.** Considerada como el grado en que se puede predecir lo que va a ocurrir. Aquellas situaciones en las que es posible predecir lo que ocurrirá, aunque las consecuencias sean de carácter aversivo, generan menos respuesta de estrés, probablemente porque permiten preparar una respuesta adecuada que permita hacer frente de manera efectiva a la situación.
- **La ambigüedad.** Sucede cuando cualquiera de las características de la situación (duración, intensidad, frecuencia...) es desconocida, es decir, cuando la información sobre la situación no es clara o suficiente, lo que dificulta la respuesta eficaz ante ella.
- **Las situaciones que sobrepasan los recursos del individuo.** Ya sea porque no posee recursos, la persona no sabe que hacer, o por que no sea capaz de ponerlos en marcha, por falta de tiempo, apoyos...

Otras características de las situaciones potencialmente estresantes indicadas por Buceta et al. (2001) son aquellas que:

- Amenazan la seguridad de las personas, la inversión personal que han realizado en alguna cuestión concreta, el cumplimiento de alguna tarea o compromiso, la autoconfianza, la autoestima o la autorrealización, la imagen ante los demás, la posibilidad de conseguir algo muy deseado, la relación de pareja y la vida familiar, las relaciones interpersonales, las fuentes de obtención de gratificación, el desarrollo personal y hasta su dignidad.
- Atentan contra principios, valores y creencias fundamentales.
- Exigen un sobreesfuerzo físico y mental o un rendimiento elevado y unos resultados satisfactorios.

- Implican la toma de decisiones difíciles y la obligación de asumir responsabilidades o riesgos.

Las situaciones que pueden provocar estrés no incluyen únicamente la presencia de excesos o de situaciones amenazantes y aversivas con una connotación negativa, sino que también, los déficits y los acontecimientos positivos pueden tener un carácter estresor.

Siguiendo con Crespo y Labrador (2010), una división frecuente de las principales fuentes de estrés o estresores es la que distingue entre:

- **Acontecimientos o sucesos vitales estresantes.** Pueden implicar acontecimientos extraordinarios y extremadamente traumáticos, pero también eventos más o menos normativos. Algunos ejemplos son las situaciones bélicas, los actos terroristas, la violencia en general, las enfermedades terminales, la emigración, los desastres naturales... o sucesos vitales altamente traumáticos como la pérdida de los seres queridos.
- **Acontecimientos de la vida diaria.** Se trata de microacontecimientos o sucesos menores que ocurren con cierta cotidianidad. Algunos ejemplos pueden ser las disputas familiares o entre amigos, los problemas económicos, el tráfico... Estos acontecimientos diarios o más bien la acumulación de los mismos, especialmente aquellos que resultan centrales para las preocupaciones y objetivos de la persona, han mostrado tener una gran capacidad predictiva del funcionamiento psicológico y somático del individuo, así como de su bienestar.

Como ya hemos indicado, a todos estos estresores de carácter psicosocial habría que sumar una serie de variables ambientales que parecen tener efectos negativos sobre el comportamiento, tales como el ruido, el hacinamiento o la temperatura extrema, así como las situaciones de privación de las necesidades fisiológicas básicas como la falta de alimento o de descanso.

Por otra parte, Sapolsky (2011) clasifica los agentes estresantes en:

- **Agentes estresantes físicos agudos.** Son hechos extremadamente estresantes que exigen adaptaciones fisiológicas inmediatas y que forman parte del día a día de la mayoría de los mamíferos. Las respuestas corporales se hallan magníficamente adaptadas para enfrentarse a este tipo de emergencias y seguir con vida.
- **Agentes estresantes físicos crónicos.** Son eventos desagradables que se mantienen en el tiempo y que constituyen hechos fundamentales en las vidas de los seres humanos no occidentales y en la mayor parte de los mamíferos. Las respuestas de estrés corporales son bastante adecuadas para enfrentarse a estos desastres continuos.
- **Agentes estresantes psicológicos y sociales.** Son hechos estresantes que los seres humanos generan en sus cabezas, llegando a experimentar emociones intensas relacionadas con simples pensamientos.

2. CARACTERÍSTICAS PERSONALES RELEVANTES

La presencia de situaciones potencialmente estresantes, aún tratándose de situaciones muy traumáticas, no es condición suficiente para que se manifieste el estrés, ni tampoco para predecir la duración e intensidad del mismo, ni sus efectos específicos en el funcionamiento y la salud de las personas. Debe considerarse la interacción entre las situaciones potencialmente estresantes y determinadas variables personales que han mostrado ser relevantes. El tipo de valoraciones más habituales puede depender de patrones de conducta y estilos de afrontamiento relativamente estables, de valores, creencias y actitudes que pueden afectar la atención selectiva, el procesamiento de la información y el juicio sobre los propios recursos, de la existencia o ausencia reales de recursos eficaces para controlar las situaciones estresantes y de la disponibilidad o falta de disponibilidad de apoyos sociales apropiados (Buceta et al., 2001).

2.1. PERSONALIDAD Y ESTRÉS

Como expone Sandín (2009), existen una serie de variables de características personales de tipo disposicional y rasgos de personalidad relativamente estables que modulan las reacciones del individuo a las situaciones estresantes. Estas variables explican posibles diferencias individuales en las reacciones de estrés. Se han sugerido varios tipos de conexión entre las variables de personalidad y los trastornos asociados al estrés tales como:

- La personalidad puede influir sobre la salud a través de mecanismos fisiológicos directos (por ejemplo, reactividad cardiovascular) y/o indirectos (por ejemplo, modulación del sistema inmune).
- Las características de personalidad pueden potenciar la enfermedad al motivar conductas no saludables (por ejemplo, consumo de alcohol excesivo).
- Ciertos aspectos de la personalidad pueden aparecer como resultado de procesos asociados a la enfermedad (por ejemplo, dependencia).

En la misma línea, Crespo y Labrador (2010) sugieren una serie de variables moduladoras que, aunque no están directamente relacionadas con el estrés y afrontamiento, afectan de alguna manera al organismo y sirven también para amortiguar o incrementar el impacto de la respuesta de estrés sobre éste. Entre estas variables cabría considerar:

- **La predisposición psicobiológica.** Ante situaciones similares e incluso reaccionando de forma muy próxima, los efectos de la emisión reiterada de la respuesta de estrés pueden ser muy distintos en diferentes personas. Cada persona responde con los recursos tanto psicológicos como biológicos de que dispone y algunos de estos recursos dependen de su dotación genética constituyendo los factores de predisposición genética. Que incluirían factores biológicos como la fragilidad del Sistema

Nervioso Autónomo, los umbrales sensoriales o los niveles de secreción hormonal, además de factores psicológicos como los niveles de ansiedad generales o ante determinados estímulos.

- **El patrón de estereotipia de la respuesta.** El efecto nocivo del estrés sobre el organismo tiene que ver con la reiterada actuación de algún órgano que produce un desgaste excesivo. Si ante distintas situaciones de estrés se pone en marcha siempre el mismo tipo de respuesta en la que se ven afectados los mismos órganos, alta estereotipia de respuesta, los efectos del estrés serán más negativos sobre los órganos implicados.
- **Los hábitos comportamentales.** Un organismo en mejores condiciones tendrá mayor capacidad para soportar los esfuerzos requeridos en la respuesta ante el estrés. Los hábitos sanos o positivos, como la alimentación equilibrada, el descanso adecuado, el optimismo y en especial el ejercicio físico, colaboran a reducir los efectos negativos del estrés. Por otro lado, los hábitos nocivos o negativos, como el consumo de drogas y estimulantes, la irregularidad o los excesos con la comida, el descanso inadecuado o el sedentarismo, colaboran en incrementar estos efectos negativos.

Como indica Sandín (2009), las variables disposicionales que han sido propuestas como factores moduladores de la relación entre el estrés y la enfermedad son múltiples y diversas. Este tipo de variables pueden actuar a diferentes niveles como la evaluación cognitiva, las estrategias de afrontamiento, y las respuestas fisiológicas y emocionales. Puede observarse que mientras algunas son consideradas potenciadoras de la salud, como son hardiness o dureza (Kobasa, 1979; Funk, 1992, Peñacoba y Moreno, 1998), optimismo (Scheier y Carver, 1987), sentido del humor (Overholser, 1992), motivación de sociabilidad (Jemmott III, 1987), autoestima (DeLongis, Lazarus y Folkman, 1988), sentido de coherencia (Antonovsky, 1987) y resiliencia (Garmezy, 1985), otras se entienden como facilitadoras de la enfermedad, esto es, reactividad al estrés (González de

Rivera, 1989), hostilidad (Matthews, 1988), cinismo, antagonismo, alexitimia (Taylor, 1984), personalidad o conducta tipo C (Temoshok, 1987), estilo represor (Jensen, 1987) y motivación de logro (Jemmott III, 1987). Algunos ejemplos son:

- Bajo estado de estrés, las personas con elevada hostilidad tienden a experimentar ira y elevada reactividad cardiovascular como el incremento de frecuencia cardíaca y mayor presión sanguínea.
- Se ha indicado que los individuos con estilo represor suelen presentar inhibición de la competencia inmunológica asociada al estrés.
- Características más o menos estables como el optimismo (tendencia a experimentar expectativas de resultados positivos), la autoestima, el locus de control interno y el hardiness (dureza/resistencia) se han asociado positivamente con el uso de estrategias focalizadas en el problema en situaciones potencialmente controlables y a la tendencia a llevar a cabo mayor número de acciones para aliviar los síntomas cuando la persona se siente enferma, en contraste con las personas pesimistas, de baja autoestima o de bajo hardiness.

En línea con esta conexión entre las variables de personalidad y el uso de estrategias de afrontamiento, debe tenerse en cuenta que existen estilos o tendencias personales, conceptualizados generalmente como rasgos, que predisponen al uso de unos modos u otros de afrontamiento del estrés. En general, los estilos caracterizados por la negación, la huida, la evitación, la autoculpación y la confrontación irracional, aumentan la vulnerabilidad al estrés, mientras que los estilos que conllevan afrontamiento activo, búsqueda racional de soluciones, autocontrol y reevaluación positiva de la situación, incrementan la inmunidad (Buceta et al., 2001).

Las variables de personalidad pueden incluso modular el apoyo social, tanto el apoyo real como el percibido. El apoyo social está determinado por el grado

con que el individuo se relaciona con otras personas y sus habilidades interpersonales (Monroe y Steiner, 1986).

2.2. PERCEPCIÓN Y VALORACIÓN

La percepción y valoración cognitiva que efectúa un individuo respecto a la situación y a sus propios recursos resultan elementos clave en la modulación de la respuesta del estrés.

Beck (1984; citado por Buceta et al. 2001) sugiere que el contenido de los valores, las creencias y las actitudes más estables afecta la interpretación que se hace de las situaciones, dependiendo de este contenido el que las situaciones sean más o menos estresantes. Según este autor, el estrés perjudicial coincide con la activación de cogniciones estables, rígidas, irracionales y disfuncionales, que propician una valoración sesgada de las situaciones potencialmente estresantes y de los propios recursos, con una clara tendencia a percibir más y más graves experiencias estresantes y a infravalorar la eficacia de los recursos de afrontamiento personales. Por otro lado, la valoración objetiva no garantiza la ausencia de estrés, ya que puede que, objetivamente, exista una situación muy amenazante y que no dispongamos de los recursos personales adecuados para enfrentarnos a ella con eficacia, pero sí que va a favorecer un mejor conocimiento de lo que sucede y una mayor percepción de control.

En este sentido, Sapolsky (2011) destaca el control como una variable extraordinariamente poderosa en la modulación del estrés. Además, este autor explica que ejercitar el control no es decisivo, sino creer que se posee el control. En algunos oficios el estrés se presenta bajo la forma de un exceso de control y responsabilidad, sin embargo, el estrés ocupacional depende más de la falta del mismo. El nexo entre estrés ocupacional y un mayor riesgo de enfermedades cardiovasculares y metabólicas se basa en la combinación de alta exigencia y bajo control. La novedad por ejemplo, provoca un estado de alerta y de excitación al

tener que hallar nuevas reglas de control y predicción. Otras variables psicológicas que en opinión de Sapolsky resultan decisivas en el proceso del estrés psicológico, serían el disponer de salidas adecuadas a la frustración, el apoyo social percibido, la capacidad de predecir y la percepción de que las cosas mejoran o empeoran.

Otra variable con gran influencia sobre el proceso de estrés es el apoyo social percibido (Karademas, 2006; Moreno e Hidalgo, 2010) que, conceptualizado en términos cognitivos como la percepción de que se es amado y estimado por los demás, supone una percepción que promueve y beneficia la salud, alivia el impacto de las enfermedades crónicas, facilita la integración social, fomenta el bienestar psicológico, disminuye la susceptibilidad a la enfermedad promoviendo conductas saludables y favorece el grado de adaptación a un estímulo estresante (Gómez, Pérez y Vila, 2001; Sandín, 2003).

3. EL AFRONTAMIENTO DEL ESTRÉS

En términos generales se entiende el afrontamiento como los esfuerzos, tanto cognitivos como conductuales, que hace el individuo para hacer frente al estrés, es decir, para manejar tanto las demandas externas o internas generadoras del estrés, como el estado emocional desagradable vinculado al mismo. Pudiendo dirigir su acción tanto a los estresores, tratando de eliminarlos o de reducir su nivel de amenaza, como a sus propias respuestas fisiológicas, psicológicas o sociales (Sandín, 2009).

El afrontamiento se relaciona de forma bastante estrecha con la evaluación cognitiva de la situación, por lo que parece jugar un papel importante como componente mediador entre las circunstancias estresantes y la salud. Folkman y Lazarus (1988) encontraron que el afrontamiento junto con la valoración es un mediador de la reacción emocional. Aunque el término no fue muy usado antes de los años setenta, la idea básica no es nueva, como puede comprobarse en la

historia moderna de la psicología clínica y de la psiquiatría que subrayaba el concepto psicoanalítico de defensa del ego para referirse a los mecanismos psicológicos defensivos que emplea la persona para hacer frente a los agentes que atentan contra su integridad (Lazarus, 2000; Sandín, 2009).

Otra fuente de aproximación tradicional al concepto de afrontamiento procede, de acuerdo con Lazarus y Folkman (1984), de la experimentación animal. En el modelo animal el término afrontamiento se define usualmente como los actos que controlan condiciones aversivas y por ello son de manejo lento o basados en la activación. En este caso, el énfasis se da en las conductas de evitación y escape. Este término fue adoptado por psicólogos en las décadas de 1960 y 1970 para referirse al combate, derrota o manejo de las situaciones estresantes de la vida (Lazarus, 2006).

El desarrollo teórico y metodológico del concepto de afrontamiento podría agruparse en dos aproximaciones conceptuales distintas, una que lo asume como un estilo personal de afrontar el estrés, lo cual significa que es relativamente estable, y otra que lo entiende como un proceso.

En palabras de Fernández - Abascal (1997, citado por Felipe y León, 2010), los estilos de afrontamiento se refieren a predisposiciones personales para hacer frente a las situaciones y son los responsables de las preferencias individuales en el uso de uno u otro tipo de estrategias de afrontamiento, así como de su estabilidad temporal y situacional. A su vez, las estrategias de afrontamiento serían los procesos concretos que se utilizan en cada contexto y pueden ser altamente cambiantes dependiendo de las situaciones que las desencadenen. En este sentido, los estilos de afrontamiento se pueden considerar como disposiciones generales que producen en las personas pensamientos y actuaciones más o menos estables ante diferentes situaciones (Sandín, Chorot, Santed y Jiménez, 2009 citados por Felipe y León, 2010; Londoño et al., 2006), mientras que las estrategias de afrontamiento se establecerían en función de la situación.

Otros autores han considerado que ambos conceptos son complementarios, siendo los estilos de afrontamiento formas estables o consistentes de afrontar el estrés, mientras que las estrategias de afrontamiento serían acciones y comportamientos más específicos de la situación. Igualmente, otros estudios han combinado la perspectivas disposicional y contextual y han apoyado la vinculación de ambos constructos (Bouchard, 2003; Moos y Holahan, 2003; Pelechano, 2000).

3.1. LOS ESTILOS DE AFRONTAMIENTO

Los estilos de afrontamiento se han formulado partiendo de la base de que se trata de disposiciones personales para hacer frente a las distintas situaciones estresantes. Uno de los modelos centrado en el concepto de estilos de coping es el del represor/sensibilizador de Byrne (1964).

Byrne (1964; citado por Sandín, 2009) sugirió que la estrategia defensiva de los individuos al estrés puede localizarse en algún punto de la dimensión bipolar represión/sensibilización. Se trata de un constructo unidimensional del afrontamiento, donde en un extremo se sitúan las personas altamente sensibilizadoras y en el otro las muy represoras. Los represores informan que experimentan baja ansiedad ante situaciones de estrés y tienden a la negación y a la evitación. Sin embargo, emiten elevadas respuestas fisiológicas. Lo contrario ocurre con los sensibilizadores, es decir, tienden a informar de mayor grado de ansiedad que el reflejado a través de los registros fisiológicos y son más vigilantes y expansivos. Se ha sugerido que represores y sensibilizadores utilizan códigos defensivos opuestos, los primeros niegan psicológicamente la ansiedad (por ejemplo, en un cuestionario) y los segundos la incrementan. Ambos tienden a responder al estrés de forma estereotipada, en lugar de establecer respuestas apropiadas a las demandas de la situación, es decir, reaccionan con excesiva

frecuencia empleando códigos defensivos incluso cuando las demandas son débiles.

No obstante, la investigación experimental parece indicar que entre los designados como represores podrían existir personas con verdadera baja ansiedad. Igual sucede con respecto a los sensibilizadores, es decir, aparecen personas con verdadera alta ansiedad. Esto llevo a Weinberger, Schwartz y Davidson (1979) a estudiar experimentalmente el problema basándose en datos de respuestas fisiológicas a estresores de laboratorio y a puntuaciones en Autoinformes de Ansiedad (AA) y Deseabilidad Social (DS). Crowne y Marlow (1964) sugirieron cuatro tipos de afrontamiento del estrés (ver tabla 1):

Tabla 1

Tipos de afrontamiento del estrés según teoría de Crowne y Marlow (1964)

		Deseabilidad Social	
		ALTA	BAJA
Ansiedad	ALTA	Defensividad ansiosa	No defensivo/ansioso
	BAJA	Represor	No defensivo/ no ansioso

Los tipos represor y defensividad ansiosa exhiben puntuaciones elevadas en DS. Cuando se estudian estos tipos en el laboratorio se observa que el primero emite altas respuestas fisiológicas ante estímulos estresores, a pesar de que informa de experimentar baja ansiedad (reduce cognitivamente la ansiedad de forma defensiva). Lo contrario ocurre con el tipo defensividad ansiosa, emite bajas respuestas psicofisiológicas a pesar de informar de altos niveles de ansiedad (incrementa la ansiedad defensivamente). En cambio, en los tipos no defensivos (puntuaciones medias o bajas en DS) correlacionan las respuestas fisiológicas con

el autoinforme de ansiedad, corresponde a personas que afrontan el estrés con verdadera ansiedad informada, bien alta o baja (Crowne y Marlow, 1964).

Como explica Sandín (2009), un modelo posterior de estilos de afrontamiento que ha adquirido gran relevancia es el de los estilos cognitivos *monitoring* y *blunting* de Miller (1987). El término *monitoring* indica el grado con que una persona está alerta y sensibilizada respecto a la información relacionada con una amenaza. El término *blunting* denota el grado con que un individuo evita o transforma cognitivamente la información de una amenaza, Miller lo denomina *blunting* porque ayuda al individuo a atenuar el impacto psicológico del origen objetivo del peligro. El modelo se basa por tanto en el modo en que las personas procesan cognitivamente la información relacionada con sucesos aversivos, para reducir las reacciones de estrés concomitantes. Estos tipos podrían traducirse como: incrementador y atenuador, respectivamente.

Kohlmann (1993) basándose en los constructos de DS de Crowne y Marlow (1964), incrementador/atenuador de Miller (1987) y sensibilizador/represor de Byrne (1964) ha propuesto cuatro patrones de afrontamiento que recuerdan en parte a los tipos de afrontamiento introducidos por Weinberger et al. (1979) y que se resumen continuación (ver tabla 2):

- **Modo vigilante rígido.** Se lleva a cabo por personas con alta vigilancia y baja evitación (sensibilizadores). Con tendencia a buscar información sobre el estresor para configurar una imagen mental de la confrontación anticipada, ya que este tipo de personas se estresan primariamente por la experiencia de incertidumbre respecto a una situación de amenaza.
- **Modo evitador rígido.** Típico en personas de baja vigilancia y alta evitación (represores). Se asume que la activación emocional producida por las señales anticipatorias de la confrontación produce gran nivel de amenaza al individuo, por lo que tienden a prestar poca atención a las características amenazantes del estresor.

- **Modo flexible.** Uso flexible de estrategias relacionadas con la situación. Característico en personas no defensivas, es decir, aquellas con un patrón de baja vigilancia y baja evitación. Ante una situación de amenaza, no les cuesta tolerar ni la posibilidad de incertidumbre ni la sorpresa negativa de una posible activación emocional. Se entiende que la utilización flexible de estrategias de afrontamiento se caracteriza por una marcada orientación hacia los requerimientos situacionales que prevalecen en cada momento.
- **Modo inconsistente o Afrontamiento ineficaz.** Exhiben este tipo de afrontamiento aquellas personas con alta vigilancia y alta evitación (personas ansiosas). Se estresan fuertemente tanto por la incertidumbre de la situación relevante como por la activación emocional elicitada por las señales anticipatorias. Se asume que esto conlleva una conducta de afrontamiento inestable. Cuando el sujeto intenta alejarse del estresor para reducir la ansiedad, se produce incremento de la incertidumbre con el consecuente incremento del estrés y viceversa.

Tabla 2

Patrones de afrontamiento según la teoría de Kohlmann (1993)

		Vigilancia	
		ALTA	BAJA
Evitación	ALTA	Afrontamiento ineficaz	Evitador rígido
	BAJA	Vigilante rígido	Flexible

Lazarus (2000) refiere una serie de limitaciones al enfoque que describe el afrontamiento como un estilo o un rasgo personal. La primera de estas limitaciones es que reduce el manejo a un contraste entre dos estilos opuestos extremadamente amplios. Además, el enfoque de estilos ha ignorado las intenciones impresas en los objetivos y las estrategias integradoras que podrían definirse como motivadoras que usan las personas al tratar de sobreponerse al daño, la amenaza y al desafío. Una tercera limitación es que los estilos de afrontamiento ignoran habitualmente el gran tramo intermedio de la distribución del estilo. Es decir, el poder predictor de un estilo se basa en una pequeña minoría de sujetos en cualquier extremo de la dimensión.

3.2. EL AFRONTAMIENTO COMO PROCESO

De acuerdo con Sandín (2009), un enfoque alternativo al modelo centrado en los estilos de afrontamiento es el sugerido por el grupo de Lazarus en términos de proceso. Así, desde un punto de vista procesual, el afrontamiento es definido como los esfuerzos en curso, cognitivos y conductuales, para manejar las demandas externas o internas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos de la persona. Esta definición podría resumirse diciendo que el afrontamiento consiste en los esfuerzos cognitivos y conductuales para manejar el estrés psicológico, reduciendo de algún modo las cualidades aversivas de la situación estresante o intentando controlar los estresores (Lazarus y Folkman, 1984).

Siguiendo a Lazarus (2000), la consideración del afrontamiento como un proceso implica asumir los siguientes principios:

- El término de afrontamiento se emplea indistintamente de que el proceso sea adaptativo o inadaptativo, eficaz o ineficaz. El afrontamiento, por tanto, debe separarse de los resultados, es decir, puede ser adaptativo o no. No existen procesos de afrontamiento universalmente buenos o

malos, ello depende de múltiples factores, como la persona, el tipo específico de relación entre la persona y el estresor, etc.

- El afrontamiento depende del contexto. Se trata de una aproximación orientada contextualmente más que como una disposición estable. El proceso de afrontamiento empleado para diferentes amenazas, producido por alguna fuente generadora de estrés psicológico, varía en función de la significación adaptativa y los requerimientos de otras amenazas.
- Unas estrategias de afrontamiento son más estables o consistentes que otras a través de las situaciones estresantes.
- La teoría del afrontamiento como proceso enfatiza que al menos existen dos funciones principales del afrontamiento, una focalizada en el problema y otra en la emoción. La función del afrontamiento focalizado en el problema consiste en cambiar la relación ambiente-persona actuando sobre el ambiente o sobre sí mismo, se trata de manejar o alterar la fuente generadora de estrés. La función del afrontamiento focalizado en la emoción consiste en cambiar el modo en que se trata o interpreta lo que está ocurriendo para mitigar el estrés, se trata de regular la respuesta emocional del estrés.
- El afrontamiento depende de la evaluación respecto a que se pueda o no hacer algo para cambiar la situación. Si la valoración dice que puede hacerse algo, es decir, que la condición estresante puede ser controlable por la acción, predomina el afrontamiento focalizado en el problema. Si la valoración dice que no puede hacerse nada, entonces predomina el afrontamiento focalizado en la emoción.

Continuando con Sandín (2009), muchos autores han elaborado métodos psicométricos para medir estrategias de afrontamiento aplicándolos como una medida de rasgo y no con una orientación procesual. Esto se ha hecho modificando las instrucciones de respuesta, de tal forma que la persona, en lugar de responder según un contexto específico, debe estimar cada una de las

conductas o pensamientos de la lista según las utilice de forma característica cuando se encuentra ante estados de estrés. Es decir, lo que se hace mediante esta aproximación es preguntar a la persona como afronta usualmente el estrés, en lugar de cómo afronta encuentros específicos de estrés (Lazarus, 1993a). En último término, una medida procesual del afrontamiento se convierte en una medida de rasgo o estilo de afrontamiento, aunque no exactamente en el sentido descrito en el anterior epígrafe, ya que implica una metodología diferente y una concepción más tendente a la multidimensionalidad.

Las dimensiones del afrontamiento se consideran por tanto como disposiciones generales que llevan al individuo a pensar y actuar de forma más o menos estable ante las diferentes situaciones estresantes. En este sentido, Torestad, Magnusson y Olah (1990) han presentado evidencias sobre la estabilidad del afrontamiento, demostrando que el afrontamiento está determinado tanto por la situación como por la persona (rasgo). Es decir, las estrategias de afrontamiento no se reducen ni a un proceso (dependencia de las cualidades percibidas de la situación) ni a disposiciones personales, sino que se debe a una interacción de ambos factores.

3.3. FUNCIONES DEL AFRONTAMIENTO

Para Lazarus (2000), las dos funciones más importantes del afrontamiento son la centrada en el problema y la centrada en la emoción, funciones originalmente descritas en Lazarus y Folkman (1980).

Respecto a la función centrada en el problema, la persona obtiene información sobre qué puede hacer y moviliza las acciones con el propósito de modificar la realidad de la relación problemática persona-medio. Es decir, las acciones de afrontamiento pueden orientarse hacia el medio o hacia uno mismo.

La función centrada en la emoción tiene la finalidad de regular las emociones producidas por la situación estresante, por ejemplo, evitando pensar en la amenaza o revalorizando la misma, sin modificar la realidad de la situación estresante. En otras palabras, es un modo de pensamiento que modifica el significado relacional de la transacción social aunque no la relación real persona-medio.

Cuando se revaloriza una amenaza, se modifican las emociones elaborando un nuevo significado relacional del encuentro estresante. La revalorización es un modo eficaz de manejar una situación vital estresante, quizá una de las más efectivas. Sin embargo, algunas veces es difícil distinguirla de las defensas del ego como la negación.

3.4. LA EVALUACIÓN DEL AFRONTAMIENTO

Folkman y Moskowitz (2004) plantean dos etapas históricas en la evaluación de las estrategias de afrontamiento. En un primer momento surge la valoración cuantitativa que utiliza escalas de comprobación, escalas de calificación, cuestionarios e inventarios psicométricos. La mayoría de estas escalas para evaluar las estrategias de afrontamiento del estrés derivan de la teoría de Lazarus y Folkman (1984). En ellas, el evaluado describe la situación estresante y califica según una escala dicotómica o tipo Likert elementos referidos a acciones de afrontamiento. Como se expone más adelante, en diversos trabajos de investigación se han validado estas pruebas de evaluación y se han modificado algunos de sus componentes para ser adaptadas a diferentes poblaciones. En un segundo momento, más reciente, y en parte para subsanar las deficiencias de estas primeras herramientas, se ha empezado a utilizar procedimientos cualitativos como el análisis narrativo, que permite, entre otras cosas, profundizar en el significado individual de la situación, aclarar que estresor se está afrontando o

descubrir nuevas formas de afrontamiento no previstas en los cuestionarios (Cano, Rodríguez y García, 2007).

A pesar de los avances y de la existencia de pruebas para la evaluación de las estrategias de afrontamiento, no existen demasiados instrumentos desarrollados y adaptados en España, algunos de los existentes se exponen a continuación.

Ways of Coping Checklist (WCCL) (Lazarus y Folkman, 1980), Ways of Coping Instrument (WCI) (Lazarus y Folkman, 1984), Ways of Coping Questionnaire (WCQ o WOC) - Escala de Modos de afrontamiento (EMA) (Lazarus y Folkman, 1988).

En 1980 Lazarus y Folkman desarrollaron el Ways of Coping Checklist (WCCL). Esta escala sugiere dos funciones principales del afrontamiento al estrés: solución de problemas y regulación de la emoción. Para los autores esta clasificación no reflejaba la complejidad y la riqueza del proceso de afrontamiento, por lo que realizaron una serie de análisis factoriales con diversos grupos de datos generando otras versiones de la herramienta.

En 1984 Lazarus y Folkman elaboraron el Ways of Coping Instrument (WCI) para evaluar el afrontamiento haciendo que las personas revivan situaciones estresantes recientes y describan lo que piensan, sienten y hacen en ese momento. El cuestionario está formado por 67 ítems con cuatro opciones de respuestas: 0 = en absoluto, 1 = en alguna medida, 2 = bastante, 3 = en gran medida. La lista de ítems mide modos de afrontamiento dirigidos a la emoción y a la resolución de problemas. Al realizar el análisis factorial de los modos de afrontamiento distinguen las siguientes subescalas o dimensiones: Afrontamiento focalizado en el problema, Ensoñación, Afrontamiento fantástico, Distanciamiento, Enfatización de lo positivo, Autoculpación, Reducción de la tensión, Autoaislamiento y Búsqueda de apoyo social. Estas dimensiones no se han mantenido estables en todas las investigaciones.

Posteriormente, en 1988 Lazarus y Folkman elaboran el llamado Ways of Coping Questionnaire (WCQ) o también conocido como la Escala de Modos de Afrontamiento (EMA), construido como sus antecesores sobre la base de descripciones de lo que la gente piensa y hace en sus esfuerzos para hacer frente a las situaciones estresantes. Esta escala es un autoinforme que permite obtener información sobre las estrategias de afrontamiento que emplean los individuos frente al estrés. Consta de ocho dimensiones y 66 ítems con un formato tipo Likert de cuatro puntos. Estas dimensiones son:

- **Confrontación:** Acciones directas dirigidas hacia la situación, como expresar la ira hacia la persona causante del problema, tratar que la persona responsable cambie de idea...
- **Distanciamiento:** Tratar de olvidarse del problema, negarse a tomarlo en serio, comportarse como si nada hubiera ocurrido...
- **Autocontrol:** Guardar los problemas para uno mismo, procurar no precipitarse...
- **Búsqueda de apoyo social:** Pedir consejo o ayuda a un amigo, hablar con alguien que puede hacer algo concreto, contar a un familiar el problema...
- **Aceptación de responsabilidad:** Disculparse, criticarse a sí mismo, reconocerse causante del problema...
- **Escape / Evitación:** Esperar a que ocurra un milagro, evitar el contacto con la gente, tomar alcohol o drogas...
- **Planificación de solución de problemas:** Establecer un plan de acción y seguirlo, cambiar algo para que las cosas mejoren...
- **Reevaluación positiva:** La experiencia enseña, hay gente buena, cambié y maduré como persona...

Como puede observarse, existen dimensiones que corresponden al afrontamiento focalizado en el problema, Confrontación y Planificación de solución de problemas. Otras están focalizadas en la emoción, Distanciamiento, Autocontrol, Aceptación de la responsabilidad, Escape/Evitación y Revaloración positiva. La dimensión Búsqueda de apoyo social posee componentes de ambos tipos de focalización, problema y emoción, por lo que puede ser considerada como una modalidad de afrontamiento intermedia.

La mayoría de los cuestionarios que existen actualmente sobre el afrontamiento del estrés derivan directa o indirectamente del WCQ. Ha sido el cuestionario de autoinforme sobre el afrontamiento del estrés más utilizado internacionalmente y ha sido adaptado a diferentes idiomas (Aalto, Härköpää, Aroc y Rissanen, 2002; Brough, O'Driscoll y Kalliath, 2005; Chia, Kun y Creace, 2008; Frydenberg y Lewis, 2002; Godoy et al. 2008; Gutiérrez et al., 2007; Kuo, Roysicar y Newby, 2006; López y Marvan, 2004; Oxlad, Miller-Lewis y Wadw, 2004; Sandin y Chorot, 2003; Weyersa, Ising, Reutera y Jankea, 2005).

Su principal problema radica en la baja consistencia factorial, los propios autores obtienen diferentes estructuras factoriales en diferentes estudios. Así mismo, se han realizado estudios para analizar la consistencia interna y la estabilidad de la estructura de los factores de las escalas derivadas del modelo de Lazarus y Folkman que hoy en día aún siguen siendo objeto de análisis. Algunos de estas investigaciones son las llevadas a cabo por Londoño et al. (2006), Lundqvist y Ahlströmb (2006), Oxlad, Miller-Lewis y Wade (2004), Rexrode, Petersen y O'Toole (2008), Sandin y Chorot (2003).

Cuestionario Multifactorial de Afrontamiento (COPE) (Carver, Scheier y Weintraub, 1989).

Es una herramienta para evaluar los diferentes estilos y estrategias de afrontamiento con los que las personas responden al estrés. Está basada en el

modelo transaccional del estrés de Lazarus y el modelo de la autorregulación conductual (Carver y Scheier, 1985, 1988). El cuestionario contiene un total de 13 escalas, cinco que miden estrategias de afrontamiento centradas en el problema, cinco para estrategias de afrontamiento orientadas a la emoción y tres escalas que evalúan repuestas de evitación al afrontamiento. Las subescalas que miden las estrategias centradas en el problema son: Afrontamiento activo, se refiere a las acciones directas llevadas a cabo por el sujeto para alterar la situación e intentar cambiarla; Planificación, es un modo de afrontamiento analítico y se refiere específicamente, a pensar en cómo afrontar un estresor, ideando estrategias de acción, pasos a seguir y buscando la mejor manera de manejar el problema; Supresión de actividades competitivas, se refiere a aquellas conductas que permiten al sujeto centrarse en el acontecimiento estresante al que ha de enfrentar, y que al mismo tiempo evite otras actividades o pensamientos que lo distraigan; Refrenar el afrontamiento, describe los esfuerzos por demorar el momento adecuado para afrontar el problema y evitar que afecte al sujeto negativamente, al tener que tomar decisiones precipitadamente; y Búsqueda de apoyo social instrumental, Implica la búsqueda de recursos humanos que le puedan dar al sujeto un apoyo instrumental para manejar el problema en forma de información, consejo, apoyo económico... En las cinco subescalas de afrontamiento orientadas a la emoción se incluyen: Búsqueda de apoyo emocional y social, engloba las acciones emprendidas por el sujeto para buscar en otras personas razones emocionales paliativas del estrés; Reinterpretación positiva, engloba lo referente a aquellos aspectos de crecimiento personal que pueden derivarse de la experiencia de estrés; Refugio en la religión, se refiere a actividades pasivas, como rezar o centrarse en la religión, las cuales permiten al sujeto aceptar el acontecimiento estresante; Aceptación, se refiere a la aceptación del problema; y Desahogo emocional, alude a las respuestas emocionales asociadas a la situación estresante. Las tres escalas que evalúan las repuestas de evitación del afrontamiento son: Negación, el sujeto niega y evita el afrontamiento activo del suceso estresante y actúa como si nada sucediera; Desconexión conductual, hace referencia al empleo de acciones que evitan afrontar activamente la situación estresante; y

Desconexión mental, se refiere a distanciarse del estresor o de la fuente del estrés mediante fantasías o ensoñación.

Crespo y Cruzado (1997) consiguieron una versión adaptada al español con adecuadas propiedades psicométricas. Consta de 60 ítems divididos en 15 subescalas. Posteriormente, Perczek, Carver, Price y Pozo-Kaderman (2000) realizaron la traducción del instrumento al español con evidencia de convergencia con la versión en inglés, la correlación alcanzada entre ambas pruebas fue de 0,72.

Más adelante Carver (1997) presenta una versión abreviada del anterior COPE, que es utilizada en investigaciones relacionadas con la salud. Es el Brief COPE que consta de 14 subescalas de dos ítems cada una. En esta versión abreviada los ítems son planteados en términos de la acción y las respuestas se realizan en una escala ordinal con cuatro alternativas que comprenden entre “nunca hago esto” hasta “siempre hago esto”. Las respuestas pueden ser modificadas según si el evaluador está interesado en el afrontamiento estado o en el afrontamiento rasgo. En el primer caso deberá responder “hice esto” en relación a una situación dada de antemano y para la opción rasgo se deberá responder “acostumbro a hacer esto”. Su creador, Carver (1997), considera que es idóneo en investigación ya que proporciona una medida breve de afrontamiento que evalúa las variadas respuestas conocidas relevantes para un afrontamiento efectivo o ineficaz. Esta herramienta se desarrolló con la intención de reducir la sobrecarga y el esfuerzo que tenían que realizar el evaluado al responder al inventario completo.

Esta escala ha sido objeto de adaptaciones y validaciones en distintos países (Muller y Spitz, 2003; Vollrath, 2000); de estudios que han identificado, analizado y añadido dimensiones, rasgos y estados de afrontamiento (Carver, 1997; Carver y Scheier, 1995; Chico, 2002; Lyne y Roger, 2000) y ha sido objeto de investigaciones sobre sus propiedades psicométricas (Carver y Scheier, 1995; Crespo y Cruzado, 1997; Londoño et al., 2006; Ponce, 2002; Todd, Tennen, Carney, Armeli y Affleck, 2004).

Escala de Estrategias de Coping (EEC) (Chorot y Sandín, 1987), Escala de Estrategias de Coping Revisada (EEC-R) (Chorot y Sandín, 1993; Sandín, Valiente y Chorot, 1999).

Esta escala recoge un amplio espectro de formas de afrontamiento del estrés. La finalidad fue obtener una prueba psicométrica que evaluará las dimensiones generales de afrontamiento de Moos y Billing (1982) y que son: afrontamiento centrado en la evaluación, en el problema y en la emoción, así como, las diferentes categorías asociadas a estas tres dimensiones.

Incluye 90 elementos distribuidos en 9 dimensiones básicas: Análisis lógico “Intentar analizar las causas del problema”, Redefinición cognitiva “Pensar que las cosas podrían ser peores”, Evitación cognitiva “Intentar olvidarse de todo”, Búsqueda de información o consejo “Pedir consejo algún amigo”, Acciones de solución de problemas “Hablar con las personas responsables”, Desarrollo de refuerzos alternativos “Iniciar nuevos estudios”, Regulación afectiva “Refugiarse en la lectura”, Aceptación resignada “Aceptar las cosas como son pues se trata de mala suerte” y Descarga emocional “Comportarse de forma agresiva”. Estas dimensiones se agrupan en otras tres más generales: Afrontamiento centrado en la evaluación cognitiva, que a su vez incluye Análisis lógico, Redefinición cognitiva y Evitación cognitiva; Afrontamiento centrado en el problema, que incluye Búsqueda de información o consejo, Acciones de solución de problemas y Desarrollo de refuerzos alternativos; y Afrontamiento centrado en la emoción, que incluye Regulación afectiva, Aceptación resignada y Descarga emocional. También se puede obtener otras dos dimensiones adicionalmente: Evitación-escape y Búsqueda de apoyo.

En la adaptación de Chorot y Sandín (1991), el análisis de la consistencia interna sugiere niveles de fiabilidad no uniformes en las 9 subescalas, de tal manera que algunas subescalas como refuerzos alternativos presentan una consistencia interna moderada o baja que no superan el valor 0,60 frente a las subescalas búsqueda de información o consejo y evitación cognitiva con

coeficientes alfa superiores a 0,80. Por otro lado, el análisis factorial tampoco confirma las 9 dimensiones iniciales.

A partir de estos análisis, los autores realizaron una profunda depuración y revisión de la EEC, cuyo resultado final fue la EEC-Revisada (EEC-R), una escala de 54 elementos y 9 dimensiones básicas (Sandín, Valiente y Chorot, 1999). Las 9 subescalas de afrontamiento de la EEC-R incluían 6 ítems cada una y fueron denominadas del siguiente modo: Focalizado en la situación o problema, Autofocalización negativa, Autocontrol, Reestructuración cognitiva, Expresión emocional abierta, Evitación, Búsqueda de apoyo social, Religión y Búsqueda de apoyo profesional.

En algunos países es un instrumento que, con alguna modificación, se utiliza frecuentemente tanto para la investigación como en la práctica clínica, en el que se han llevado a cabo alguna modificación. Así Londoño et al. (2006) elaboran en Colombia la Escala Estrategias de Coping-Modificada (EEC-M) formada con 69 ítems, también con opciones de respuesta tipo likert en un rango de frecuencia de 1 a 6 (desde nunca hasta siempre). Las 12 escalas son: Solución de problemas, Apoyo social, Espera, Religión, Evitación emocional, Búsqueda de apoyo profesional, Reacción agresiva, Evitación cognitiva, Reevaluación positiva, Expresión de la dificultad de afrontamiento, Negación y Autonomía.

Cuestionario de Afrontamiento del Estrés (CAE) (Sandín y Chorot, 2003).

Este cuestionario surge de una profunda revisión del EEC-R. Partiendo de un menor número de ítems, 42, establece en su análisis 7 dimensiones primarias o dimensiones básicas de afrontamiento con 6 ítems cada una: Búsqueda de apoyo social (BAS), Expresión emocional abierta (EEA), Religión (RLG), Focalización en la solución del problema (FSP), Evitación (EVT), Autofocalización negativa (AFN), Reevaluación positiva (RP). Con estas estrategias de afrontamiento se establecen 2 estilos: el Afrontamiento Focalizado en el Problema (AFP) que incluye BAS, RLG, FSP y RP; y el Afrontamiento Focalizado en la Emoción

(AFE) que incluye EEA, EVT y AFN. Los ítems presentan un rango de respuesta de 5 puntos (de 0 = nunca a 4 = casi siempre).

El CAE presenta una fiabilidad entre excelente y aceptable, de 0,85 la más alta a 0,64 la más baja. En cuanto a las correlaciones ítems-subescalas existen notables diferencias en la magnitud ya que varían entre la más baja, 0,44 (subescala RP) y la más alta, 0,67 (subescala RLG). Se puede afirmar que las 7 dimensiones primarias parecen bastante consistentes desde el punto de vista factorial.

González y Landero (2007) validaron la escala en una muestra mexicana y confirmaron las 7 estrategias de afrontamiento y las 2 subescalas de grado superior. En cambio, solo cuatro dimensiones obtuvieron valores de consistencia interna elevados (BAS, RLG, FSP y EEA), siendo adecuado el resto (RP, AFN y EVT). Estos mismos autores proponen una versión reducida de 21 ítems para mejorar el ajuste de los datos en el análisis factorial confirmatorio.

En otras investigaciones (Moral y Martínez, 2009; Moral y Miaja, 2012) se valida la escala con diferentes tipos de participantes, como personas con VIH/SIDA o pacientes clínicos, confirmando su estructura factorial de 7 ítems y proponiendo alguna otra versión reducida a partir de los análisis factoriales.

Inventario de Estrategias de Afrontamiento (CSI) (Tobin, Holroyd y Reynolds, 1984; Tobin, Holroyd, Reynolds y Wigal, 1989).

Al igual que otros, este inventario fue desarrollado a partir de las escalas de Lazarus y Folkman (1980, 1984, 1988), aunque la mitad de los ítems fueron aportados por Tobin y su equipo utilizando entrevistas estructuradas, abiertas y sesiones de lluvia de ideas. Recoge dos tipos de información: una cualitativa, donde la persona tiene que describir una situación estresante y otra cuantitativa, donde se responde con qué frecuencia hizo en la situación descrita lo que expresa cada ítem según una escala tipo likert de cinco puntos (nada, algo, bastante, mucho, totalmente). Al final de la escala se contesta a un ítem adicional donde se

recoge información sobre el grado de eficacia percibida en el afrontamiento “¿En qué grado manejo adecuadamente la situación?”. Con este instrumento se pueden obtener tanto narraciones como puntuaciones utilizables tanto en diseños interindividuales como intraindividuales. Se puede recordar una situación, analizarla en el presente o incluso contemplarla en el futuro, además se puede detallar una situación o valorar todo un contexto de situaciones estresantes, comprobar o descubrir tanto nuevos significados de estrés como nuevas estrategias y sus resultados (Cano et al., 2007).

El inventario inicial con 109 ítems fue sometido a diferentes análisis factoriales hasta conseguir la versión de 72 enunciados, distribuyéndose en igual número en 8 escalas primarias que explican el 47% de la varianza total. Los coeficientes de fiabilidad de Cronbach oscilaron entre 0.72 y 0.94.

Presenta una estructura jerárquica compuesta por ocho estrategias primarias, cuatro secundarias y dos terciarias. Las ocho escalas primarias son:

- **Resolución de Problemas (REP).** Estrategias cognitivas y conductuales encaminadas a eliminar el estrés modificando la situación que lo produce “Luche para resolver el problema”.
- **Autocrítica (AUT).** Estrategias basadas en la autoinculpación y la autocrítica por la ocurrencia de la situación estresante o su inadecuado manejo “Me culpé a mí mismo”.
- **Expresión Emocional (EEM).** Estrategias encaminadas a liberar las emociones que acontecen en el proceso de estrés “Dejar de salir mis sentimientos para reducir el estrés”.
- **Pensamiento Desiderativo (PDS).** Estrategias cognitivas que reflejan el deseo de que la realidad no fuera estresante “Deseé que la situación nunca hubiera empezado”.
- **Apoyo Social (APS).** Estrategias referidas a la búsqueda de apoyo emocional “Encontré a alguien que escuchó mi problema”.

- **Reestructuración Cognitiva (REC).** Estrategias cognitivas que modifican el significado de la situación estresante “Repasé el problema una y otra vez en mi mente y al final vi las cosas de una forma diferente”.
- **Evitación de Problemas (EVP).** Estrategias que incluyen la negación y evitación de pensamientos o actos relacionados con el acontecimiento estresante “No dejé que me afectara; evité pensar en ello demasiado”.
- **Retirada Social (RES).** Estrategias de retirada de amigos, familiares, compañeros y personas significativas asociada con la reacción emocional en el proceso estresante “Pase algún tiempo solo”.

Las escalas secundarias surgen de la agrupación empírica de las primarias y se concretan en:

- **Manejo Adecuado centrado en el Problema (MAP).** Incluye las subescalas Resolución de problemas y Reestructuración cognitiva, indicando un afrontamiento adaptativo centrado en el problema, bien modificando la situación, bien su significado.
- **Manejo Adecuado centrado en la Emoción (MAE).** Incluye las subescalas Apoyo social y Expresión emocional, reflejando un afrontamiento adaptativo centrado en el manejo de las emociones que afloran en el proceso estresante.
- **Manejo Inadecuado centrado en el Problema (MIP).** Incluye las subescalas Evitación de problemas y Pensamiento desiderativo, indicando un afrontamiento desadaptativo centrado en el problema, bien evitando las situaciones estresantes, bien fantaseando sobre realidades alternativas pasadas, presentes o futuras.
- **Manejo Inadecuado centrado en la Emoción (MIE).** Incluye las subescalas Retirada social y Autocrítica, reflejando un afrontamiento

desadaptativo centrado en las emociones, pero basado en el aislamiento, la autocrítica y la autoinculpación.

Las escalas terciarias surgen de la agrupación empírica de las cuatro secundarias en dos:

- **Manejo adecuado.** Incluye las subescalas Resolución de problemas, Reestructuración cognitiva, Apoyo social y Expresión emocional, indicando esfuerzos activos y adaptativos por compensar la situación estresante.
- **Manejo inadecuado.** Incluye las subescalas Evitación de problemas, Pensamiento desiderativo, Retirada social y Autocrítica, sugiriendo un afrontamiento pasivo y desadaptativo.

Existe una versión española de Otero, Luengo, Romero, Gómez y Castro (1998) de 40 ítems que mide el grado de utilización de estrategias de afrontamiento diferenciando entre estrategias de afrontamiento activo o dirigidas a la acción: Resolución de problemas, Reestructuración cognitiva, Expresión de emociones y Apoyo social; y estrategias de afrontamiento pasivo o no dirigidas a la acción: Evitación de problemas, Pensamientos ansiosos, Autocrítica y Retirada social. Tiene un formato de respuesta tipo likert de cinco intervalos desde “nunca utilizada” a “siempre utilizada”.

Martínez Correa, Reyes, García León y González Jareño (2006) realizaron estudios para valorar la consistencia interna obteniendo valores que van desde 0.91 en la escala de apoyo social a 0.55 en la escala de evitación de problemas.

En la adaptación española de Cano et al. (2007) también consiguieron reducir el número de ítems a 40, obteniendo ocho factores que explican el 61% de la varianza. No demostraron la estructura de segundo y tercer orden de la versión original. Estos autores consideran que la prueba tiene buenas propiedades psicométricas, es breve, sencilla de aplicar y corregir, es versátil en el análisis de

situaciones estresantes y posibilita la utilización combinada de información cualitativa y cuantitativa.

Posteriormente Navas, Ollua, Vega y Soria (2010) realizaron una réplica de la adaptación española y, al igual que Cano et al. (2007), hallaron la estructura factorial de primer orden pero no la segunda ni la tercera que reflejan los autores de la versión original.

Este cuestionario se ha utilizado en distintas investigaciones sobre el afrontamiento en gran variedad de colectivos, en personas con trasplantes o con amputaciones, en enfermos de VIH y en pacientes con estrés postraumático (Livneh, Antonak y Gerhardt, 2000).

Existe una versión para niños, Schoolager's Coping Strategies Inventory (SCSI) de Ryan-Wenger (1990) derivada del CSI que fue construida para evaluar la frecuencia y efectividad de las estrategias de afrontamiento del estrés en niños.

Escala de Afrontamiento de Situaciones Estresantes (MCI) (Endler y Parker, 1990).

Esta escala fue elaborada en Canadá para evaluar tres estilos de afrontamiento: Estrategias orientadas a la tarea, Estrategias orientadas a la emoción y Estrategias orientadas a la evitación. Autores como McWilliams, Cox y Enns (2003) han demostrado su fiabilidad y validez factorial con el modelo de cinco factores de la personalidad y con las mediciones de distrés, entre otros. López y Marvan (2004) llevaron a cabo la adaptación mexicana del Inventario de Afrontamiento de Situaciones Estresantes.

La Escala de Estilos y Estrategias de Afrontamiento (Fernández-Abascal, Martín y Jiménez, 1997).

Esta herramienta se elaboró a partir de una revisión de las estrategias de afrontamiento definidas a lo largo de la literatura científica por Fernández -

Abascal (1997), identificando 18 estrategias con 72 ítems: reevaluación positiva, reacción depresiva, negación, planificación, conformismo, desconexión cognitiva, desarrollo personal, control emocional, distanciamiento, supresión de actividades distractoras, refrenar el afrontamiento, evitar el afrontamiento, resolver el problema, apoyo social al problema, desconexión comportamental, apoyo social emocional y respuesta paliativa. Ha sido empleada en muestras de diferentes países, apareciendo en dichos estudios, altas consistencias internas (Corbella et al., 2003; Londoño, Pérez y Murillo, 2009)

Escalas de Afrontamiento para Adolescentes (ACS) (Frydenberg y Lewis, 1996).

Están constituidas por 79 ítems cerrados y uno final abierto distribuidos en 18 subescalas que permiten conocer las estrategias de afrontamiento de los adolescentes (12 a 17 años). Cada ítem es valorado en una escala likert de 5 puntos en función de la frecuencia con que se da la conducta de afrontamiento. Existen dos versiones de las escalas, una para evaluar el afrontamiento específico, es decir, la manera en que se afronta una situación o problemática específica y otra para evaluar el afrontamiento general, el modo en que el adolescente afronta en general las situaciones. La adaptación española presenta unos coeficientes de fiabilidad aceptables y el análisis factorial apoya la existencia de las 18 dimensiones. La consistencia interna hallada para cada uno de los factores en este estudio oscila entre 0.50 y 0.75. Las 18 subescalas se corresponden con los tres estilos de afrontamiento señalados por Frydenberg y Lewis (1996): productivo, no productivo o de no afrontamiento y orientado a otros y están constituidos por un número desigual de ítems, por lo que se han dividido las puntuaciones directas de cada factor por el número total de ítems con la finalidad de ajustar las escalas.

Personal Wellbeing Index (PWI) (Cummins, Eckersley, Van Pallant, Vugt y Misajon, 2003).

El PWI está constituido por 7 ítems que evalúan el grado de satisfacción con los siguientes ámbitos de la vida: el nivel de vida, la salud, los logros en la vida, las relaciones personales, la seguridad personal percibida, los grupos de pertenencia y la seguridad por el futuro. Cada ítem es valorado en una escala de 0 (completamente insatisfecho) a 10 puntos (completamente satisfecho) de acuerdo con las recomendaciones de Cummins y Gullone (2000). La puntuación final se corresponde con el promedio de todas las puntuaciones ajustada a una escala de 0 a 100 puntos (suma de todas las puntuaciones dividida por 7 y multiplicada por 10). La adaptación española de Casas et al. (2008), al igual que la versión original, presenta unas buenas propiedades psicométricas con una consistencia interna de 0.80.

Todas las escalas expuestas suponen un avance extraordinario en la evaluación de las estrategias de afrontamiento, pero presentan algunas limitaciones que hacen necesario seguir trabajando en el diseño, adaptación y refinamiento de instrumentos de evaluación del afrontamiento en todos sus aspectos, ya que estas limitaciones son tanto metodológicas como de funcionalidad práctica (Cano et al., 2007).

4. LA RESPUESTA PSICOFISIOLÓGICA

Además de las respuestas de tipo emocional y psicológico, el estrés supone un conjunto de respuestas fisiológicas características.

Crespo y Labrador (2010) caracterizan las respuestas fisiológicas por un aumento general de la activación del organismo que le prepara para afrontar las demandas que se le presentan. Generalmente dicha respuesta implica por un lado una disminución de las actividades relacionadas con demandas o funciones a

medio o largo plazo y por otro lado una movilización general y masiva de recursos para reaccionar y afrontar rápida y eficazmente la demanda inmediata.

4.1. EL CONCEPTO DE ALOSTASIS

El concepto original de homeostasis propuesto por Cannon (1932) es clave para entender las primeras teorías formuladas sobre la respuesta de estrés. Sin embargo, la teoría de la homeostasis se ha ido modificando hacia el concepto de la alostasis (Sterling, 2003).

La concepción original de homeostasis se basaba en dos ideas: 1) sólo existe un nivel, número o cantidad óptimo en el cuerpo para cualquier situación. Pero esto puede no ser cierto, probablemente la presión sanguínea ideal no va a ser la misma cuando uno está en reposo que cuando practica un deporte, lo que es ideal en condiciones basales es diferente en un estado de estrés; 2) se llega al punto ideal por medio de algún mecanismo regulador local, mientras que la alostasis admite que cualquier punto determinado se puede regular de un millón de formas diferentes, cada una con sus propias consecuencias. La alostasis consiste en que el cerebro coordina diversos cambios en el volumen corporal, lo que a menudo incluye cambios en el comportamiento. Pero el cuerpo no lleva a cabo toda esta complejidad reguladora sólo para corregir algún punto determinado que ha dejado de funcionar, también puede realizar cambios alostáticos anticipándose al probable fallo de un punto concreto (Sapolsky, 2011).

4.2. LA ADAPTACIÓN DEL CUERPO ANTE EL ESTRÉS

Con independencia del tipo de agente estresante, se activa la misma respuesta de estrés. Sapolsky (2011) define un agente estresante como todo aquello que rompe el equilibrio alostático de nuestro cuerpo y la respuesta de estrés, con la secreción e inhibición de ciertas hormonas o la activación del sistema nervioso, como el

intento que nuestro cuerpo efectúa para restablecer la homeostasis. Así mismo, este autor describe una serie de cambios que el cuerpo humano realiza durante la respuesta de estrés y que giran en torno al hecho de que nuestros músculos van a tener que ponerse a trabajar en exceso y por tanto van a necesitar energía de manera inmediata:

- La respuesta de estrés moviliza rápidamente la energía desde los sitios en que se halla almacenada y evita que se siga almacenando. La glucosa y las formas más simples de proteínas y grasas salen de las células, el hígado o los músculos para concentrarse en los músculos que necesitan un aporte extra de energía.
- Si el cuerpo moviliza la glucosa, tiene que llevarla a los músculos críticos con la mayor rapidez posible. Como consecuencia se incrementa el ritmo cardíaco, la presión sanguínea y el ritmo respiratorio para transportar los nutrientes y el oxígeno a mayor velocidad.
- Ante una emergencia es lógico que el cuerpo paralice los proyectos de construcción a largo plazo. Se paraliza la digestión, no hay tiempo de aprovechar los beneficios energéticos de este lento proceso, se inhibe el crecimiento y se reduce la actividad reproductora. El impulso sexual disminuye en ambos sexos, las hembras tienen menores posibilidades de ovular o de llevar los embarazos a buen término y los machos comienzan a tener problemas con la erección y segregan menos testosterona. También se inhibe la inmunidad del organismo, el sistema inmunitario, que nos defiende de infecciones y enfermedades, es ideal para producir suficientes anticuerpos como para protegernos en unas semanas pero innecesario en este mismo instante.
- Otro rasgo de la respuesta de estrés se manifiesta en los casos de dolor físico extremo. Cuando el estrés dura lo suficiente la percepción del dolor se embotada.

- Por último, durante el estrés se modifican las habilidades cognitivas y sensoriales, de repente mejoran ciertos aspectos de la memoria, sobre todo los recuerdos sobre situaciones similares ya vividas y algunos sentidos se agudizan.

4.3. EL ESTRÉS Y EL SISTEMA NERVIOSO AUTÓNOMO

Como expone Sapolsky (2011), la forma principal en que el cerebro ordena al resto del cuerpo lo que tiene que hacer consiste en enviar mensajes a través de los nervios. Una de las dimensiones de este sistema de comunicación, el sistema nervioso voluntario, es consciente. La otra rama del sistema nervioso se proyecta a los órganos y a los músculos y transmite mensajes relativamente involuntarios y automáticos, por eso se denomina sistema nervioso autónomo y está muy relacionado con las respuestas de estrés, la mitad del sistema se activa en respuesta al estrés y la otra mitad se inhibe.

La mitad del sistema nervioso autónomo que se activa se denomina sistema nervioso simpático. Las proyecciones simpáticas, que se originan en el cerebro, salen por la columna vertebral y se ramifican por casi todos los órganos, vasos sanguíneos y glándulas sudoríparas del organismo. El sistema nervioso simpático se pone en marcha cuando hay una emergencia o se cree que la hay. La ruta neurológica que representa el sistema nervioso simpático es un primer medio para que el cerebro ponga en marcha olas de actividad en respuesta a un factor estresante. Hay además otro modo de hacerlo, mediante la secreción de las hormonas adrenalina y noradrenalina (epinefrina y norepinefrina en términos norteamericanos). La adrenalina se libera en las glándulas suprarrenales y se segrega al torrente sanguíneo. El resto de las terminaciones nerviosas simpáticas de todo el cuerpo segregan noradrenalina, que desempeña la función de neurotransmisor comunicando terminaciones nerviosas de células próximas.

Ambas sustancias son mensajeros químicos que ponen en marcha diversos órganos en cuestión de segundos.

La otra mitad del sistema nervioso autónomo desempeña una función opuesta, se trata del sistema nervioso parasimpático, que media en las actividades tranquilas y vegetativas, provoca el crecimiento, el almacenamiento de energía y otros procesos positivos.

Las proyecciones simpáticas y parasimpáticas del cerebro siguen su camino hasta un órgano determinado donde al activarse producen resultados opuestos.

4.4. LAS HORMONAS DEL ESTRÉS

Continuando con Sapolsky (2011), cuando el cerebro, como glándula maestra, experimenta o piensa en algo estresante activa los componentes de la respuesta de estrés a través de la vía hormonal. Ciertas conexiones entre el hipotálamo, la pituitaria y las glándulas periféricas se activan durante el estrés pero otras se inhiben. El hipotálamo contiene un enorme grupo de hormonas liberadoras e inhibitoras que dan instrucciones a la pituitaria, que a su vez regula las secreciones de las glándulas periféricas. En unos casos a través de la acción de una sola hormona liberadora y en otros casos a través de dos hormonas cerebrales, una liberadora y otra inhibidora, que actúan de forma coordinada. De hecho, las glándulas suprarrenales sólo liberan su correspondiente hormona si la pituitaria segrega otra hormona que activa dicha glándula.

La otra clase de hormonas vitales en la respuesta de estrés son los glucocorticoides, también segregados por las glándulas suprarrenales y que a veces actúan de forma similar a la adrenalina. Los glucocorticoides son hormonas esteroides, que es el término empleado para describir la estructura química general de cinco clases de hormonas: los andrógenos, los estrógenos, la progesterona, los mineralocorticoides y los glucocorticoides. Si la adrenalina actúa

en cuestión de segundos, los glucocorticoides prolongan su actividad durante minutos u horas.

Cuando sucede algo estresante o se tiene un pensamiento de este tipo, el hipotálamo segrega en el sistema circulatorio del hipotálamo y la pituitaria una hormona fundamental de iniciación, el factor liberador de corticotropina (CRF). En aproximadamente quince segundos, el CRF activa la pituitaria para que libera la hormona adenocorticotropina (ACTH). Una vez en el corriente sanguíneo, la ACTH llega a las glándulas suprarrenales y en unos minutos activa la liberación de glucocorticoides. Los glucocorticoides unidos a las secreciones de adrenalina y noradrenalina del sistema nervioso simpático explican buena parte de lo que sucede en el cuerpo durante el estrés.

Así mismo, en momentos de estrés el páncreas se estimula para que segregue una hormona llamada glucagón. Los glucocorticoides, el glucagón y el sistema nervioso simpático elevan el nivel de glucosa en circulación, esencial para movilizar la energía durante el estrés.

Se activan también otras hormonas. La pituitaria segrega prolactina, que entre otras cosas desempeña la función de inhibir la actividad reproductora durante el estrés. La pituitaria y el cerebro segregan también un tipo de sustancias endógenas, similares a la morfina, denominadas endorfinas y encefalinas, que sirven para anular la percepción del dolor. Por último, la pituitaria segrega además vasopresina, también denominada hormona antidiurética, que interviene en la respuesta cardiovascular del estrés.

Por otro lado, se inhibe la secreción de las hormonas reproductoras: estrógenos, progesterona y testosterona; de hormonas asociadas al crecimiento y de insulina.

Actualmente no existe duda sobre la idea de que posiblemente no existe una sola hormona que no se vea modificada ante el estrés (Sandín, 2009).

4.5. MODELOS EXPLICATIVOS DE LA RESPUESTA FISIOLÓGICA

A medida que la ciencia de la medicina ha ido avanzando, también lo ha hecho nuestro conocimiento sobre los mecanismos implicados en los cambios fisiológicos que se producen en nuestro cuerpo durante la respuesta de estrés.

Los trabajos de Everly (1989) pusieron de manifiesto la existencia de mecanismos neurales y endocrinos específicos implicados en la respuesta al estrés. Así, Everly considera la actuación de tres ejes diferentes: neural, neuroendocrino y endocrino. Basándose en esta diferenciación, otros autores (Crespo y Labrador, 2010; Buceta et al. 2001) han estudiado las principales respuestas y los cambios fisiológicos que se producen en cada eje.

- **Eje neural:** Se activa de manera inmediata, en tan sólo unos segundos, e implica la activación del Sistema Nervioso Autónomo (SNA) fundamentalmente en su rama simpática y del Sistema Nervioso Somático (SNS). La activación de la rama simpática del SNA, a través de la innervación del corazón, los músculos lisos y las glándulas, prepara al organismo para una acción motora inmediata e intensa. Por su parte, el SNS actúa incrementando la tensión de los músculos estriados necesarios para actuar ante el estresor. Su actuación no suele provocar trastornos psicofisiológicos pues el Sistema Nervioso Simpático no puede estar enviando señales de forma continuada mucho tiempo. Sólo en ocasiones excepcionales una activación simpática inicial excesivamente intensa, junto con el estado precario de alguno de los órganos, podría producir algún trastorno como un infarto de miocardio u otra alteración vascular. Esta activación se irá reduciendo en unos minutos si la situación estresante desaparece. Pero si ésta se mantiene, pasará a activarse el segundo eje.

Los principales efectos son: dilatación pupilar, secreción salivar escasa y espesa, sudoración copiosa, aumento de la tasa cardíaca, aumento de la

contractibilidad del corazón, aumento de la rapidez del impulso cardíaco en el corazón, vasoconstricción de los vasos cerebrales y de la piel, vasodilatación de los vasos de los músculos, dilatación de los bronquios, glucogénesis en el hígado, contracción del bazo, disminución de la excreción de orina, inhibición de la vejiga urinaria, excitación del esfínter, inhibición de la digestión, disminución de la peristalsis y tono gastrointestinal, piloerección, inhibición del deseo sexual y aumento del metabolismo basal.

- **Eje neuroendocrino:** Es más lento en su activación y puede mantenerse durante mucho más tiempo. Necesita unas condiciones de estrés más mantenidas. Implica la activación de la médula de las glándulas suprarrenales con la consiguiente secreción de catecolaminas (adrenalina y noradrenalina). Lo que ayuda a aumentar y mantener la actividad adrenérgica, produciendo efectos similares a los producidos por la activación simpática, si bien con un efecto más lento y duradero. Su activación tiene un valor para la supervivencia importante, ya que prepara al organismo para una intensa actividad corporal que le permita responder a las demandas externas. Por lo tanto, parece que se dispara especialmente cuando la persona considera que puede hacer algo activo para afrontar la situación, bien haciéndole frente o escapando de ella. También prepara al organismo para una posible lesión en el enfrentamiento.

Los principales efectos son: aumento de la presión arterial, aumento del aporte sanguíneo al cerebro, aumento de la tasa cardíaca, aumento de la estimulación de los músculos estriados, aumento de los ácidos grasos, triglicéridos y colesterol en sangre, aumento de la secreción de opiáceos endógenos y disminución del riego sanguíneo a los riñones, al sistema gastrointestinal y a la piel.

- **Eje endocrino:** El disparo de este tercer eje, más lento que los anteriores y de efectos más duraderos, necesita que la situación de estrés se prolongue aún más. Al contrario que el eje neuroendocrino, este eje parece dispararse selectivamente cuando la persona no dispone de estrategias de afrontamiento, es decir, cuando solamente le queda resistir o soportar pasivamente la situación. Sus efectos tienen que ver con patologías o trastornos de corte predominantemente psicológico como la ansiedad o la depresión. Puede dividirse en cuatro subejos. El primero y más importante es el eje adrenal-hipofisario, que supone la secreción desde la hipófisis anterior de la hormona adrenocorticotropina (ACTH) que llega hasta la corteza suprarrenal provocando la liberación de glucocorticoides (cortisol y corticosterona), así como mineralcorticoides (aldosterona y desoxicorticosterona).

Los principales efectos son: aumento de la producción de glucosa (glucogénesis), aumento de la irritación gástrica, aumento de la producción de urea, aumento de la liberación de ácidos grasos libres en sangre, supresión de los mecanismos inmunológicos, aumento de la producción de cuerpos cetónicos, exacerbación de herpes simple, supresión del apetito, desarrollo de sentimientos asociados a depresión, indefensión, desesperanza de control, interferencia en la fabricación de proteínas, pérdida de fosfatos y calcio en el riñón, aumento de azúcar en sangre, bloqueo de respuestas inflamatorias, retención de líquidos, aumento de depósitos de glucógeno en el hígado y disminución de eosinófilos en circulación.

5. RELACIÓN ENTRE ESTRÉS Y SALUD

La respuesta de estrés en sí misma no es nociva, se trata de una reacción adaptativa, sin embargo, cuando esta reacción aparece de forma muy frecuente,

intensa o duradera, puede producir un desgaste de los recursos y puede llevar a la aparición de problemas denominados de manera genérica patologías asociadas al estrés. Estas patologías pueden surgir cuando (Crespo y Labrador, 2010):

- La persona se expone a gran número de situaciones amenazantes o a situaciones anormalmente intensas o duraderas que implican novedad, incertidumbre, ambigüedad...
- La persona hace interpretaciones erróneas acerca de las situaciones a las que se enfrenta, identificando como amenazantes situaciones que no lo son, otorgando un grado de amenaza desproporcionado a la situación o considerando que no posee estrategias para hacer frente a dicha situación.
- La persona se activa fisiológicamente cuando la situación requiere una respuesta física poco intensa. Esto es algo muy frecuente en las sociedades modernas y supone que gran parte de los recursos movilizados no se utilizan, con el peligro de que estos productos no utilizados se acumulen en determinadas zonas del organismo. La respuesta de estrés es muy adecuada para situaciones de estrés agudo, pero sirve para poco en situaciones de estrés crónico.

En opinión de Sapolsky (2011), un cambio decisivo en la medicina ha sido el reconocimiento de que muchas de las enfermedades de acumulación lenta pueden estar causadas o agravarse por el estrés. Si todos los días se viven como si fueran una emergencia, hay que pagar un precio. Es decir, si se pone en marcha la energía de forma continua a costa de su almacenamiento, desactivando los proyectos a largo plazo, nunca se dispone de reservas y nunca se repara nada, con lo que uno se cansa con mayor rapidez y aumenta el riesgo de desarrollar algún tipo de enfermedad. Por otro lado, la respuesta de estrés es necesaria frente a una emergencia física. Sin embargo, los agentes estresantes, aunque sean de naturaleza masiva, repetitiva o crónica, no llevan de forma automática a la enfermedad, sino que aumentan el riesgo de enfermar. Al establecer pasos

intermedios entre el estrés y el hecho de enfermar se pueden explicar mejor las diferencias individuales.

A esto tendríamos que añadir los aspectos relacionados con las conductas asociadas a la salud. El estrés puede influir sobre la salud también de una forma más indirecta, en concreto a través de la elicitación o mantenimiento de conductas no saludables. El vivir bajo situaciones estresantes suele asociarse a una reducción de conductas de salud y a un incremento de conductas nocivas para ésta. Por ejemplo, algunas personas incrementan el consumo de tabaco, alcohol y otras drogas o conducen el automóvil de forma más arriesgada. No obstante, este tipo de comportamientos podrían conceptuarse como estrategias de afrontamiento nocivas, ya que son medidas que toma el individuo para reducir el estrés (Sandín, 2009).

5.1. LA TEORÍA DE DIÁTESIS - ESTRÉS

La influencia del estrés sobre la salud mental es un hecho ampliamente reconocido, algunos modelos incluso lo señalan como el causante principal de la psicopatología (Brown y Harris, 1989; citado por Ingram y Luxton, 2005). Estos modelos sugieren que cualquier suceso estresante suficientemente traumático podría precipitar un trastorno sin importar las características psicológicas o biológicas previas. Sin embargo, estos modelos, que enfatizan al estrés como causa primaria, tienen gran dificultad para explicar los datos que muestran que una situación de estrés extremo no conduce necesariamente al desarrollo de una patología en todas las personas (Monroe y Hadjiyannakis, 2002). Este hecho ha llevado al reconocimiento de los factores de vulnerabilidad como componentes fundamentales que predispondrían al desarrollo de distintos trastornos ante situaciones de estrés.

El término diátesis se podría intercambiar por el de vulnerabilidad, conceptualizado como un factor o grupo de factores que predisponen a padecer

una enfermedad o trastorno. Aunque los primeros modelos sugerían que estos factores de predisposición los constituían variables puramente genéticas o biológicas, los factores psicológicos también se han incluido como elementos de vulnerabilidad (Monroe y Simons, 1991).

En opinión de Ingram y Luxton (2005) la inclusión de factores psicológicos modifica la idea de que la vulnerabilidad sea algo permanente y que no puede ser cambiado. Dado que la mayoría de aproximaciones psicológicas asumen que los aprendizajes disfuncionales están en la base de la vulnerabilidad, el grado de ésta podría variar en función de las experiencias de aprendizaje, lo que precisamente es la base de las terapias psicológicas.

La teoría de diátesis - estrés examina la relación entre los constructos de vulnerabilidad y de estrés, y cómo los efectos de esta dinámica influyen sobre el individuo y sobre la génesis de la enfermedad (Martorell, 2011). Aunque conceptualmente ambos pueden considerarse aisladamente, su poder para explicar los procesos que llevan al desarrollo de un trastorno es limitado. Por esta razón, la mayoría de los modelos actuales combinan ambos conceptos.

Audy (1971, citado por Ingram y Luxton, 2005) sugirió que la preservación de la salud requiere el mantenimiento del equilibrio dinámico contra las amenazas que proceden de factores químicos, físicos, infecciosos, psicológicos y sociales. El trastorno ocurre cuando el equilibrio se rompe por la incapacidad para mantener la homeostasis. Los factores de vulnerabilidad influyen en la facilidad y la frecuencia con la que dichos factores comprometen la homeostasis, por lo tanto, estos factores determinan la probabilidad de que aparezca un trastorno.

De acuerdo con Monroe y Hadjiyannakis (2002), la mayoría de los modelos de diátesis - estrés sugieren que todas las personas tienen algún grado de predisposición o diátesis para algún trastorno mental. Sin embargo, cada individuo tiene su propio punto o umbral a partir del cual podría desarrollar dicho

trastorno. Este punto depende de la interacción entre el grado de vulnerabilidad existente y el nivel de estrés que experimente.

Ingram y Luxton (2005) exponen una serie de principios y modelos explicativos de la teoría de diátesis - estrés. Estos modelos no difieren en su estructura básica y comparten unos principios comunes, aunque se diferencien en el énfasis que cada autor otorga a cada componente:

- **Principio sumativo.** Que un trastorno aparezca depende de la combinación entre los efectos del estrés y la carga de diátesis. El principio sumativo presupone que la diátesis y el estrés se suman juntos para producir el trastorno.
- **Principio ipsativo.** Según este principio, existe una relación inversa entre factores, es decir, cuanto más esté presente un factor, menos se necesitará del otro factor para desarrollar un trastorno. De esta manera, la diátesis y el estrés se suman para causar la patología y cualquiera que sea la suma su relación es inversa.
- **Modelo interactivo de vulnerabilidad dicotómica.** La vulnerabilidad dicotómica sugiere que una persona puede ser o no ser vulnerable. Si no tiene vulnerabilidad alguna entonces el estrés no tendrá ningún efecto sobre ella, incluso si se tratase de un evento altamente estresante. Por otro lado, si la vulnerabilidad existe la manifestación del trastorno dependerá del grado de estrés. Por lo tanto, a medida que el estrés aumenta también lo hace la probabilidad de desarrollar un trastorno, siempre y cuando exista una vulnerabilidad. Un ejemplo de este modelo es la teoría del trastorno por estrés postraumático de McKeever y Huff (2003). Estos autores sugieren dos tipos de diátesis/vulnerabilidad. El primer tipo consiste en variables de tipo ecológico y gira en torno a factores como el abuso infantil o las distorsiones cognitivas. El otro tipo es biológico e incluye variables como la desregulación neurofisiológica.

Las personas con alto grado de estos factores de vulnerabilidad o diátesis no necesitan experimentar grandes dosis de estrés para alcanzar el umbral y desarrollar síntomas del trastorno por estrés postraumático. Por el contrario, las personas no vulnerables no presentarán síntomas de estrés postraumático aunque experimenten situaciones altamente traumáticas.

- **Modelo del continuo riesgo - resiliencia.** La resiliencia se puede interpretar como los factores protectores ante los efectos del estrés, como por ejemplo algunos rasgos de personalidad, las habilidades sociales o las respuestas de afrontamiento. En este modelo la resiliencia y el riesgo representarían los extremos del continuo de la vulnerabilidad. En el extremo de mayor vulnerabilidad los estresores menores de la vida diaria podrían desencadenar un trastorno. En el extremo de la resiliencia sería necesario tener que afrontar grandes cantidades de estrés antes de que el trastorno apareciera.
- **El modelo Kindling o de encendido.** Este modelo sugiere que los episodios repetidos de un determinado trastorno causan cambios neuronales que generan una mayor sensibilidad al estrés. Con mayor sensibilidad es necesario menos estrés para activar los procesos que llevan a un trastorno. De acuerdo con este modelo, habría un punto en el que la diátesis cambia y se fortalece de tal forma que es necesario que la persona experimente menos estrés para activar los factores de vulnerabilidad.

Ingram y Luxton (2005) presentan la relación entre la diátesis y el estrés como algo dinámico y complejo, donde la vulnerabilidad no permanecería simplemente latente y a la espera de ser activada por el estrés, sino que también influiría tanto en la carga de estrés como en la manera en que la persona afronta la vida y los estresores a los que se ve expuesto. De este modo, las personas vulnerables jugarían un papel activo en crear sus propios estresores que a su vez

podrían activar la diátesis y precipitar un trastorno. Por ejemplo, una persona en las primeras fases de una esquizofrenia presentará conductas y dificultades de socialización como consecuencia de su vulnerabilidad. Estos síntomas le van a generar más tensión de la habitual en sus relaciones interpersonales y esta tensión interpersonal adicional, directamente influenciada por la diátesis, va a agravar la carga de estrés incidiendo de nuevo en la potenciación de la vulnerabilidad y pudiendo llegar a desencadenar un episodio completo de esquizofrenia. Por otro lado, muchos estresores son resultado de la propia acción del individuo, por ejemplo, las personas de baja autoestima y que dudan constantemente sobre su rendimiento necesitan preguntar más a los demás sobre su ejecución, lo que puede llegar a incomodar al resto y provocar rechazo en los demás precipitando un episodio depresivo.

6. RESUMEN DEL CAPÍTULO

Se ha comenzado este capítulo describiendo las situaciones o demandas que pueden tener el potencial suficiente para provocar estrés. Estas condiciones, conocidas como estresores, implican situaciones de cambio, incertidumbre o amenaza en aspectos significativos para la vida de la persona y conllevan la necesidad de realizar un sobreesfuerzo, bien sea para manejar la situación y volver al estado previo o para tratar de adaptarse a las nuevas condiciones. Del mismo modo, también se debe considerar la influencia de factores ambientales aversivos como el exceso de ruido, la contaminación o el hacinamiento, así como las situaciones de privación de necesidades fisiológicas básicas como la falta de alimento o de descanso. Una división frecuente de las fuentes de estrés es la que distingue entre acontecimientos o sucesos vitales estresantes, donde se incluirían eventos de carácter extraordinario y extremadamente traumático, y los acontecimientos de la vida diaria, sucesos cotidianos cuya acumulación puede también llegar a ser una fuente importante de estrés.

Pero la presencia de situaciones potencialmente estresantes no implica necesariamente la aparición de estrés. Existen numerosas variables de tipo disposicional o personal que han demostrado tener la capacidad para modular tanto la intensidad como la presentación de la respuesta de estrés. Son estas variables las que pueden explicar las diferencias individuales en las reacciones de estrés. Se trata de variables como los rasgos de personalidad, los estilos de afrontamiento, el tipo particular de respuesta fisiológica, los hábitos comportamentales o la percepción y la valoración que cada individuo hace tanto de la situación como de sus propios recursos para hacerla frente, destacando factores como la sensación de control o la percepción del apoyo social del que se dispone.

Sandín (2009) define el afrontamiento como los esfuerzos cognitivos o conductuales para manejar las demandas externas o internas generadoras de estrés, así como la sensación emocional desagradable que le acompaña. Se puede entender el concepto de afrontamiento desde dos aproximaciones teóricas, una que lo define como un estilo, es decir, como una característica del individuo que permanece estable a lo largo del tiempo con independencia del tipo de situación y otra que lo conceptualiza como un proceso basado en las estrategias de afrontamiento utilizadas y que van a cambiar en función de la situación desencadenante. Sin embargo, ambas concepciones pueden ser complementarias, siendo los estilos de afrontamiento formas estables o consistentes de afrontar el estrés, mientras que las estrategias de afrontamiento serían acciones y comportamientos más específicos de la situación.

De acuerdo con Lazarus (2000), el afrontamiento tendría dos funciones fundamentales, la primera estaría centrada en el problema y trataría de alterar o manejar la fuente generadora de estrés, la segunda función se focalizaría en la emoción, es decir, se centraría en el manejo de la respuesta emocional desagradable producida por la situación estresante.

La mayoría de los instrumentos y escalas para evaluar las estrategias de afrontamiento derivan de la teoría y los trabajos del grupo de Lazarus y Folkman. Generalmente, se trata de pruebas en las que tras describir un acontecimiento de carácter estresante, se califica según una escala dicotómica o tipo likert elementos referidos a las acciones realizadas para afrontar la situación.

Además de las variables de tipo ambiental y psicológico, el estrés supone un conjunto de respuestas fisiológicas. Estas respuestas se caracterizan por un aumento general de la activación del organismo para afrontar las demandas que se presentan y normalmente supone una inhibición de los procesos fisiológicos a medio y largo plazo, a fin de priorizar la movilización de los recursos necesarios para dar una respuesta de manera rápida e intensa.

El cuerpo humano dispone de distintos mecanismos para poner en marcha los cambios fisiológicos necesarios para responder ante una situación de emergencia. Los más inmediatos se activan mediante la rama simpática del Sistema Nervioso Autónomo preparando al organismo para una acción motora inmediata e intensa a través de la inervación directa de distintos órganos. Esta respuesta fisiológica no suele provocar trastornos. Si la situación de estrés continúa, se activa la respuesta neuroendocrina, que consiste en la secreción de las hormonas adrenalina y noradrenalina, que producen unos efectos similares a los provocados por la activación simpática, pero con un efecto más lento y duradero. Cuando la situación de estrés se mantiene en el tiempo, el cerebro activa componentes de respuesta al estrés a través de la vía hormonal. Este sistema se activa mediante las conexiones que existen entre el hipotálamo, la hipófisis o glándula pituitaria y las glándulas periféricas. Este último sistema de respuesta es más lento que los anteriores, pero tiene unos efectos más duraderos y que están relacionados con la aparición y mantenimiento de distintas patologías o trastornos.

Actualmente, la relación entre estrés y salud es un hecho ampliamente reconocido. Cuando se activa la respuesta de estrés de manera frecuente, intensa o

duradera, corremos el riesgo de que aparezcan problemas relacionados con el estrés. Desactivar proyectos fisiológicos necesarios a largo plazo y poner en funcionamiento grandes cantidades de energía de forma continúa aumenta el riesgo de desarrollar algún tipo de enfermedad, más aún cuando en la sociedad occidental actual la mayoría de las situaciones de estrés no precisan de una respuesta física intensa. Por otro lado, ante periodos de estrés muchas personas incrementan conductas nocivas para la salud, como el consumo de drogas, a modo de estrategias de afrontamiento para reducir la experiencia desagradable del estrés.

Una aproximación que trata de explicar la relación existente entre estrés y enfermedad es la teoría de diátesis - estrés. Este modelo reconoce los factores de vulnerabilidad como componentes fundamentales que predispondrían al desarrollo de distintos trastornos ante situaciones de estrés, incluyendo como factores de predisposición tanto variables genéticas o biológicas como factores psicológicos. De acuerdo con algunos autores como Monroe y Hadjiyannakis, todas las personas tendrían algún grado de predisposición, vulnerabilidad o diátesis a desarrollar algún trastorno, existiendo en cada caso un umbral diferente a partir del cual se podría desencadenar dicho trastorno. Este punto va a depender de la particular relación entre el grado de vulnerabilidad y el nivel de estrés experimentado, de esta forma, a mayor vulnerabilidad menor es el nivel de estrés necesario para desarrollar un trastorno y viceversa.

CAPÍTULO 3
DISCAPACIDAD INTELECTUAL
Y ESTRÉS

Durante las últimas décadas, los avances en el campo de la Discapacidad Intelectual (DI) se han sucedido con gran rapidez, esto obliga a tener que replantear la concepción de la misma para generar conocimientos nuevos y actualizados que permitan mejorar la vida de las personas con esas características (Verdugo, Schalock, Thompson y Guillen, 2013). Así, el constructo de DI ha ido evolucionado enfatizando una perspectiva ecológica centrada en la interacción de la persona con su entorno, a la vez que destaca cómo la aplicación sistemática de apoyos individualizados puede mejorar el funcionamiento humano (Schalock, 2009). Esta evolución ha contribuido a una mejor comprensión de la DI, lo que ha traído consigo nuevos y mejores enfoques para el diagnóstico, la clasificación y la provisión de apoyos y servicios (Luckasson et al., 2002; Schalock et al., 2010).

Sin embargo, a pesar de estos avances en la concepción y clasificación de la DI, todavía quedan muchos aspectos de la misma que necesitan de una mayor investigación y reflexión que conduzca al desarrollo de nuevos marcos teóricos

que sirvan de base para mejorar los apoyos proporcionados a este colectivo. El presente estudio pretende aportar una nueva visión sobre los constructos de habilidades intelectuales y conducta adaptativa al considerar la relación entre ambos a través de la teoría del estrés. Como se ha señalado en los capítulos anteriores, el estrés surge cuando aparece un evento que atenta contra el equilibrio interno de la persona provocando una necesidad de reajuste o adaptación ante la nueva situación. En este proceso va a tener una especial relevancia la valoración que se haga tanto de lo que está ocurriendo, como de los recursos propios para hacerle frente. De esta forma, las limitaciones en las habilidades intelectuales podrían ser una importante variable moduladora del estrés en dos aspectos, primero al comprometer la valoración inicial de la situación debido a las mayores dificultades para comprender el entorno y en segundo lugar, y no menos importante, por el desajuste que se produce al experimentar las demandas como algo que excede las también reducidas competencias personales que limitan la conducta adaptativa.

El presente capítulo se comienza revisando la definición de discapacidad intelectual y su evolución conceptual a lo largo de los años hasta llegar al momento actual. Para ello nos basaremos en la undécima edición del manual sobre DI de la Asociación Americana de Discapacidades Intelectuales y del Desarrollo (AAIDD) (Schalock et al., 2010), entidad que constituye un referente mundial en el estudio del colectivo de personas que agrupamos bajo la denominación de DI, y de las revisiones realizadas por otros autores (Aguado, 1995; García-Alonso, 2001; Medina-Gómez, 2010).

En este primer apartado también se explica brevemente el marco conceptual del funcionamiento humano en el que se basa el enfoque multidimensional de la DI. Este modelo describe como la presencia de DI implica la interacción dinámica y recíproca entre habilidad intelectual, conducta adaptativa, salud, participación, contexto y apoyos individualizados.

En el segundo epígrafe se analizan los tres criterios que aparecen en la definición y que deben cumplirse para establecer el diagnóstico de DI: limitaciones en el funcionamiento intelectual, limitaciones significativas en la conducta adaptativa y una edad de inicio anterior a los 18 años.

El siguiente apartado se centra en el estudio de los factores de riesgo que pueden contribuir a la aparición de la DI. Conocer la etiología que conduce al desarrollo de una DI es importante a la hora de comprender las limitaciones que la discapacidad ocasiona en cada caso y así poder establecer los apoyos individuales necesarios.

En el cuarto punto se expone la clasificación de la DI que propone la Asociación Americana de Psiquiatría en la última edición del DSM-5 (APA, 2013). Este manual categoriza la DI en función de la gravedad de la discapacidad en leve, moderada, grave y profunda. Se considera importante incorporar la visión de este sistema clasificatorio de la DI dado que su uso está muy extendido entre los profesionales que trabajaban y atienden a personas con ésta discapacidad y a menudo es utilizado como elemento diferenciador en la prestación de servicios y apoyos. En este capítulo se recoge una breve descripción de las características más significativas que presentan los individuos de cada una de estas categorías (leve, moderada, grave y profunda).

En el último apartado del capítulo se resumen los resultados de distintas investigaciones sobre la incidencia y riesgos de presentar algún problema de salud mental de las personas con DI. Se constata la mayor incidencia tanto de enfermedad mental como de trastornos de conducta en el colectivo de personas con DI. Además, se especifican los factores biológicos, psicológicos y ambientales o socioculturales cuya interacción influye en el desarrollo de un problema de salud mental. Para finalizar exponiendo como impacta el estrés en las personas con DI, que a la luz de diversos estudios, podrían tener un riesgo mayor de padecer sus consecuencias negativas y disponer de menos recursos para afrontarlo.

1. DEFINICIÓN DE DISCAPACIDAD INTELECTUAL

Como expone Schalock (2009), el concepto de discapacidad intelectual ha ido evolucionando en los últimos tiempos. Hasta finales del siglo pasado se consideraba una característica o rasgo centrado exclusivamente en la persona designado con frecuencia como un déficit, pero en la actualidad se considera un fenómeno humano con su génesis en múltiples factores sociales y/o orgánicos. Estos factores sociales y orgánicos dan lugar a dificultades funcionales que reflejan una incapacidad o limitación tanto en el funcionamiento personal como en el desempeño de roles y tareas que se esperan de una persona en un contexto social (DePloy y Gilson, 2004; Hahn y Hegamin, 2001). Por lo tanto, la importancia de este cambio radica en considerar que la DI ya no es únicamente un rasgo absoluto y fijo de la persona, sino que el constructo socioecológico de DI ejemplifica la interacción entre la persona y su ambiente, centrándose en el rol que los apoyos individualizados pueden desempeñar en la mejora del funcionamiento humano (Luckasson et al., 2002; Schalock et al., 2010; Verdugo, 2003).

1.1. APROXIMACIONES HISTÓRICAS

De manera resumida, existen cuatro aproximaciones generales a la definición del constructo de DI propuestas por la AAIDD (Schalock et al., 2010). Estas aproximaciones constituyen diferentes formas con las que la sociedad ha afrontado a lo largo de su historia el hecho de la discapacidad, y aunque se podría decir que cada enfoque corresponde con un periodo histórico determinado, la realidad es que estas concepciones y planteamientos a menudo se encuentran superpuestas en distintas épocas. Para ampliar información se puede consultar las revisiones llevadas a cabo por Aguado (1995), García-Alonso (2001) y Medina-Gómez (2010).

1.1.1. Enfoque social

Tradicionalmente, se definía o identificaba a las personas con DI debido a su fracaso para adaptarse socialmente a su ambiente. Hasta más adelante no se empezaría a dar énfasis a la inteligencia y al papel de las personas inteligentes en la sociedad. Por tanto, la aproximación histórica más antigua estuvo centrada en el comportamiento social y en el prototipo de conducta natural (Goodey, 2006; Greenspan, 2006a; Greenspan, 2006b).

1.1.2. Enfoque clínico

Con el avance de la medicina, el centro de la definición cambió al de un síndrome clínico con síntomas complejos. Aunque esta aproximación no negaba el criterio social, la concepción de la discapacidad fue moviéndose progresivamente hacia un modelo más médico, lo que incrementó el rol relativo de lo orgánico, la herencia y lo patológico, y resultó en una llamada a la segregación de las personas con DI (De Kraai, 2002; Devlieger, Rusch y Pfeiffer, 2003).

1.1.3. Enfoque intelectual

Con el enfoque de la inteligencia como constructo viable y el auge del movimiento de los test mentales, este enfoque supuso un cambio en el énfasis hacia el funcionamiento intelectual tal y como se mide con un test de inteligencia y queda reflejado en una puntuación de Coeficiente Intelectual (CI). Este énfasis produjo la aparición de normas estadísticas basadas en el CI como una forma tanto de definir al grupo de personas con DI como de clasificar a las personas en él incluidas (Devlieger et al., 2003). Si bien esta idea no es del todo errónea, es parcial y confusa, porque no es el único criterio, ni posiblemente el más importante que define la DI, además el CI es un dato muy impreciso, relativo y conceptualmente discutible (Artigas-Pallares, 2011).

1.1.4. Enfoque socioecológico o de doble criterio

La principal novedad del enfoque socioecológico o de doble criterio está en la introducción del constructo de conducta adaptativa junto al de funcionamiento intelectual para definir la discapacidad intelectual, de esta forma, se considera a la persona con esta discapacidad en términos de: expresión de limitaciones en el funcionamiento individual dentro de un contexto social; comprensión de la persona con DI a partir de factores orgánicos y sociales; entendimiento que estos factores orgánicos y sociales causan limitaciones funcionales que se manifiestan a partir de las dificultades en habilidades o restricciones en el funcionamiento personal, así como en el desempeño de roles y tareas esperadas para una persona en un ambiente social (Verdugo et al., 2013).

El primer intento formal de utilización sistemática conjunta del funcionamiento intelectual y la conducta adaptativa para definir DI puede verse en el manual de la Asociación Americana de Deficiencia Mental (AAMD) de 1959, en el que, el entonces denominado retraso mental, se definía como un funcionamiento intelectual general por debajo de la media con origen en el periodo de desarrollo y asociado con deficiencias madurativas, de aprendizaje y de adaptación social (Herber, 1959). En el manual de la AAMD de 1961, la maduración, el aprendizaje y la adaptación social se unieron en el término nuevo, único y en parte indeterminado, de conducta adaptativa, que se ha utilizado en todos los manuales posteriores de la que hoy conocemos como Asociación Americana de Discapacidades Intelectuales y del Desarrollo (AAIDD) (Herber, 1961). Indicar además que el enfoque de doble criterio incluye también la edad de aparición como elemento adjunto.

1.2. DEFINICIÓN ACTUAL Y PREMISAS

En la actualidad, la definición más aceptada de la DI es la propuesta por la AAIDD (Schalock et al., 2010), que en su undécima edición mantiene la

definición del manual de 2002 (Luckasson et al., 2002) sustituyendo el término retraso mental por el de DI. La diferencia principal entre el constructo que subyace al término DI y el constructo que subyace al término retraso mental se refiere al lugar en el que reside la DI. El constructo anterior de retraso mental veía la discapacidad como un defecto de la persona mientras que, el constructo actual de DI ve a la discapacidad como el ajuste entre las capacidades de la persona y el contexto en el que esta funciona. El término retraso mental hacía referencia a una condición interna del individuo, la DI hace referencia a un estado de funcionamiento y no a una condición. A pesar de esta diferenciación, ambos consideran que la condición o el estado de funcionamiento se definen mejor en términos de limitaciones en el funcionamiento humano típico. Por lo tanto, “la discapacidad intelectual se caracteriza por limitaciones significativas tanto en el funcionamiento intelectual como en la conducta adaptativa tal y como se ha manifestado en habilidades adaptativas conceptuales, sociales y prácticas. Esta discapacidad se origina antes de los 18 años” (Schalock et al., 2010, p. 33).

Esta definición va acompañada por cinco premisas que clarifican el contexto en el que surge la definición e indican de qué forma hay que aplicarla (Luckasson et al., 1992, 2002; Schalock et al., 2010).

- **Premisa 1:** “*Las limitaciones en el funcionamiento presente deben considerarse en el contexto de ambientes comunitarios típicos de los iguales en edad y cultura*” (p. 33). Esto significa que los estándares con los que se compara el funcionamiento del individuo son ambientes comunitarios típicos y no aislados o segregados en función de la habilidad. Los ambientes comunitarios típicos incluyen: el hogar, el barrio, el colegio, la empresa y cualquier otro entorno en el que individuos de edad similar normalmente viven, juegan, trabajan e interactúan.
- **Premisa 2:** “*Una evaluación válida ha de tener en cuenta la diversidad cultural y lingüística, así como las diferencias en comunicación y en*

aspectos sensoriales, motores y conductuales” (p. 34). Esto quiere decir que para que la evaluación tenga sentido debe contemplar la diversidad y la singularidad de las respuestas de la persona. La cultura o el origen étnico, la comunicación no verbal y las costumbres que puedan tener una influencia en los resultados de la evaluación, deben ser considerados para lograr una evaluación válida.

- **Premisa 3:** *“En una persona, las limitaciones coexisten habitualmente con capacidades”* (p. 34). Esto significa que las personas con DI son seres humanos complejos que probablemente tienen determinados talentos, así como ciertas limitaciones.
- **Premisa 4:** *“Un propósito importante de la descripción de limitaciones es el desarrollo de un perfil de necesidades de apoyo”* (p. 34). Esto quiere decir que el mero análisis de las limitaciones no es suficiente y que la especificación de limitaciones debe ser el primer paso para desarrollar una descripción de los apoyos que la persona necesita para mejorar su funcionamiento.
- **Premisa 5:** *“Si se mantienen apoyos personalizados apropiados durante un largo periodo, el funcionamiento en la vida de la persona con discapacidad generalmente mejora”* (p. 34). Esto significa que si se proporcionan los apoyos personalizados adecuados a una persona con DI, mejorará su funcionamiento. Una falta de mejora en este aspecto puede servir como base para reevaluar el perfil de necesidades de apoyos.

A pesar de que el concepto haya evolucionado con el tiempo, no se han dado cambios sustanciales en los tres componentes principales para definir y diagnosticar la DI: limitaciones en el funcionamiento intelectual, limitaciones conductuales en la adaptación a las demandas del ambiente y edad temprana de aparición (Schalock, Luckasson y Shogren, 2007).

Wehmeyer et al. (2008) proponen una distinción entre una definición operativa y otra constitutiva de la DI. La definición operativa, que corresponde con lo visto anteriormente, establece los límites del término y separa lo que está incluido dentro del mismo de lo que está fuera. Esta definición incluye tres aspectos importantes: la definición actual y las premisas subyacentes, los límites del constructo y el uso estadístico del concepto error tipo de medida para establecer el intervalo de confianza dentro del que se encuentran las puntuaciones verdaderas de las personas. Por otro lado, la definición constitutiva, que define el constructo de DI en relación con otros constructos, describe la DI en términos de limitaciones en el funcionamiento humano, conceptualiza la discapacidad desde una perspectiva ecológica y multidimensional, y subraya el rol fundamental de los apoyos individualizados en la mejora del funcionamiento humano.

1.3. ENFOQUE MULTIDIMENSIONAL Y MARCO CONCEPTUAL DEL FUNCIONAMIENTO HUMANO

Actualmente, la AAIDD (Schalock et al., 2010) propone un enfoque multidimensional en la comprensión de la DI. Este modelo describe cómo el funcionamiento humano y la presencia de la DI implican la interacción dinámica y recíproca entre habilidad intelectual, conducta adaptativa, salud, participación, contexto y apoyos individualizados.

El modelo multidimensional se propuso por primera vez en la novena edición de la AAIDD (Luckasson et al., 1992) y significó un gran cambio de paradigma en la concepción de la DI. Al abandonar la concepción reduccionista basada solamente en las características o deficiencias de la persona y proponer una concepción interaccionista entre las características de la persona y el ambiente, se abrieron las puertas al enfoque multidimensional del funcionamiento humano y se introdujo el concepto de apoyos.

En la edición siguiente (Luckasson et al., 2002) se mejoró el enfoque multidimensional introduciendo la dimensión de participación, además, se amplió el modelo de apoyos que paso a tener un mayor protagonismo y se aclararon aspectos esenciales para la clasificación (Schalock et al., 2010).

En la undécima y última edición de la AAIDD se continua con la propuesta del enfoque ecológico y multidimensional en la comprensión de la DI.

A continuación se definen cada una de las cinco dimensiones que constituyen el marco del funcionamiento humano en el que se basa el enfoque multidimensional de la DI (Schalock et al., 2010) (ver figura 5).

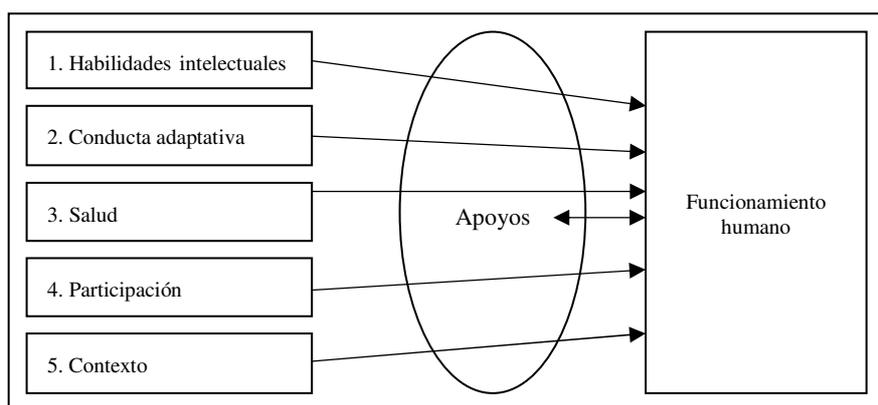


Figura 5. Marco conceptual del funcionamiento humano (AAIDD, 2010).

1.2.1. Dimensión 1: Habilidades intelectuales

La inteligencia es una capacidad mental general, que incluye el razonamiento, la planificación, la resolución de problemas, el pensamiento abstracto, la comprensión de ideas complejas, el aprendizaje rápido y el aprendizaje a partir de la experiencia (Gottfredson, 1997; citado por Schalock et al., 2010). Como refleja esta definición, la inteligencia consistiría en una capacidad amplia y profunda para comprender nuestro entorno, darle sentido a las cosas o averiguar qué hacer.

Así, el concepto de inteligencia representa un intento de clarificar, organizar y explicar el hecho de que los individuos difieran en su habilidad para comprender ideas complejas, adaptarse eficazmente a los contextos, aprender de la experiencia, emplear varias formas de razonamiento y superar obstáculos mediante el pensamiento y la comunicación (Neisser et al., 1996; citado por Schalock et al., 2010).

1.2.2. Dimensión 2: Conducta adaptativa

“La conducta adaptativa es el conjunto de habilidades conceptuales, sociales y prácticas que han sido aprendidas por las personas para funcionar en su vida diaria” (Luckasson et al., 2002, p. 31; Schalock et al., 2010, p. 81).

El concepto de conducta adaptativa es multidimensional e incluye:

- **Habilidades conceptuales:** Lenguaje, lectura y escritura, y conceptos relativos al tiempo, los números y las medidas.
- **Habilidades sociales:** Creación y mantenimiento de amistades, habilidades interpersonales, participación en actividades grupales, responsabilidad social, autocontrol, autoestima, sensibilidad, candidez, ingenuidad (por ejemplo: prudencia, discreción), seguimiento de reglas y normas, evitar la victimización, resolución de problemas sociales, competencias emocionales y adaptación personal y social.
- **Habilidades prácticas.** Actividades básicas de la vida diaria (comida, aseo, vestido, transferencias, y movilidad) e instrumentales (preparación de las comidas, limpieza de la casa, transporte, cuidado de la salud, manejo del dinero, uso de teléfono), funcionamiento motor, habilidades ocupacionales, salud y seguridad.

1.2.3. Dimensión 3: Salud

La Organización Mundial de la Salud (2001) definió la salud como un estado integral de bienestar físico, mental y social. La salud es un elemento de la comprensión integrada del funcionamiento individual, ya que la condición de salud de un individuo puede afectar directa o indirectamente a su funcionamiento en todas o cada una de las otras cuatro dimensiones del funcionamiento humano.

1.2.4. Dimensión 4: Participación

La participación es la actuación de las personas en actividades diarias en los distintos ámbitos de la vida social, es decir, se relaciona con el funcionamiento del individuo en la sociedad. La participación en actividades cotidianas es importante para el aprendizaje de la persona y constituye una característica central de las perspectivas del crecimiento y desarrollo humano de los individuos en sus contextos (Bronfenbrenner, 1999; Dunst, Bruder, Trivette y Hamby, 2006).

La participación hace referencia a interacciones y roles en las áreas de vida en el hogar, empleo, educación, ocio, espiritualidad y actividades culturales. También incluye roles sociales que son actividades válidas que se consideran habituales para un grupo de edad específico.

1.2.5. Dimensión 5: Contexto

El contexto describe las condiciones interrelacionadas en las que las personas viven sus vidas día a día. Incluye factores ambientales, que constituyen el ambiente físico, social y actitudinal en el que se vive, y factores personales, que son las características del individuo como la edad, la motivación, los estilos de afrontamiento, los estímulos de aprendizaje, el estilos de vida, los acontecimientos vitales o los recursos psicológicos individuales. Ambos tipos de factores representan el ambiente completo de la vida de un individuo.

El contexto representa una perspectiva ecológica que incluye al menos tres niveles diferentes (Bronfenbrenner, 1999):

- **Microsistema:** el entorno social inmediato, que incluye la persona, la familia y el defensor o el personal de apoyo directo.
- **Mesosistema:** es el entorno comunitario como el vecindario, la comunidad, las organizaciones educativas y de apoyo o los servicios de habilitación.
- **Macrosistema:** son los patrones globales culturales, sociales o de influencias sociopolíticas de poblaciones más amplias.

1.2.6. Apoyos

De acuerdo con la AAIDD (2010), la discapacidad no es algo fijo ni dicotómico sino más bien algo fluido y cambiante que va a depender tanto de las limitaciones funcionales de la persona como de los apoyos disponibles en su ambiente.

Como explica Schalock et al. (2010), el paradigma de apoyos ha dado lugar al menos a tres cambios significativos en las políticas y prácticas para personas con DI:

- El enfoque de apoyos ha servido para agrupar las prácticas de planificación centrada en la persona, oportunidades de desarrollo y crecimiento personal, inclusión comunitaria, autodeterminación y empoderamiento.
- La aplicación consecuente de apoyos individualizados ha dado lugar a la mejora del funcionamiento humano y el logro de resultados personales.
- La utilización del patrón e intensidad de las necesidades de apoyo de la persona, como un componente básico para la asignación de recursos y planificación de servicios y sistemas.

Es necesario distinguir entre los constructos de apoyo y de necesidades de apoyo:

- “Los apoyos son recursos y estrategias cuyo propósito es promover el desarrollo, la educación, los intereses y el bienestar personal, y que mejoran el funcionamiento individual” (Luckasson et al., 2002, p. 151).
- “Las necesidades de apoyo constituyen un constructo psicológico que hace referencia al patrón e intensidad de los apoyos necesarios para que una persona participe en actividades relacionadas con un funcionamiento humano estándar” (Thompson et al., 2009, p. 135).

2. DIAGNÓSTICO DE LA DISCAPACIDAD INTELECTUAL

Una de las grandes preocupaciones acerca de los test de inteligencia, era que la puntuación de CI como medidor único de la DI solo proporcionaba una medida del funcionamiento intelectual reducida a tareas académicas, ignorando otros aspectos importantes del funcionamiento intelectual como las habilidades sociales y prácticas (Navas et al., 2013). La importancia de la conducta adaptativa en el diagnóstico de DI subyace en el hecho de que el cociente intelectual no puede ser utilizado como único criterio diagnóstico de DI dado que el desempeño en los test de inteligencia no siempre se corresponde con el nivel de deficiencia en la adaptación total.

La diferencia fundamental entre la evaluación de la conducta adaptativa frente a la evaluación del funcionamiento intelectual, donde lo que valoramos es la capacidad máxima de ejecución, está en que para evaluar la conducta adaptativa de un individuo es necesario centrarse en su desempeño habitual y no en su desempeño máximo, es decir, hay que examinar lo que la persona hace habitualmente.

El diagnóstico de DI implica el cumplimiento de tres criterios (Schalock et al., 2010):

- **Limitaciones en el funcionamiento intelectual:** Una puntuación de CI que se encuentra aproximadamente dos desviaciones típicas por debajo de la media, considerando el error típico de medida de los instrumentos específicos de evaluación utilizados, así como sus fortalezas y limitaciones.
- **Limitaciones significativas en la conducta adaptativa:** El desempeño en una medida estandarizada de conducta adaptativa que ha sido baremada sobre la población general, incluyendo personas con y sin DI, que se encuentra aproximadamente dos desviaciones típicas por debajo de la media en uno de los siguientes tres tipos de conducta adaptativa: conceptual, social o práctica, o en una puntuación general de una medida estandarizada de habilidades conceptuales, sociales y prácticas.
- **Una edad de inicio anterior a los 18 años:** La edad de aparición hace referencia a la edad en la cual comenzó la discapacidad. El propósito de este criterio consiste en distinguir la DI de otras formas de discapacidad que pudieran aparecer en momentos posteriores de la vida.

El enfoque multidimensional incluye las habilidades intelectuales como una de las cinco dimensiones del funcionamiento humano y refleja el hecho de que aquello que consideramos comportamiento inteligente depende de las otras dimensiones de este modelo, esto es, la conducta adaptativa que uno muestra, el estado de salud físico y mental de la persona, la oportunidad de participar en actividades importantes y el contexto en el que se desarrolla la vida diaria. Es por esto que, aunque actualmente la puntuación de CI sea el mejor modo de representar y evaluar el funcionamiento intelectual, las medidas de inteligencia han de interpretarse en un sentido más amplio.

Tras la propuesta de la AAIDD, las limitaciones significativas en este tipo de habilidades han sido incluidas como criterios de diagnóstico de DI en la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud (CIE-10) de la Organización Mundial de la Salud (OMS) o en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5) de la Asociación Americana de Psiquiatría (APA).

3. ETIOLOGÍA DE LA DISCAPACIDAD

Conseguir identificar correctamente la etiología de la DI es importante ya que nos dice mucho sobre las necesidades de apoyo actuales, potenciales y futuras. Sin embargo, cada persona ha de ser vista como un individuo único con competencias actuales y potenciales, así como con necesidades de apoyos individuales.

La etiología es un constructo multifactorial compuesto por cuatro categorías de factores de riesgo biomédicos, sociales, conductuales y educativos, que interactúan a través del tiempo y afectan al funcionamiento general de las personas (Luckasson et al., 2002). Esta definición viene a sustituir a otras aproximaciones previas que dividían la etiología de la DI en dos categorías generales, la de origen biológico, con una etiología orgánica clara, y la debida a una desventaja social (Grossman, 1983; citado por Schalock et al., 2010).

A pesar de los últimos avances en estudios sobre genética (Butler y Meany, 2005), ésta no puede explicar la causa de la DI en todos los casos. Las personas pueden haber nacido con un ADN normal y aún así desarrollar DI debido a un daño cerebral, malnutrición, abuso infantil o privación social extrema.

La aproximación multifactorial a la etiología que defiende la AAIDD (2010) despliega una lista de factores causales en dos direcciones: tipos de factores y momento de aparición de los mismos. La primera de ellas ordena los tipos o categorías de factores en cuatro grupos:

- **Biomédicos.** Procesos biológicos, como los trastornos genéticos o la nutrición.
- **Sociales.** Interacción social y familiar, como lo es la estimulación y la receptividad del adulto.
- **Conductuales.** Posibles comportamientos causales, como pueden ser las actividades peligrosas o el abuso de sustancias por parte de la madre.
- **Educativos.** Disponibilidad de apoyos educativos que promueven el desarrollo intelectual y de habilidades adaptativas.

La segunda dirección se refiere al momento en el que ocurren los factores causales, ya sea que afecte a los padres de la persona con DI, al propio afectado o a ambos. Esta causalidad es definida como intergeneracional para describir la influencia de los factores que se encuentran presentes en una generación sobre los resultados de la siguiente generación.

Tabla 3

Tipos de factores de riesgo de la DI

Fases	Modelos	Características
Prenatal	Biomédico	Trastornos cromosómicos Trastornos asociados a un único gen Síndromes Trastornos metabólicos Disgénesis cerebral Enfermedades maternas Edad parental
	Social	Pobreza Malnutrición maternal Violencia doméstica Falta de acceso a cuidados parentales
	Conductual	Consumo de drogas por parte de los padres Consumo de alcohol por parte de los padres Consumo de tabaco por parte de los padres Inmadurez parental

	Educativo	Discapacidad cognitiva de los padres (sin contar con apoyos) Falta de preparación para la paternidad
Perinatal	Biomédico	Prematuridad Lesiones en el momento del nacimiento Trastornos neonatales
	Social	Falta de cuidados parentales
	Conductual	Rechazo por parte de los padres a cuidar del hijo Abandono del hijo por parte de los padres
	Educativo	Falta de derivación hacia servicios de intervención tras el alta médica
Posnatal	Biomédico	Traumatismo craneoencefálico Malnutrición Meningo encefalitis Trastornos epilépticos Trastornos degenerativo
	Social	Pobre interacción niño - cuidador Falta de estimulación adecuada Pobreza familiar Enfermedad crónica en la familia Institucionalización
	Conductual	Maltrato y abandono infantil Violencia doméstica Medidas de seguridad inadecuadas Deprivación social Conductas problemáticas del niño
	Educativo	Deficiencias en la crianza Diagnóstico tardío. Servicios de atención temprana inadecuados Servicios educativos especiales inadecuados Apoyo familiar inadecuado

Fuente: Schalock et al. (2010, p. 103).

4. CLASIFICACIÓN DE LA DISCAPACIDAD INTELECTUAL EN EL DSM-5

Como se ha señalado, la definición que hace la AAIDD de la DI ha influido de manera evidente sobre la última edición del manual de criterios diagnósticos de la Asociación Americana de Psiquiatría, DSM-5 (APA, 2013). De esta manera, se sustituye también el término de retraso mental por el de discapacidad intelectual y

se da mayor protagonismo a las limitaciones en la conducta adaptativa. Sin embargo, el DSM-5 continúa centrándose más en los déficits de la persona que en la importancia que tienen factores como el contexto y la disponibilidad de apoyos para la presencia de DI.

En este sistema clasificatorio la DI queda emplazada dentro del apartado de trastornos del desarrollo neurológico y definida como un trastorno que comienza durante el período de desarrollo. Incluye limitaciones del funcionamiento intelectual como también del comportamiento adaptativo en los dominios conceptual, social y práctico. De acuerdo con la gravedad de la discapacidad, ésta se clasifica en leve, moderada, grave o profunda.

4.1. DISCAPACIDAD INTELECTUAL LEVE

4.1.1. Dominio conceptual

En niños de edad preescolar puede no haber diferencias conceptuales manifiestas. En niños de edad escolar y en adultos existen dificultades en el aprendizaje de aptitudes académicas relativas a la lectura, la escritura, la aritmética, el tiempo o el dinero y se necesita ayuda en uno o más campos para cumplir las expectativas relacionadas con la edad. En adultos existe alteración del pensamiento abstracto, las funciones ejecutivas (es decir, planificación, definición de estrategias, determinación de prioridades y flexibilidad cognitiva) y de la memoria a corto plazo, así como del uso funcional de las aptitudes académicas (por ejemplo leer, manejar el dinero). Existe un enfoque algo concreto a los problemas y soluciones en comparación con los grupos de la misma edad.

4.1.2. Dominio social

En comparación con los grupos de edad de desarrollo similar, el individuo es inmaduro en cuanto a las relaciones sociales. Por ejemplo, puede haber dificultad

para percibir de forma precisa las señales sociales de sus iguales. La comunicación, la conversación y el lenguaje son más concretos o inmaduros de lo esperado por la edad. Puede haber dificultades de regulación de la emoción y el comportamiento de forma apropiada a la edad. Estas dificultades son apreciadas por sus iguales en situaciones sociales. Existe una comprensión limitada del riesgo en situaciones sociales; el juicio social es inmaduro para la edad y el individuo corre el riesgo de ser manipulado por los otros (ingenuidad).

4.1.3. Dominio práctico

El individuo puede funcionar de forma apropiada a la edad en el cuidado personal. Los individuos necesitan cierta ayuda con tareas de la vida cotidiana complejas en comparación con sus iguales. En la vida adulta la ayuda implica típicamente la compra, el transporte, la organización doméstica y del cuidado de los hijos, la preparación de los alimentos y la gestión bancaria y del dinero. Las habilidades recreativas son similares a las de los grupos de la misma edad aunque el juicio relacionado con el bienestar y la organización del ocio necesitan ayuda. En la vida adulta con frecuencia se observa competitividad en trabajos que no destacan en habilidades conceptuales. Los individuos generalmente necesitan ayuda para tomar decisiones sobre el cuidado de la salud y legales, y para aprender a realizar de manera competente una vocación que requiere habilidad. Se necesita típicamente ayuda para criar una familia.

4.2. DISCAPACIDAD INTELECTUAL MODERADA

4.2.1. Dominio conceptual

Durante todo el desarrollo las habilidades conceptuales de los individuos están notablemente retrasadas en comparación con sus iguales. En preescolares el lenguaje y las habilidades preacadémicas se desarrollan lentamente. En niños de edad escolar el progreso de la lectura, la escritura, las matemáticas y del tiempo

de comprensión y el dinero se produce lentamente a lo largo de los años escolares y está notablemente reducido en comparación con sus iguales. En adultos el desarrollo de las aptitudes académicas está típicamente en un nivel elemental y se necesita ayuda para todas las habilidades académicas, en el trabajo y en la vida personal. Se necesita ayuda continua diaria para completar tareas conceptuales de la vida cotidiana y otros pueden encargarse totalmente de las responsabilidades del individuo.

4.2.2. Dominio social

El individuo presenta notables diferencias respecto a sus iguales en cuanto al comportamiento social y comunicativo a lo largo del desarrollo. El lenguaje hablado es típicamente un instrumento primario para la comunicación social pero es mucho menos complejo que en sus iguales. La capacidad de relación está vinculada de forma evidente a la familia y los amigos, y el individuo puede tener amistades satisfactorias a lo largo de la vida, y en ocasiones, relaciones sentimentales en la vida adulta. Sin embargo los individuos pueden no percibir o interpretar con precisión las señales sociales. El juicio social y la capacidad para tomar decisiones son limitados y los cuidadores han de ayudar al individuo en las decisiones de la vida. La amistad con los iguales en desarrollo con frecuencia está afectada por limitaciones de la comunicación o sociales. Se necesita ayuda importante social y comunicativa en el trabajo para obtener éxito.

4.2.3. Dominio práctico

El individuo puede responsabilizarse de sus necesidades personales, como comer, vestirse y de las funciones excretoras y la higiene como un adulto, aunque se necesita un período largo de aprendizaje y tiempo para que el individuo sea autónomo en estos campos y se puede necesitar personas que le recuerden lo que tiene que hacer. De manera similar se puede participar en todas las tareas domésticas en la vida adulta aunque se necesita un período largo de aprendizaje y se requiere ayuda continua para lograr un nivel de funcionamiento adulto. Se

puede asumir un cargo independiente en trabajos que requieran habilidades conceptuales y de comunicación limitadas, pero se necesita ayuda considerable de los compañeros, supervisores y otras personas para administrar las expectativas sociales, las complejidades laborales y responsabilidades complementarias, como programación, transporte, beneficios sanitarios y gestión del dinero. Se pueden llevar a cabo una variedad de habilidades recreativas. Estas personas necesitan típicamente ayuda adicional y oportunidades de aprendizaje durante un período de tiempo largo. Una minoría importante presenta comportamiento inadaptado que causa problemas sociales.

4.3. DISCAPACIDAD INTELECTUAL GRAVE

4.3.1. Dominio conceptual

Las habilidades conceptuales están reducidas. El individuo tiene generalmente poca comprensión del lenguaje escrito o de conceptos que implican números, cantidades, tiempo y dinero. Los cuidadores proporcionan un grado notable de ayuda para la resolución de problemas durante toda la vida.

4.3.2. Dominio social

El lenguaje hablado está bastante limitado en cuanto a vocabulario y gramática. El habla puede consistir en palabras sueltas o frases y se puede complementar con medidas de aumento. El habla y la comunicación se centran en el aquí y ahora dentro de acontecimientos cotidianos. El lenguaje se utiliza para la comunicación social más que para la explicación. Los individuos comprenden el habla sencilla y la comunicación gestual. La relación con los miembros de la familia y otros parientes son fuente de placer y de ayuda.

4.3.3. Dominio práctico

El individuo necesita ayuda para todas las actividades de la vida cotidiana como comer, vestirse, bañarse y las funciones excretoras. El individuo necesita supervisión constante. El individuo no puede tomar decisiones responsables en cuanto al bienestar propio o de otras personas. En la vida adulta la participación en tareas domésticas, de ocio y de trabajo necesita apoyo y ayuda constante. La adquisición de habilidades en todos los dominios implica un aprendizaje a largo plazo y ayuda constante. En una minoría importante existe comportamiento inadaptado que incluye autolesiones.

4.4. DISCAPACIDAD INTELECTUAL PROFUNDA

4.4.1. Dominio conceptual

Las habilidades conceptuales implican generalmente el mundo físico más que procesos simbólicos. El individuo puede utilizar objetos dirigidos a un objetivo para el cuidado de sí mismo, el trabajo y el ocio. Se pueden haber adquirido algunas habilidades visuoespaciales, como la concordancia y la clasificación basada en características físicas. Sin embargo la existencia concurrente de alteraciones motoras y sensitivas puede impedir un uso funcional de los objetos.

4.4.2. Dominio social

El individuo tiene una comprensión muy limitada de la comunicación simbólica en el habla y la gestualidad. El individuo puede comprender algunas instrucciones o gestos sencillos. El individuo expresa su propio deseo y sus emociones principalmente mediante comunicación no verbal y no simbólica. El individuo disfruta de la relación con miembros bien conocidos de la familia, cuidadores y otros parientes, y da inicio y responde a interacciones sociales a través de señales

gestuales y emocionales. La existencia concurrente de alteraciones sensoriales y físicas puede impedir muchas actividades sociales.

4.4.3. Dominio práctico

El individuo depende de otros para todos los aspectos del cuidado físico diario, la salud y la seguridad, aunque también puede participar en algunas de estas actividades. Los individuos sin alteraciones físicas graves pueden ayudar en algunas de las tareas de la vida cotidiana en el hogar, como llevar los platos a la mesa. Acciones sencillas con objetos pueden ser la base de la participación en algunas actividades vocacionales con alto nivel de ayuda continua. Las actividades recreativas pueden implicar, por ejemplo, disfrutar escuchando música, viendo películas, saliendo a pasear o participando en actividades acuáticas, todo ello con la ayuda de otros. La existencia concurrente de alteraciones físicas y sensoriales es un impedimento frecuente para la participación (más allá de la observación) en actividades domésticas, recreativas y vocacionales. En una minoría importante, existe comportamiento inadaptado.

5. SALUD MENTAL DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD INTELECTUAL

La salud mental de las personas con discapacidad intelectual ha despertado un creciente interés en las últimas décadas debido fundamentalmente a razones como el reconocimiento del derecho a recibir una atención sanitaria adecuada o su desinstitucionalización e integración en los servicios comunitarios normalizados (Salvador-Carulla, Rodríguez-Blázquez y Martorell, 2008).

Durante largo tiempo, estuvo plenamente asumido que las personas con discapacidad intelectual, por su menor capacidad cognitiva, no podían padecer enfermedades mentales (Potter, 1965; citado por Scott y Haverkamp, 2014). Sin embargo este colectivo muestra todo el espectro de trastornos mentales descritos

en la población general, incluso con una prevalencia más elevada (Cooper, Smiley, Morrison, Williamson y Allen, 2007; Tsiouris, Kim, Brown y Cohen, 2011; Whitaker y Read, 2006). Algunos estudios encuentran tasas de hasta un 40% de incidencia de problemas de salud mental en personas con discapacidad intelectual (Cooper et al., 2007). Esta coocurrencia de la discapacidad intelectual junto con enfermedad mental es conocida como diagnóstico dual.

Hartley y MacLean (2009) han evidenciado que los adultos con discapacidad intelectual experimentan mayores tasas de depresión y durante más tiempo que aquellos sin esta discapacidad. Siendo la depresión uno de los trastornos psiquiátricos más frecuentes en este colectivo.

Por otro lado, la enfermedad mental a menudo permanece infradiagnosticada en este colectivo (Salvador-Carulla, Rodríguez-Blázquez, Rodríguez, Pérez-Marín y Velázquez, 2000). Una de las causas de este ensombrecimiento de la enfermedad mental puede deberse a la propia patología de los trastornos psicopatológicos en las personas con discapacidad intelectual, dado que, en muchas ocasiones los síntomas se van a mostrar en forma de alteraciones de conducta, como equivalentes conductuales a los síntomas cognitivos de la población general (Hemmings, Gravestock, Pickard y Bouras, 2006; Novell, Rueda y Salvador-Carulla, 2005).

De hecho, las alteraciones de conducta en las personas con discapacidad intelectual son un componente importante de su salud mental y un factor que puede contribuir a la aparición de problemas de conducta es el estrés. Aunque son escasas, algunas investigaciones sugieren que el estrés tiene un impacto similar sobre los problemas de conducta que el que tiene sobre la enfermedad mental (Esbensen y Benson, 2006).

Los estudios de prevalencia estiman que entre un 10% y un 45% de los adultos con discapacidad intelectual exhiben alguna forma de alteración conductual en forma agresividad física o verbal, destrucción de objetos o

comportamiento autolesivo (Grey, Pollard, McClean, MacAuley y Hastings, 2010; Jornes et al., 2008). La presencia de problemas de conducta está asociada a resultados negativos como el menor número de oportunidades laborales o la mayor probabilidad de ingresar en servicios residenciales (Martorell, Gutierrez-Recacha, Pereda y Ayuso-Mateos, 2008; McIntyre, Blacher, y Baker, 2002).

Además de la variación en la presentación de síntomas, la presencia de discapacidad intelectual complica el diagnóstico de la enfermedad mental debido a los déficits en la comunicación que dificultan la autoevaluación de síntomas o la propia búsqueda de ayuda, a lo que habría que añadir la falta de conocimientos de muchos profesionales para asesorar a las personas con discapacidad intelectual sobre problemas de salud mental que puede derivar en diagnósticos poco ajustados (Rojahn y Tasse, 1996; Sovner y Hurley, 1983, citados por Scott y Havercamp, 2014).

Los datos sobre la incidencia del trastorno dual podrían reflejar una mayor vulnerabilidad de las personas con discapacidad intelectual hacia la psicopatología debido a factores psicológicos propios de la discapacidad como la limitación para interpretar estados internos, tener dificultades de comunicación, la falta de flexibilidad cognitiva y la menor capacidad para el autocontrol y la planificación de su comportamiento (McClure, Halpern, Wolper y Donahue, 2009). Además, muchas personas con discapacidad intelectual apenas tienen control sobre pequeñas decisiones de su vida diaria. Se ha demostrado que la falta de control incrementa el impacto del estrés en la población general, hecho que podría tener el mismo efecto en las personas con discapacidad intelectual (Dulin, Hanson y King, 2013). Por otro lado, Ayuso-Mateos, Martorell, Novell, Salvador-Carulla y Tamarit (2008) señalan cómo las alteraciones biológicas que generan una discapacidad intelectual son a la vez factores de vulnerabilidad para la enfermedad mental.

5.1. FACTORES QUE INFLUYEN EN LA SALUD MENTAL DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD INTELECTUAL

Como explican Novell et al. (2005), la manifestación clínica de un trastorno, su gravedad y la afectación sobre el funcionamiento son el resultado de la interacción de tres grandes grupos de factores que determinan la adaptación psicosocial final del individuo: los factores biológicos, los factores psicológicos y los factores ambientales o socioculturales.

5.1.1. Factores biológicos

Se trata de factores relacionados con los procesos biológicos como las anomalías de orden genético o las alteraciones en el desarrollo y maduración del sistema nervioso.

Estos factores incluyen:

- Alteraciones en la función cerebral que están presentes en la DI y que podrían predisponer al desarrollo de un trastorno mental.
- Fenotipos comportamentales que pueden asociarse a alteraciones conductuales y enfermedades mentales específicas.
- Epilepsia, que está presente en 14 - 24 % de personas con DI y que puede asociarse a problemas mentales y alteraciones conductuales.
- Trastornos endocrinos y metabólicos como la disfunción de la glándula del tiroides y que se asocian a síntomas de enfermedad mental.
- Discapacidades físicas y/o sensoriales como la espasticidad, los problemas motores, enfermedades que causen dolor o malestar, las dificultades de visión y las limitaciones comunicativas, que pueden provocar de forma indirecta trastornos del estado mental.

- Medicación, que puede ocasionar también efectos colaterales en el comportamiento.

5.1.2. Factores psicológicos

Incluye aquellos factores que contribuyen, por un lado, a la baja autoimagen del individuo y, por otro, a limitar el repertorio de funciones mentales de la persona. La mayoría de las personas con DI, especialmente en el rango de límite y ligero, son conscientes de su deficiencia, de sus defectos y del rechazo del medio hacia ellos. Sin embargo debido a sus propias deficiencias en el pensamiento conceptual y en la capacidad de comunicación, entre otras, pueden tener problemas a la hora de desarrollar estrategias de afrontamiento. En lugar de ello, pueden desarrollarse problemas conductuales y/o mentales. Las conductas inapropiadas pueden provocar rechazo social y estigmatización que, a su vez, puede relacionarse con depresión. La adaptación social puede estar además entorpecida por factores de personalidad tales como la intolerancia frente a los cambios. Además, las dificultades de comunicación suelen ser un factor crucial en el control de los impulsos y en la inadaptación social.

Estos factores incluyen:

- Déficit intelectual y de memoria.
- Alteración del juicio y falta de iniciativa.
- Baja autoestima.
- Problemas en el aprendizaje.
- Baja tolerancia al estrés y las frustraciones.
- Estrategias de afrontamiento/mecanismos de defensa inadecuados.
- Falta de habilidades de solución de problemas por déficit del pensamiento abstracto.

- Secuelas psicológicas de la patología, los déficits y la discapacidad subyacente: imagen corporal, espasticidad, limitación de la movilidad, déficits sensoriales visuales y auditivos, problemas de la comunicación y del lenguaje.
- Dificultades en el desarrollo de las relaciones sociales y otras habilidades de supervivencia.

5.1.3. Factores ambientales o socioculturales

Las personas con DI están sometidos a diferentes tipos de estrés ambiental quizás incluso más que las personas sin esta discapacidad. En los sujetos sin comunicación verbal que conviven en grupos, donde se les demanda conformidad y sumisión, las explosiones conductuales pueden ser sólo una manera de comunicar sus sentimientos o de asumir algún control. Incluso a personas con DI leve, totalmente capacitadas, con frecuencia no se les permite decidir sobre sus propias vidas.

Estos factores incluyen:

- Problemas en la relación con los padres, otros familiares, cuidadores y personas del entorno.
- Falta de apoyo emocional.
- Abuso sexual y psicológico.
- Estrés y desgaste de los cuidadores.
- Diferentes estrategias de manejo de los problemas del sujeto por distintos cuidadores.
- Acontecimientos vitales mayores (duelo, pérdidas, enfermedad de los padres) y acontecimientos vitales menores (cambios en el entorno inmediato).

- Dificultades de acceso a los servicios comunitarios y de salud.
- Falta de integración sociolaboral.
- Excesivas demandas o presión sobre la producción en entornos laborales.
- Etiquetado, rechazo de la sociedad, estigma o discriminación.

5.2. EL IMPACTO DEL ESTRÉS EN LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD INTELECTUAL

Al igual que en la población general, en las personas con DI también se ha relacionado la presencia del estrés con diversos problemas de salud mental y física, así como con el inicio y mantenimiento de conductas perjudiciales para la salud como el abuso de sustancias (Scott y Havercamp, 2014). Sin embargo aunque el estudio del estrés haya recibido gran atención, las investigaciones sobre cómo éste afecta a las personas con DI son relativamente recientes (Hartley y MacLean, 2009).

De hecho, hasta hace algún tiempo se asumía que las personas con DI no podían experimentar o sentir los efectos adversos del estrés. Sin embargo investigaciones recientes rompen con esta creencia y muestran que, en realidad, este colectivo podría tener un riesgo mayor de padecer las consecuencias negativas del estrés y que probablemente tengan menos recursos disponibles para afrontarlo (Hartley y MacLean, 2009; Hatton y Emerson, 2004; Lunsky y Benson, 2001b).

El grado de conocimiento actual sobre como afrontan el estrés las personas con DI es limitado y prácticamente inexistente, sin embargo, existen cada vez más investigaciones sobre las estrategias de afrontamiento utilizadas por niños y adolescentes (Compas, Connor-Smith, Saltzman, Thomsen y Wadsworth, 2001). Dado el similar nivel de desarrollo de los adultos con DI con personas de estas

edades, algunos autores, entre ellos Hartley y MacLean (2005), creen que el conocimiento del manejo de las estrategias de afrontamiento en niños y adolescentes podrían arrojar alguna luz sobre el modo en que los adultos con DI afrontan las situaciones de estrés.

Aunque de momento no existe una conceptualización de las estrategias de afrontamiento universalmente aceptada, muchos investigadores destacan tres dimensiones principales en el afrontamiento infantil que podrían servir de base para el estudio del afrontamiento en las personas con DI (Compas et al., 2001). Estas dimensiones son:

- **Afrontamiento activo.** Se refiere a los esfuerzos dirigidos a incrementar el control sobre la situación estresante o sobre las propias emociones.
- **Estrategias de distracción.** Se refiere a los esfuerzos dirigidos a distanciarse de la situación estresante a través de actividades y pensamientos positivos.
- **Estrategias de evitación.** Se refiere a los esfuerzos dirigidos a evitar la exposición a la situación estresante o las propias emociones.

Un factor importante en la elección de una u otra estrategia de afrontamiento es la percepción de control que la persona tiene sobre la situación (Langrock, Compas, Keller, Merchant y Copeland, 2002). Si se percibe un estresor como controlable, utilizar estrategias de afrontamiento activo para intentar alterar el estresor o las emociones que le acompañan, se relaciona con un menor estrés psicológico. Por el contrario, cuando se percibe un estresor como incontrolable, será el uso de estrategias de afrontamiento basadas en la distracción o en la evitación el que derive en un impacto menor del estrés.

En un estudio realizado por Hartley y MacLean (2009) encontraron que los adultos con DI tenían un estilo de atribución negativo para las relaciones sociales más estresantes y que utilizaban estrategias de afrontamiento poco adaptativas

para hacer frente a estas interacciones, lo que podría prolongar y agravar situaciones de estrés e intensificar las emociones negativas que lo rodean.

Las investigaciones de Lunsky y Benson (2001a) indican que las personas con una DI ligera tienen una mayor vulnerabilidad al estrés que acompaña a las relaciones interpersonales negativas. Hartley y MacLean (2009) sugieren que esta vulnerabilidad podría estar relacionada con el hecho de que las persona con DI a menudo están bajo el cuidado de instituciones donde apenas existe privacidad, su autonomía está restringida y se hace complicado el poder evitar las relaciones interpersonales estresantes, por lo que la frecuencia de las mismas es mayor. A esto habría que añadir sus carencias en habilidades necesarias para la comunicación que dificultan en gran medida su capacidad para establecer relaciones de apoyo social y emocional. Y es que el grado en que un individuo dispone de una red de amigos y familiares, que puedan servirle de desahogo y proporcionarle alivio o apoyo para dar salida a frustraciones y miedos en momentos difíciles, puede actuar como amortiguador entre el impacto del estrés y el desarrollo de algún trastorno.

Scott y Haverkamp (2014) encontraron una correlación positiva entre el estrés y el apoyo social con la enfermedad mental y la severidad de los problemas de conducta en personas con DI, obteniendo en sus investigaciones un incremento de la probabilidad de padecer una enfermedad mental de hasta un 20% por cada evento estresante añadido, así como, el doble de probabilidades de tener una enfermedad mental en aquellos individuos que carecen de apoyo social.

Por otro lado, existe evidencia de que las personas con DI que han experimentado recientemente una pérdida u otro evento estresante en su vida, obtienen una mayor puntuación en escalas que miden síntomas de salud mental (Hulbert-Williams y Hastings, 2008) y por lo tanto, tienen más probabilidades de sufrir un trastorno del estado de ánimo (Hastings, Haton, Taylor y Maddison, 2004); o de que el hecho de haber estado expuesto a eventos estresantes durante los últimos seis meses puede llegar a predecir una depresión (McGillivray y

McCabe, 2007). Acontecimientos como la muerte de un familiar o de un amigo, los cambios constantes de profesionales y los periodos de vacaciones son frecuentemente identificados como fuentes de estrés en las personas con DI (Hulbert-Williams, Hastings, Crowe y Pemberton, 2011).

Del mismo modo, existe una asociación entre la exposición a eventos traumáticos y la aparición de trastornos de conducta en especial de comportamientos agresivos (Owen, Humpel, Leslie, Bauman y Sallis, 2004). Las personas con DI a menudo pueden percibir un menor control sobre su vida tanto en acontecimientos de la vida diaria, como poder elegir que quieren para comer, como sobre acontecimientos más importantes, como poder decidir dónde y con quién quieren vivir (Bannerman, Sheldon Sherman y Harchik, 1990; citados por Scott y Haverkamp, 2014). Nuevamente la falta de control, que se ha demostrado incrementa el impacto de los estresores en la población general, podría tener el mismo efecto en las personas con DI (Dulin et al., 2013).

Scott y Haverkamp (2014) sugieren considerar al estrés como un factor de riesgo de la enfermedad mental y recomiendan tomar medidas preventivas para minimizar el estrés en las personas con DI, así como la necesidad de tomar medidas que minimicen el impacto en situaciones inevitables potencialmente estresantes como pueda ser la muerte de un familiar o el cambio de residencia. Ya que mejorar los apoyos y servicios disponibles para las personas con DI durante los periodos de transición y cambio puede ser un importante protector de su salud mental.

6. RESUMEN DEL CAPÍTULO

La definición actual de la DI se basa en un enfoque socioecológico donde toma especial relevancia la interacción que se produce entre la persona y el ambiente en el que ésta desarrolla su actividad. De este modo, la DI ya no se considera como

un déficit o una característica intrínseca de la persona, sino que su definición va a depender tanto de las restricciones impuestas por un ambiente determinado como de la disponibilidad de los apoyos necesarios para compensar esas limitaciones.

Sin embargo, la forma en la que la sociedad se ha aproximado al hecho de la discapacidad varía a lo largo de la historia. Así, ante esta realidad se pueden distinguir diferentes enfoques o modelos. Desde el enfoque social se identifica a las personas con DI como aquellas que fracasan en adaptarse a su ambiente y que muestran un comportamiento que se aleja del culturalmente esperado. Con el avance de la medicina y el énfasis sobre lo orgánico la DI pasa a ser considerada como una enfermedad, lo que conlleva la segregación y el confinamiento de estas personas. Más tarde, debido al auge de los test mentales y las teorías sobre la inteligencia, se pone el acento en el constructo de CI y en su medición normativa para definir y clasificar a las personas con DI.

La definición actual de DI tal y como parece en la undécima edición del manual de la AAIDD es: “la discapacidad intelectual se caracteriza por limitaciones significativas tanto en el funcionamiento intelectual como en la conducta adaptativa tal y como se ha manifestado en habilidades adaptativas conceptuales, sociales y prácticas. Esta discapacidad se origina antes de los 18 años” (Schalock et al., 2010, p. 33). Esta definición permanece igual que en el anterior manual (Luckasson et al., 2002) salvo por el cambio del término de retraso mental por el de discapacidad intelectual. La diferencia entre estos dos constructos está en que el término DI da mayor importancia al ajuste entre el funcionamiento de la persona y el contexto en el que se desenvuelve mientras que el término retraso mental hace referencia a una condición interna del individuo. Esta definición va acompañada de cinco premisas que precisan el contexto en el que surge y cómo aplicarla.

Desde que la AAIDD propusiera en su novena edición (Luckasson et al., 1992) el modelo multidimensional en la comprensión de la DI, se ha producido un cambio de paradigma en el que se abandona una concepción reduccionista, basada

en las deficiencias de la persona, en favor de la concepción interaccionista entre las características de la persona y el ambiente, y que además introduce el concepto de apoyos. Este enfoque multidimensional se basa en el marco del funcionamiento humano, de esta forma, la manifestación de la DI supondría la interacción recíproca y dinámica entre las habilidades intelectuales, la conducta adaptativa, la salud, la participación, el contexto y los apoyos individualizados.

Aunque sea el mejor modo de representar y evaluar el funcionamiento intelectual, el CI no puede ser utilizado como único criterio para el diagnóstico de la DI, por lo que es necesario tener en cuenta la importancia de las demás dimensiones del funcionamiento humano.

Otro modo de establecer un dictamen de DI lo constituyen los criterios diagnósticos que la Asociación Americana de Psiquiatría describe en el DSM-5. Este sistema clasificatorio divide la discapacidad en leve, moderada, grave y profunda en función de su gravedad, teniendo en cuenta los dominios conceptual, social y práctico.

Además, para realizar el diagnóstico de DI es fundamental identificar las causas o etiología de la discapacidad. Luckasson (2002) define la etiología como un constructo multifactorial compuesto por cuatro categorías de factores de riesgo biomédicos, sociales, conductuales y educativos, que interactúan a través del tiempo y afectan al funcionamiento general de las personas. Así, estos factores pueden aparecer en distintos momentos que generalmente se clasifican en los que tienen lugar antes, durante o después del nacimiento de la persona.

En las últimas décadas la salud mental de las personas con DI ha despertado un creciente interés. En diversos estudios se han confirmado altas tasas de prevalencia tanto de enfermedad mental como de trastornos de conducta en la población con DI (Cooper et al., 2007; Grey et al., 2010). Estos datos podrían reflejar una mayor vulnerabilidad de las personas con DI hacia la psicopatología debido a la influencia de tres grandes grupos de factores, como son los factores

biológicos, los psicológicos y los ambientales o socioculturales. Aunque las investigaciones en este aspecto sean todavía recientes, otro posible factor de vulnerabilidad en la salud mental de las personas con DI es el estrés. Algunos estudios evidencian el mayor riesgo de padecer las consecuencias negativas del estrés de este colectivo, ya que probablemente tengan menos recursos para afrontarlo (Hartley y MacLean, 2009). Además de con características propias de la DI como las limitaciones intelectuales o las dificultades de comunicación, estos datos podrían estar relacionados con otros aspectos que acompañan la realidad de este colectivo como es la institucionalización o la falta de poder de decisión sobre sus propias vidas. Esto a menudo conlleva una falta de autonomía y control e implica cuestiones como por ejemplo el no poder evitar las relaciones interpersonales estresantes o apenas tener privacidad.

Ampliar el grado de conocimiento sobre como afrontan el estrés las personas con DI y que estrategias de afrontamiento utilizan, servirá sin duda para mejorar los apoyos y servicios disponibles para estas personas.

ESTUDIO DE INVESTIGACIÓN

CAPÍTULO 4

DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

En este primer capítulo de la segunda parte se contextualiza y expone el diseño de la investigación. En el primer apartado se justifican las razones para llevar a cabo este estudio y se plantea la escasez de investigaciones sobre cómo afecta el estrés a las personas con DI.

En el segundo epígrafe se muestran los datos generales del centro especial de empleo de la Fundación CISA - Grupo ASPANIAS de Burgos, institución donde se llevó a cabo el estudio, y se describe la distribución de las personas atendidas por esta entidad en función del tipo de discapacidad que presentan.

El apartado siguiente se dedica al planteamiento de la investigación. Tras presentar los problemas a los que intenta dar respuesta este estudio, se exponen los objetivos del mismo para continuar con el desarrollo de las hipótesis de trabajo que serán contrastadas en el posterior capítulo. Finalmente se definen las variables y se explica el tipo de diseño de la investigación junto con la metodología empleada, describiendo a los participantes, el instrumento y el procedimiento llevado a cabo.

1. JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

Este estudio pretende contribuir con sus resultados a mejorar la actual situación científica y psico-socio-sanitaria de las personas que presentan una DI leve en nuestro país. El interés principal es conocer mejor si el hecho de presentar o no una DI establece una diferencia en el tipo de estrategias de afrontamiento utilizadas ante el estrés, para poder entender y comprender sus respuestas al mismo, y proponer las medidas más adecuadas para mejorar su participación e inclusión social.

En los capítulos anteriores se ha expuesto una revisión de las investigaciones, los avances conceptuales y la bibliografía existente sobre el ámbito que nos ocupa. La realidad es que se ha encontrado poca documentación en la búsqueda realizada. Los escasos escritos hallados sobre el afrontamiento y el estrés en personas con DI durante los diez últimos años son puntuales y no han trascendido suficientemente, no habiéndose encontrado demasiada investigación realizada en España al respecto. Los artículos más numerosos, sin ser muchos, se refieren de manera casi exclusiva a la forma en la que familiares o profesionales hacen frente al desgaste que supone el cuidado de una persona con DI.

Las investigaciones se han centrado en cómo la atención a personas con DI puede ser fuente de estrés para los que les rodean. Sin embargo, apenas existen estudios sobre el modo en que las personas con DI afrontan las contrariedades que la vida les plantea, o que se hayan ocupado de analizar las limitaciones intelectuales como posible variable moduladora de la respuesta de estrés en este colectivo.

Por estas razones, para enmarcar nuestra investigación nos hemos tenido que basar en los estudios de afrontamiento en personas con algún tipo de trastorno o afección y en los llevados a cabo con población normal, entre ellos, los realizados con niños y adolescentes, tanto en la justificación teórica como en la parte empírica.

Como hemos ido viendo, el estrés es una respuesta general del organismo ante demandas internas o externas que resultan amenazantes para los intereses de una persona y que consiste en la movilización de recursos fisiológicos y psicológicos para poder afrontar estas demandas. Sin embargo, la mera presencia de éstas no es suficiente para que se manifieste el estrés, sino que debe considerarse la interacción entre las situaciones potencialmente estresantes y la valoración que de éstas hace un individuo en particular.

Situar la valoración como punto intermedio entre las situaciones estresantes y la respuesta de estrés explica la variabilidad interpersonal entre las diferentes respuestas de afrontamiento ante una misma situación generadora de estrés.

La valoración sobre la relevancia de la situación como amenazante para nuestros intereses o para nuestra seguridad, junto con la valoración sobre nuestros propios recursos para hacer frente a la situación, es un proceso eminentemente cognitivo donde entran en juego distintas funciones como el razonamiento, la capacidad para la resolución de problemas, la planificación o la capacidad para poder interpretar estados emocionales internos. Funciones que precisamente se encuentran limitadas en las personas con DI.

Estas limitaciones en sus funciones cognitivas van a comprometer el ajuste de la persona con DI a un entorno en constante cambio y que cada vez exige una mayor flexibilidad y capacidad adaptativa. Por otro lado, el hecho de la mayor vulnerabilidad de las personas con DI al desarrollo de enfermedades mentales o de problemas de comportamiento, bien pudiera estar relacionado con el tipo de estrategias utilizadas ante la adversidad.

Por lo tanto, se considera necesario profundizar en este tema por las siguientes razones:

- El número de trabajos científicos que versan sobre el afrontamiento del estrés y la DI es muy escaso, prácticamente inexistente en nuestro

entorno y muy limitado también en otros países.

- En general, las herramientas para evaluar el afrontamiento ante el estrés son pocas, la mayoría son traducciones y adaptaciones de otras realizadas en países anglosajones. Muchos de los estudios de adaptación de estas herramientas efectuados en España no obtienen valores consistentes en cuanto a su estructura y propiedades psicométricas para ser aplicados en población con funcionamiento típico o con discapacidad.
- El estudio del afrontamiento y del estrés dentro del ámbito de la DI se ha centrado prácticamente en su totalidad en el análisis de cómo familiares o cuidadores de personas con esta discapacidad se enfrentan al hecho de tener que cuidar y atender a una persona con graves limitaciones funcionales.
- Hay un gran interés por conocer y ampliar los conocimientos que existen sobre el estrés en la población general. En colectivos de gran vulnerabilidad este interés se ve más limitado a la curiosidad e inquietud de determinados profesionales y familiares que desean profundizar en las técnicas de afrontamiento y más concretamente en cómo las personas con DI con mejores niveles de funcionamiento procesan y actúan ante situaciones generadoras de ansiedad para poder actuar en consecuencia.
- Dadas las graves dificultades en la comunicación que presentan las personas con DI con niveles de funcionamiento más limitados, conocer con mayor exhaustividad cómo manejan las situaciones generadoras de estrés las personas con DI leve ayudará en la comprensión no sólo de estas personas, sino que, posiblemente, también de aquellas que presentan mayores limitaciones en el funcionamiento general y en la comunicación en particular.
- En muchas ocasiones, aquellos que interaccionan con las personas con DI pueden hacer interpretaciones erróneas o incompletas ante ciertas

respuestas a situaciones de estrés, atribuyendo el uso de estrategias de afrontamiento poco adecuadas a problemas conductuales o síntomas psicopatológicos. Esta identificación puede conducir a la realización de diagnósticos erróneos con la consiguiente inadecuación de tratamientos psicoeducativos y/o farmacológicos.

- El paso de la institucionalización a la integración en la comunidad de las personas con DI ha incrementado la necesidad de que éstas sean capaces de desarrollar estrategias de autocontrol en oposición a los métodos de control externo de la conducta tradicionalmente utilizados, ya que, el no ser capaces de gestionar sus respuestas emocionales mediante el uso de estrategias de afrontamiento adecuadas, va a limitar las oportunidades de inclusión social y laboral de este colectivo.

2. CONTEXTUALIZACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

2.1. DATOS GENERALES DE LA ENTIDAD

La población objeto de nuestro estudio son personas con una DI leve, sin otras discapacidades de tipo sensorial o psicopatología asociada, que trabajan en el centro especial de empleo de la Fundación CISA - Grupo ASPANIAS en Burgos.

La Fundación CISA (Central Integral de Servicios de Aspanias) se constituye en el año 2012 como tercer pilar de ASPANIAS con el objetivo de generar oportunidades de empleo para personas con discapacidad y/o grave riesgo de exclusión social.

La Asociación ASPANIAS Burgos (Asociación de Padres y Familiares de Personas con Discapacidad Intelectual) se creó en el año 1964 a partir de la inquietud de un grupo de familias de Burgos con hijos con DI. Es una

organización social declarada de utilidad pública y sin ánimo de lucro, cuya misión es la de mejorar la calidad de vida de las personas con DI y la de sus familias.

Los objetivos fundamentales de la fundación CISA son:

- La inclusión social y laboral de las personas con discapacidad, preferentemente con discapacidades intelectuales o del desarrollo, y de otras personas que presenten especiales dificultades de acceso al empleo, como pueden ser las personas con enfermedad mental.
- Generar los apoyos y acompañamientos adecuados para cada persona con discapacidad, en un marco de itinerarios profesionales y vitales, que le garanticen la formación, el acceso y el mantenimiento del empleo, como claves para desarrollar su proyecto de vida.
- Intervenir en los entornos familiares, vitales y comunitarios que permitan lograr nuevas oportunidades de participación y la mayor implicación de estos entornos en el desarrollo del proyecto de vida de las personas con discapacidad.

2.2. POBLACIÓN ATENDIDA

En el momento de la investigación, en el centro especial de empleo de la Fundación CISA - Grupo ASPANIAS trabajan 244 operarios con discapacidad o enfermedad mental.

La distribución de usuarios, atendiendo al tipo de discapacidad, se refleja en la tabla 4. En ella, también se recoge la frecuencia y el porcentaje de personas en función del nivel de inteligencia, aceptando la clasificación que indica el DSM-5 (APA, 2013).

Tabla 4

Número y porcentaje de operarios del centro especial de empleo según el tipo de discapacidad

	n	%
Discapacidad Intelectual	131	53,68
<i>Leve</i>	103	78,62
<i>Moderada</i>	28	21,37
Capacidad Intelectual Limite	29	11,88
Discapacidad Física	26	10,65
Discapacidad Sensorial	8	3,27
Enfermedad Mental	50	20,50

Del total del grupo, formado por las personas con una DI leve, 63 personas cumplirían con el criterio que delimita la población elegida para nuestra investigación, es decir, personas con DI leve y que no presentan otra discapacidad de tipo sensorial ni psicopatología asociada (ver tabla 5).

Tabla 5

Distribución de operarios con DI leve

Enfermedad mental		Discapacidad sensorial		Sin enfermedad mental ni discapacidad sensorial	
n	%	n	%	n	%
23	22,33	17	16,50	63	61,16

3. PLANTEAMIENTO DE LA INVESTIGACIÓN

3.1. PROBLEMAS

Una vez contextualizada y enmarcada la investigación que se plantea en este trabajo y antes de proponer los objetivos y las hipótesis, se exponen, a partir de una vasta reflexión, los interrogantes o problemas que subyacen y a los que se intenta dar respuesta en este estudio, con el objeto de contribuir a aumentar el corpus de conocimiento sobre el tema que nos ocupa.

Estos y otros interrogantes han ido surgiendo a lo largo de la experiencia profesional del trabajo con personas con DI, de la búsqueda de respuestas a cuestiones que surgen en el manejo de las conductas de personas con diversidad funcional y de la consulta de bibliografía e investigaciones sobre el tema. Las preguntas que se plantean en este estudio son: ¿El Inventario de Estrategias de Afrontamiento (CSI) manifiesta una adecuada consistencia interna cuando se

aplica a una muestra que incluye personas con DI? ¿Las personas con DI utilizan las estrategias de afrontamiento del estrés del mismo modo que las personas sin esta discapacidad? ¿Cuáles son las estrategias de afrontamiento que utilizan más frecuentemente? ¿Existe relación entre el nivel de inteligencia y la utilización de determinadas estrategias de afrontamiento? La percepción que una persona tiene sobre el apoyo social del que dispone ¿Puede ser un factor que influya en la intensidad del estrés o de su capacidad de afrontamiento? También nos interesa saber si ¿Existen ciertas variables sociodemográficas que influyan en el tipo de estrategias de afrontamiento utilizadas?

3.2. OBJETIVOS

Una vez expuestos los problemas a los que se pretenden dar respuesta en esta investigación, se formulan los objetivos de la misma.

3.2.1. Objetivo general

Analizar las estrategias de afrontamiento que utilizan las personas con DI leve, con la finalidad de comprender el comportamiento de estas personas y mejorar su funcionamiento y participación social en los distintos contextos.

3.2.2. Objetivos específicos

- Observar las relaciones que puedan darse entre ciertas variables sociodemográficas y el tipo de estrategias de afrontamiento que utilizan las personas ante situaciones estresantes.
- Analizar si la red social de apoyo percibido por las personas es un elemento que influye en la manera de afrontar el estrés.
- Comprobar si el Inventario de Estrategias de Afrontamiento (CSI) presenta una adecuada consistencia interna.

- Analizar si existen diferencias entre las estrategias de afrontamiento que utilizan más comúnmente las personas con DI y las empleadas por aquellas que no presentan esta discapacidad.
- Examinar la adecuación de las estrategias de afrontamiento utilizadas por las personas con DI en función a los criterios establecidos en el Inventario de Estrategias de Afrontamiento (CSI).
- Estudiar las relaciones que puedan aparecer entre la incidencia de los distintos tipos de respuesta ante la ansiedad (cognitivo, fisiológico o motor) y la utilización de determinadas estrategias de afrontamiento.

Con el desarrollo de estos objetivos se pretende sentar las bases para el conocimiento científico y análisis del constructo de inteligencia como variable independiente que puede influir en la capacidad de las personas para valorar e interpretar una situación, y por tanto, repercutir en el tipo de eventos percibidos como estresantes y en la clase de estrategias de afrontamiento que cada individuo es capaz de poner en marcha para enfrentarse a situaciones de estrés.

3.3. HIPÓTESIS DE TRABAJO

En este apartado los objetivos específicos descritos anteriormente se concretan en las hipótesis que aparecen a continuación y que serán contrastadas en el capítulo posterior.

Hipótesis 1. El tipo de estrategias de afrontamiento que utilizan las personas ante el estrés está en función de ciertas variables sociodemográficas como el género, la edad, tipo de residencia y/o el nivel de formación o nivel de estudios.

Hipótesis 2. Las estrategias de afrontamiento que utilizan las personas son diferentes en función de la red social de apoyo percibido.

Hipótesis 3. El inventario CSI aplicado a nuestra muestra manifiesta una adecuada consistencia interna.

Hipótesis 4. Las estrategias de afrontamiento más comúnmente utilizadas por las personas con discapacidad intelectual son diferentes a las usadas por aquellas que no presentan esta discapacidad.

Hipótesis 5. Las personas con discapacidad intelectual tienden a utilizar más las estrategias de afrontamiento consideradas como inadecuadas y menos las adecuadas.

Hipótesis 6. El número de respuestas cognitivas, fisiológicas o motoras que utilizan los participantes del estudio ante la ansiedad tiene relación con la estrategia de afrontamiento del estrés utilizada.

3.4. DEFINICIÓN DE VARIABLES

Si bien pensamos que todas las variables que recoge el protocolo de la escala son objetivos de este estudio, hemos considerado oportuno realizar su diferenciación en independientes y dependientes.

3.4.1. Variables independientes

Se corresponden con todos aquellos datos sociodemográficos y clínicos que se recogen en el protocolo elaborado para esta investigación y que se especifican en la tabla 6.

Tabla 6

Relación de variables independientes del estudio

VARIABLES INDEPENDIENTES	CATEGORÍAS
Discapacidad intelectual	DI leve (CI 70-55) Sin discapacidad intelectual
Género	Hombre Mujer
Rango de edad	< 30 años 31-40 años 41-50 años >51 años
Nivel de estudios	Sin estudios Primarios Secundarios Universitarios
Residencia	Independiente Piso compartido Institución o residencia Familiar
Red social de apoyo percibido	Amigos Familia Amigos y familia Nadie

Las variables independientes que se utilizan en este estudio, según sus propiedades matemáticas, las podemos denominar como cualitativas o categóricas, para su medición se utilizan escalas nominales. Por lo tanto, se asignan números a la variable con la única intención de clasificarlos o

designarlos. En este caso la medida se obtiene a partir del recuento o frecuencia que se da en cada una de las variables.

3.3.2. Variables dependientes

En este estudio las variables dependientes son las estrategias de afrontamiento que se miden con el Inventario de Estrategias de Afrontamiento del estrés (CSI) y que se agrupan en tres factores: primer, segundo y tercer orden (ver tabla 7), tal como aparecen en la versión original de Tobin et al. (1989).

Tabla 7

Estrategias de afrontamiento agrupadas por tipo de orden

Primer orden	Segundo orden	Tercer orden
Resolución de Problemas	Manejo Adecuado	
Reestructuración Cognitiva	Centrado en el Problema	Manejo Adecuado
Apoyo Social	Manejo Adecuado	
Expresión Emocional	Centrado en la Emoción	
Evitación de Problemas	Manejo Inadecuado	
Pensamiento Desiderativo	Centrado en el Problema	Manejo Inadecuado
Retirada Social	Manejo Inadecuado	
Autocritica	Centrado en la Emoción	

Fuente: Elaboración propia.

El factor de primer orden lo constituyen ocho estrategias de afrontamiento con cinco ítems cada una:

- **Resolución de Problemas (REP).** Estrategias cognitivas y conductuales encaminadas a eliminar el estrés modificando la situación que lo produce.
- **Autocrítica (AUT).** Estrategias basadas en la autoinculpación y la autocrítica por la ocurrencia de la situación estresante o su inadecuado manejo.
- **Reestructuración Cognitiva (REC).** Estrategias cognitivas que modifican el significado de la situación estresante.
- **Apoyo Social (APS).** Estrategias referidas a la búsqueda de apoyo emocional.
- **Expresión Emocional (EEM).** Estrategias encaminadas a liberar emociones que acontecen en el proceso de estrés.
- **Evitación de Problemas (EVP).** Estrategias que incluyen la negación y evitación de pensamientos o actos relacionados con el acontecimiento estresante.
- **Pensamiento Desiderativo (PSD).** Estrategias cognitivas que reflejan el deseo de que la realidad no fuera estresante.
- **Retirada Social (RES).** Estrategias de retirada de amigos, familiares, compañeros y personas significativas asociadas con la reacción a emociones en el proceso estresante.

En la escala original (Tobin et al., 1989) se incluyen las escalas de segundo orden que surgen de la agrupación empírica de las primarias y que se reducen a cuatro:

- **Manejo Adecuado centrado en el Problema (MAP).** Indica un afrontamiento adaptativo centrado en el problema, ya sea modificando la situación o su significado. Incluye las subescalas primarias: Resolución de Problemas y Reestructuración Cognitiva.
- **Manejo Adecuado centrado en la Emoción (MAE).** Refleja un afrontamiento adaptativo centrado en el manejo de las emociones que afloran en el proceso estresante. Incluye las subescalas: Apoyo Social y Expresión Emocional.
- **Manejo Inadecuado centrado en el Problema (MIP).** Indica un afrontamiento desadaptativo centrado en el problema, bien evitando las situaciones estresantes o fantaseando sobre realidades alternativas pasadas, presentes o futuras. Incluye las subescalas: Evitación de Problemas y Pensamiento Desiderativo.
- **Manejo Inadecuado centrado en la Emoción (MIE).** Refleja un afrontamiento desadaptativo centrado en las emociones, basado en el aislamiento, la autocrítica y la autoinculpación. Incluye las subescalas: Retirada Social y Autocrítica.

Las estrategias de tercer orden surgen de la agrupación empírica de las secundarias que se concretan en dos:

- **Manejo Adecuado.** Indica los esfuerzos activos y adaptativos por compensar la situación estresante. Incluye las subescalas primarias: Resolución de Problemas, Reestructuración Cognitiva, Apoyo Social y Expresión Emocional.
- **Manejo Inadecuado.** Sugieren un afrontamiento pasivo y desadaptativo. Incluye las subescalas: Evitación de Problemas, Pensamiento Desiderativo, Retirada Social y Autocrítica.

Para contrastar toda esta información, ver tabla 7 y consultar el apartado relativo al instrumento en el capítulo 2.

Otra variable dependiente del estudio son las “sensaciones y síntomas ante situaciones difíciles y acontecimientos importantes” que se clasifican en Respuestas Cognitivas, Físicas y Motoras (ver tabla 8). Para definir los ítems de esta variable se tuvieron en cuenta algunos de los enunciados conductuales del Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad (ISRA) (Miguel-Tobal y Cano-Vindel, 2002). Estos ítems fueron seleccionados de manera consensuada por un grupo de expertos en DI.

Tabla 8

Sensaciones y síntomas ante situaciones difíciles y acontecimientos importantes

Respuestas Cognitivas	Respuestas Físicas	Respuestas Motoras
Me preocupo fácilmente	Tensión muscular	Lloro con facilidad
Me siento inseguro de mí mismo	Dolor de cabeza	Muevo rítmicamente la pierna, mano ...
Me siento observado/criticado	Taquicardias, palpitaciones	Fumo, como o bebo en exceso
Doy vueltas a las cosas sin decidirme	Dificultades respiratorias	Evito/huyo de la situación
Me siento inferior a los demás	Molestias gastrointestinales	Me quedo bloqueado/paralizado
Tengo dificultades para concentrarme	Sudoración excesiva	Me cuesta expresarme con claridad
Me vuelvo triste/ apático	Tics, temblores, escalofríos	
Tengo mal humor/ estoy irritable	Sequedad de boca	

3.3.3. Variables contaminantes

En esta investigación no se manipulan variables, pero existen una serie de variables contaminantes o extrañas que median entre las variables dependientes e independientes y podrían afectar en los resultados y en consecuencia a las conclusiones del estudio. Es importante tenerlas en cuenta aunque en muchas ocasiones su control es bastante complejo. Una de las variables que más puede afectar en nuestro estudio es la cumplimentación del protocolo de recogida de información. En el grupo de personas sin discapacidad fue autoadministrado, por lo que para mitigar las posibles dificultades en su realización se facilitaron por escrito junto al protocolo las normas para su cumplimentación. En el caso de los participantes con DI las entrevistas fueron aplicadas por profesionales expertos en discapacidad, con formación básica en técnicas de recogida de datos e investigación y grandes conocedores de la persona evaluada (al menos 6 meses).

Otra posible variable que puede afectar en los resultados del estudio son las limitaciones que, en general, presentan las personas con DI. Puede suceder que el grado de competencia lingüística de estas personas se encuentre por debajo del requerido para la comprensión de los enunciados de la prueba. Como consecuencia, el evaluado puede frustrarse y querer abandonar la tarea o emitir respuestas aleatorias y poco reflexivas. Para reducir este posible impacto en las respuestas el protocolo es aplicado por un profesional que conoce bien al evaluado, adaptando el contenido de los ítems al nivel de comprensión. Además, antes de registrar la respuesta, el evaluador se asegura de que el participante ha entendido bien la pregunta.

Otro de los aspectos a considerar se debe al control que se deriva de la forma de actuar y de las respuestas de los participantes. Se cree por ello que, en el caso de las autoaplicaciones, es conveniente preservar el anonimato y la protección de los datos y en el caso de la aplicación para la recogida de datos de una entrevista, se debe indicar previamente, la idoneidad de cualquiera de las respuestas. Estas consideraciones evitarán la deseabilidad social de los

participantes en las respuestas y el enmascaramiento de aquellas que puedan dar una imagen desfavorable de sí mismo. Para minimizar, en lo posible, la influencia de esta variable contaminante, se indica la necesidad de una participación voluntaria y sincera en la cumplimentación de los ítems.

Con respecto a la muestra de participantes, existe una amplia gama de características individuales y sociales en los mismos que podrían influir en los resultados, al respecto, es necesario decir que la diversidad puede ser contemplada como un aspecto enriquecedor en la obtención de datos.

3.5. METODOLOGÍA

3.5.1. Participantes

Participaron en el estudio un total de 131 personas adultas, de las cuales el 48,9% fueron varones y el 51,1% mujeres, con edades comprendidas entre los 20 y los 70 años ($M=35,17$, $DT=13,11$). La muestra fue seleccionada de forma incidental (ver apartado de procedimiento) y se establecieron, como se observa en la tabla 9, dos grupos: uno formado por participantes sin DI (al que nos referimos como grupo control) y otro constituido por personas con DI leve y sin otras discapacidades de tipo sensorial o psicopatología asociada, todos ellos operarios del centro especial de empleo de la Fundación CISA de Burgos.

La elección de personas con DI leve para la realización del estudio, excluyendo a las personas con otros niveles de DI, se debe al hecho de que la capacidad de introspección y análisis de la propia conducta va siendo menor a medida que la limitación cognitiva es mayor. Además, es necesario tener cierta competencia a nivel lingüístico y de comprensión de los enunciados referidos en los ítems de la prueba. No obstante, como ya se ha indicado, el profesional que administra el protocolo se debe adaptar a la individualidad y necesidades de cada caso. Por otro lado, se ha excluido a las personas que junto con la DI leve presentan una enfermedad mental diagnosticada que pudiese contaminar los

resultados debido a su forma particular de interpretar la realidad. También han sido excluidas las personas con discapacidad sensorial, fundamentalmente con graves déficits auditivos, debido a las dificultades para establecer con ellas una comunicación fluida. En la tabla 9 se recogen los datos sociodemográficos del conjunto de la muestra, identificando los datos relativos a los participantes del grupo control y del grupo de personas con DI leve.

Comparando las frecuencias de los dos grupos podemos concluir que el porcentaje por género es similar en ambos, aunque están invertidos, comprobando que el número de mujeres es ligeramente mayor en el grupo control y, por el contrario, el de varones lo es en el grupo de personas con DI.

En ambos grupos, los mayores porcentajes en cuanto a la edad se producen en los rangos más jóvenes.

En cuanto al nivel de estudios, como era esperable, es mayor en el grupo control que en el de los participantes con DI.

El porcentaje de participantes que viven en familia es similar en ambos grupos, siendo mayor el porcentaje de participantes que viven de manera independiente, bien solos o en un piso compartido, en el grupo control, por el contrario es ligeramente mayor el número de participantes con DI que viven en una institución.

En cuanto al apoyo social percibido, el 9,1% de los participantes del grupo control cuentan exclusivamente con los amigos frente al 20,8% que vivencia el apoyo exclusivo de la familia, pero la mayoría, el 67,5% disponen tanto de amigos como de la familia. En el otro grupo, los porcentajes son similares en las tres primeras categorías, ya que el 22,2% cuenta exclusivamente con amigos, el 29,6% exclusivamente con la familia e igual porcentaje indica tener el apoyo de la familia y de los amigos, curiosamente, el 18,5% considera que no tiene ningún tipo de apoyo social en contraposición al 2,6% de grupo sin discapacidad.

Tabla 9

Características sociodemográficas por grupos y de la muestra total

		Control		Personas con DI		Total	
		n	%	n	%	n	%
Género	Hombre	34	44,2	30	55,6	64	48,9
	Mujer	43	55,8	24	44,4	67	51,1
	Total	77	100,0	54	100,0	131	100,0
Edad	< 30 años	41	53,2	18	33,3	59	45,0
	31-40 años	14	18,2	18	33,3	32	24,4
	41-50 años	13	16,9	10	18,5	23	17,6
	>51 años	9	11,7	8	14,9	17	13,0
	Total	77	100,0	54	100,0	131	100,0
Nivel de estudios	Sin estudios	0	0,0	5	9,3	5	3,8
	Primarios	4	5,2	40	74,1	44	33,6
	Secundarios	39	50,6	9	16,7	48	36,6
	Universitarios	34	44,2	0	0,0	34	26,0
	Total	77	100,0	54	100,0	131	100,0
Residencia	Independiente	15	19,5	4	7,4	19	14,5
	Piso compartido	13	16,9	12	22,2	25	19,1
	Residencia	5	6,5	6	11,1	11	8,4
	Familia	44	57,1	32	59,3	76	58,0
	Total	77	100,0	54	100,0	131	100,0
Apoyo social	Amigos	7	9,1	12	22,2	19	14,5
	Familia	16	20,8	16	29,6	32	24,4
	Amigos y familia	52	67,5	16	29,6	68	51,9
	Nadie	2	2,6	10	18,5	12	9,2
	Total	77	100,0	54	100,0	131	100,0

3.5.2. Instrumento

El instrumento que se utiliza en este estudio es la adaptación española del Inventario de Estrategias de Afrontamiento del estrés (CSI) de Cano et al. (2007). Se divide en dos partes, la primera consiste en una descripción relatada, escrita y lo más detallada posible de una situación estresante y la segunda parte la forman 40 ítems tipo likert con cinco posibles respuestas, en los que el participante debe contestar con qué frecuencia se da la conducta de afrontamiento en la situación descrita en la primera parte. Al final de la escala, el evaluado debe responder a un ítem adicional sobre la autoeficacia percibida de afrontamiento “¿*Me considere capaz de afrontar la situación?*”. Como en el resto de ítems las opciones de respuesta son cinco: 0 = en absoluto, 1 = un poco, 2 = bastante, 3 = mucho y 4 = totalmente. El inventario presenta una estructura jerárquica compuesta por ocho escalas primarias, cuatro secundarias y dos terciarias, para más información sobre el inventario CSI se puede consultar el capítulo 2 de esta tesis, *Variables del estrés*.

En la tabla 10 se exponen los alfas de Cronbach en los factores de primer orden obtenidos en los diferentes estudios previos llevados a cabo con el inventario CSI: Tobin et al. (1989), Cano et al. (2007) y Navas et al. (2010).

Este inventario forma parte, junto con otros ítems que recogen información sociodemográfica de los participantes, del protocolo para el estudio del estrés y las estrategias de afrontamiento en las personas con DI, instrumento final que se utiliza en este estudio y que se adjunta en el anexo 1.

Tabla 10

Alfa de Cronbach del inventario CSI en estudios previos

	Tobin et al. (1989)			Cano et al. (2007)			Navas et al. (2010)		
	Ítems	Var.	α	Ítems	Var.	α	Ítems	Var.	α
REP	9	5%	0.82	5	9%	0.86	5	8%	0.80
AUT	9	12%	0.94	5	9%	0.89	5	9%	0.86
EEM	9	6%	0.89	5	8%	0.84	5	8%	0.86
PSD	9	4%	0.78	5	8%	0.78	5	8%	0.84
APS	9	6%	0.89	5	8%	0.80	5	8%	0.84
REC	9	3%	0.83	5	7%	0.80	5	7%	0.82
EVP	9	7%	0.72	5	6%	0.63	5	7%	0.70
RES	9	4%	0.81	5	5%	0.65	5	6%	0.78
Total	72	47%		40	60%		40	62%	

Fuente: Adaptada de Navas et al. (2010).

3.5.3. Tipo de investigación y diseño

La elección del diseño de investigación requiere, según Moya, Rincón, Valcárcel, Escudero y Benito (2005), dar respuesta a tres cuestiones básicas: la organización y estructuración de la investigación, el grado de intervención sobre las variables y la naturaleza de los datos. El presente trabajo pretende un alto grado de estructuración en la recogida y tratamiento de la información a través del uso de la

técnica de cuestionario. Por otra parte, no se va a llevar a cabo ninguna intervención sobre las variables, se busca relacionar diferentes variables con el objeto de encontrar diferencias significativas entre las mismas.

No se debe olvidar que el diseño de la investigación debe dar respuesta a los objetivos planteados. En nuestro caso, el fin último es conocer las estrategias de afrontamiento que utilizan las personas con DI ante situaciones de estrés concretas, frente a las que utilizan las personas sin discapacidad.

En esta tesis se plantea un diseño de carácter descriptivo y exploratorio, puesto que mide variables relacionadas con el objeto de la investigación de forma objetiva y comprobable, cuasiexperimental porque aunque no incluye un grupo de tratamiento, cuenta con un grupo control (personas sin DI) donde los participantes son asignados de manera no aleatoria y de corte transversal al tratarse de una investigación en la que se recoge información en un único momento temporal.

3.5.4. Procedimiento

Se revisa la literatura científica referente a cómo se ha ido entendiendo a lo largo de la historia de los conceptos de estrés y afrontamiento, esta labor se ha abordado de la mano de autores como Selye, Lazarus, Sapolsky, Sandín o Labrador y cuáles son las herramientas más utilizadas para su estudio, intentando adquirir la mayor información posible en su relación con las personas con DI. La búsqueda se llevó a cabo a partir de diversas fuentes documentales primarias y secundarias con el objeto de acceder a los materiales y documentación científica lo más actualizada posible. Tras la lectura de distintos manuales y publicaciones científicas, y comprobar la escasez de trabajos que engloben los dos pilares fundamentales de este estudio, el afrontamiento del estrés y la discapacidad intelectual, se intentó seguir los pasos realizados en otros colectivos para realizar el estudio del afrontamiento del estrés en personas con DI.

3.5.4.1. Elaboración del protocolo

Una vez que se ha decidido el tema de la investigación y considerado conveniente la aplicación de pruebas de evaluación adaptadas a la población española, se inicia la búsqueda y comparación de las mismas para seleccionar aquella que sea fácilmente aplicable al colectivo de persona con DI, que tenga las suficientes garantías psicométricas para poder ser utilizada y que su estructura se adecue al marco teórico más aceptado actualmente. De todas las pruebas analizadas se elige la adaptación española de Cano et al. (2007) del Inventario de Estrategias de Afrontamiento (CSI) (Tobin, et al., 1989), que se describe ampliamente en este trabajo. Este inventario junto con preguntas para recoger información sociodemográfica de la muestra conforman el protocolo para el estudio del estrés y las estrategias de afrontamiento en las personas con DI.

3.5.4.2. Selección de la muestra

El procedimiento que se requiere para formar la muestra es no probabilístico, ya que no se utiliza en ninguna de sus fases un procedimiento aleatorio, por lo que los resultados únicamente serán válidos en la muestra en la que se obtienen. En concreto, dentro de los procedimientos no probabilísticos, la muestra de esta investigación es de conveniencia ya que se seleccionan los casos disponibles y que cumplen los criterios para su participación en la misma: diagnóstico de DI leve sin otra discapacidad de tipo sensorial ni psicopatología asociada.

En el caso del grupo de participantes con DI, se debe tener en cuenta que es necesario un nivel de CI leve para formar parte de la muestra de este estudio, porque la respuesta a los ítems del CSI requiere de cierto nivel de razonamiento cognitivo y de lenguaje verbal. Además, existe una dificultad añadida para formar la muestra, conseguir compatibilizar la dedicación y la responsabilidad laboral con el tiempo que se necesita para responder el protocolo. Estos dos hechos, contribuyeron a elegir a los participantes por su nivel de competencias lingüísticas y cognitivas, y por su disponibilidad.

El grupo con DI de la muestra final está formado por 54 personas del total de 63 operarios del centro especial de empleo que cumplían con los criterios descritos para el desarrollo de la investigación, dado que 9 de estas personas no accedieron a participar en el estudio.

Para formar el grupo de participantes sin DI se hizo llegar online el protocolo de forma aleatoria a distintas personas para que lo contestaran, solicitando de ellos la mayor exactitud en sus respuestas. Se recibieron 83 protocolos, de los cuales 6 tuvieron que ser eliminados por no haberlo cumplimentado correctamente, por lo que finalmente la muestra de personas sin DI queda compuesta por 77 participantes.

3.5.4.3. Administración del protocolo

Se solicitan los correspondientes permisos a la Fundación CISA y se informa a los responsables de las características y objetivos generales de la investigación. También se asegura la confidencialidad de los datos y el anonimato. El instrumento utilizado es sometido tanto a la aprobación de la institución responsable como de los trabajadores con discapacidad. Una vez obtenido el consentimiento para su aplicación, tanto de la institución como de los participantes en el estudio, se procede a la administración individual del mismo. Todos los participantes reciben instrucciones de cómo deben completar los ítems del cuestionario.

El instrumento se aplica individualmente en ambos grupos, de forma autoadministrada en el grupo control y a través de una entrevista en el grupo de personas con DI. La entrevista es realizada por psicólogos con experiencia en el ámbito de la discapacidad y que conocen a la persona evaluada.

3.5.4.4. Recogida y análisis de datos

Una vez obtenidos los datos a través del protocolo, se procede a la codificación de los mismos para llevar a cabo los análisis estadísticos con el programa IBM SPSS Statitics-22. Además de una descripción de la muestra y del análisis estadístico

descriptivo habitual en este tipo de estudios, se contrastan las hipótesis con pruebas de significación estadística con el objeto de aceptarlas o de rechazarlas.

Se utilizan preferentemente pruebas paramétricas pero en ocasiones es recomendable utilizar las no paramétricas cuando las variables no son de intervalo y cuando no se puede asumir que los datos se ajusten a una distribución normal. En nuestro caso, al considerar la relación entre las variables dependientes (estrategias de afrontamiento) y determinadas variables categóricas, se aplica la prueba de Kolmogorov - Smirnov para verificar la normalidad de la distribución de las variables. En el caso de que exista normalidad, para comparar las puntuaciones de los dos grupos de la muestra y saber si las diferencias son significativas se utiliza la t de Student para muestras independientes y cuando se requiere comparar las puntuaciones de varios grupos se utiliza el procedimiento de ANOVA de un factor. En el caso en que no se demuestre esta normalidad, se recurrirá a la prueba no paramétrica U de Mann-Whitney cuando son dos muestras independientes y a la de Kruskal - Wallis si son más de tres muestras.

Para estudiar la fiabilidad del inventario se utiliza el alpha de Cronbach. Para comprobar si existen diferencias entre las estrategias de afrontamiento utilizadas entre el grupo de PDI y el grupo control, se realiza la prueba t de Student para muestras independientes que compara las medias de los dos grupos de participantes e indica si se puede o no asumir varianzas poblacionales iguales a través del contraste de Levene. Por último, se analizan frecuencias y porcentajes de participantes que seleccionan distintos tipos de respuesta ante la ansiedad y se observan las relaciones de éstos con las diferentes estrategias de afrontamiento a través del coeficiente de correlación de asociación lineal de Pearson y para analizar las relaciones de los ítems de las respuestas con las estrategias de afrontamiento el coeficiente de correlación ordinal de Spearman.

CAPÍTULO 5
RESULTADOS E INTERPRETACIÓN
DE LOS DATOS

1. DEMOSTRACIÓN E INTERPRETACIÓN DE HIPÓTESIS

En este capítulo se exponen los resultados obtenidos para comprobar las hipótesis de esta investigación, para ello se han utilizado diferentes pruebas estadísticas que proporcionan la información necesaria para su valoración. Primeramente, se incluyen las hipótesis que analizan la influencia de determinadas variables individuales y sociales en las respuestas de afrontamiento tanto en el conjunto de la muestra como en cada uno de los grupos de estudio, seguidamente las que tienen que ver con la adecuación estadística del Inventario de Estrategias de Afrontamiento (CSI) analizando su consistencia interna y finalmente se exponen las que comparan los dos grupos de participantes: personas con discapacidad intelectual y grupo control.

HIPÓTESIS 1. El tipo de estrategias de afrontamiento que utilizan las personas ante el estrés está en función de ciertas variables sociodemográficas como el género, la edad, el tipo de residencia y/o el nivel de formación o nivel de estudios.

En esta hipótesis se va a analizar la relación de determinadas variables, principalmente sociodemográficas, con distintas estrategias de afrontamiento. La importancia de esta parte del estudio es valorar si estas variables pueden estar influyendo en la utilización de las estrategias tanto en el grupo control como en el de personas con DI y en el conjunto de la muestra.

Para analizar la existencia de diferencias significativas en función del género en las variables estudiadas se realizó en primer lugar la prueba de Kolmogorov - Smirnov para establecer si la distribución de dicha variable se ajusta a una distribución normal. Esta prueba es importante, ya que determina que estadísticos futuros serán los más adecuados. En el caso de que exista una distribución normal utilizaremos la prueba t de Student, pero, por el contrario, si uno de los grupos de la muestra no se distribuye normalmente, se deberá utilizar

una prueba no paramétrica con la misma utilidad, en este caso sería conveniente la U de Mann - Whitney porque puede ser aplicada a datos medidos de forma ordinal.

En este caso, el nivel de significatividad obtenido al realizar la prueba Kolmogorov - Smirnov en la variable género, en el conjunto de la muestra y en cada uno de los grupos es 0,00, al ser menor de 0,05 se acepta que la distribución de las puntuaciones no es normal, por lo que para analizar la relación entre la variable género y las estrategias de afrontamiento del estrés es aconsejable la utilización de la prueba no paramétrica U de Mann - Whitney para muestras independientes (ver tabla 11).

Tabla 11

Significatividad en la comparación de medias según la variable género en los dos grupos de estudio

Estrategias de afrontamiento	Género	
	PDI	Control
Resolución de problemas	0,52	0,66
Autocritica	0,60	0,76
Expresión Emocional	0,66	0,00
Pensamiento Desiderativo	0,99	0,42
Apoyo Social	0,64	0,00
Reestructuración Cognitiva	0,44	0,65
Evitación de Problemas	0,44	0,22
Retirada Social	0,50	0,01

Nota: se muestran significaciones asintóticas. El nivel de significancia es <0,05.

PDI = grupo de Personas con Discapacidad Intelectual.

De la observación de la tabla anterior se desprende que no existen diferencias significativas en la utilización de los distintos tipos de estrategias de afrontamiento en función del género en el grupo de personas con discapacidad intelectual, pero sí en las estrategias de Expresión Emocional, Apoyo Social y Retirada Social para el grupo control. Hombres y mujeres con DI aunque obtienen puntuaciones diferentes, no difieren en la forma de enfrentarse a situaciones de estrés de manera significativa. Respecto a los hombres y mujeres sin DI, las mujeres obtendrían mayores puntuaciones en Expresión Emocional y en Apoyo Social respecto a los hombres, y los hombres puntuarían más en Retirada Social en comparación con las mujeres.

A continuación se comprueba si hay diferencias respecto a la edad en la utilización de estrategias de afrontamiento, para ello se parte de la distribución por rangos de edad del grupo, como en el análisis anterior, se realiza la prueba de Kolmogorov - Smirnov para ver el ajuste de la variable a una distribución normal y se comprueba que el nivel de significatividad es 0,00, al ser menor de 0,05 se acepta que la distribución no es normal. Para analizar la relación entre los diferentes rangos de edad y las estrategias de afrontamiento se utiliza la prueba no paramétrica Kruskal - Wallis de muestras independientes, que es una extensión de la prueba de U de Mann - Whitney adecuada para comparar más de dos grupos.

En la tabla 12 se observa que únicamente hay diferencias en el grupo de personas con DI, concretamente en la estrategia de afrontamiento del estrés Apoyo Social, en el resto de estrategias se acepta que no existen diferencias significativas en función de la edad. Las puntuaciones medias de los participantes con DI en esta estrategia van en detrimento conforme avanza la edad, los < 30 años (M=33,28), entre 31-40 (M=30,89), entre 41-50 (M=22,60) y >51 años (M=13).

Tabla 12

Significatividad en la comparación de medias según el rango de edad

Estrategias de afrontamiento	Rango de edad	
	PDI	Control
Resolución de problemas	0,24	0,86
Autocritica	0,30	0,26
Expresión Emocional	0,13	0,06
Pensamiento Desiderativo	0,87	0,97
Apoyo Social	0,01	0,19
Reestructuración Cognitiva	0,20	0,21
Evitación de Problemas	0,26	0,44
Retirada Social	0,23	0,15

Nota: se muestran significaciones asintóticas. El nivel de significancia es $<0,05$.

PDI= grupo de Personas con Discapacidad Intelectual.

Seguidamente se analiza si la modalidad de residencia, entendida como el tipo de hogar en el que vive la persona, influye en la estrategia de afrontamiento que se utiliza ante situaciones estresantes. Para ello se utiliza la prueba no paramétrica Kruskal - Wallis para variables independientes, dado que como en los casos anteriores, la variable no se ajusta a una distribución normal.

En la tabla 13 se observa que no hay diferencias de medias en las distintas estrategias de afrontamiento con respecto al tipo de residencia. Este punto de la hipótesis no queda confirmado por lo que no se puede afirmar que las personas con y sin DI utilicen unas estrategias u otras en función del hogar en que viven. Sí que se observa, sin ser significativo, que los individuos con DI que viven en residencias institucionales obtienen medias más bajas en las estrategias de Autocritica, Apoyo Social, Reestructuración Cognitiva, Evitación de Problemas y

Retirada Social que el resto de personas que viven en piso compartido, de manera independiente o con su familia. En cambio los que viven de manera independiente son los que obtienen las medias más altas en este tipo de estrategias, salvo en Evitación de Problemas, que lo lideran las personas que habitan con sus familias. En el grupo control, sin ser significativo, se observa que los que viven en residencias obtienen medias más bajas en Retirada Social que el resto, pero las más altas en Apoyo Social, Reestructuración Cognitiva y Evitación de Problemas. Sin embargo, las que viven en piso compartido obtienen las medias más altas en Resolución de Problemas, Autocrítica, Expresión Emocional y Pensamiento Desiderativo y las más bajas en Reestructuración Cognitiva.

Tabla 13

Significatividad en la diferencia de medias en estrategias de afrontamiento según el tipo de residencia

Estrategias de afrontamiento	Tipo de residencia	
	PDI	Control
Resolución de problemas	0,53	0,25
Autocrítica	0,43	0,60
Expresión Emocional	0,46	0,52
Pensamiento Desiderativo	0,86	0,10
Apoyo Social	0,44	0,83
Reestructuración Cognitiva	0,46	0,14
Evitación de Problemas	0,07	0,47
Retirada Social	0,45	0,27

Nota: se muestran significaciones asintóticas. El nivel de significancia es <0.05 .

PDI= grupo de Personas con Discapacidad Intelectual.

En cuanto al nivel de estudios, como en los casos anteriores, se utiliza la misma prueba no paramétrica Kruskal - Wallis para variables independientes, ya que la variable no se ajusta a una distribución normal (ver tabla 14). Se estudia si el nivel de estudios de las personas puede influir de manera significativa en las puntuaciones de las estrategias de afrontamiento del estrés.

Tabla 14

Significatividad en la diferencia de medias en estrategias de afrontamiento según el nivel de estudios

Estrategias de afrontamiento	Nivel de estudios	
	PDI	Control
Resolución de problemas	0,34	0,37
Autocritica	0,81	0,40
Expresión Emocional	0,03	0,03
Pensamiento Desiderativo	0,70	0,26
Apoyo Social	0,01	0,12
Reestructuración Cognitiva	0,99	0,32
Evitación de Problemas	0,71	0,04
Retirada Social	0,98	0,92

Nota: se muestran significaciones asintóticas. El nivel de significancia es <0.05.

PDI = grupo de Personas con Discapacidad Intelectual.

Según estos resultados, se observa que existen diferencias significativas ($p < 0,05$) en las estrategias de afrontamiento Expresión Emocional y Apoyo Social en el grupo con discapacidad intelectual y en Expresión Emocional y

Evitación de Problemas en el grupo control. En el resto de dimensiones no se encuentran diferencias significativas.

Con los resultados expuestos, se puede afirmar que esta hipótesis se demuestra solo parcialmente, no encontrando diferencias significativas según el tipo de residencia en ninguno de los grupos. En las personas con discapacidad intelectual, solo se han hallado diferencias en cuanto a la edad en la estrategia de afrontamiento del estrés de Apoyo Social y en el nivel de estudios en las de Expresión Emocional y Apoyo Social. En las personas del grupo control, las diferencias aparecen en Expresión Emocional, Apoyo Social y Retirada Social en cuanto al género y en Expresión Emocional y en Evitación de Problemas al considerar el nivel de estudios.

Tabla 15

Estrategias de afrontamiento con diferencias significativas en los grupos de estudio en función de las variables sociodemográficas

Variables	Grupo	
	Personas con Discapacidad Intelectual	Control
Género		Expresión Emocional Apoyo Social Retirada Social
Edad	Apoyo Social	
Tipo de residencia		
Nivel de estudios	Expresión Emocional	Expresión Emocional
	Apoyo Social	Evitación de Problemas

HIPÓTESIS 2. Las estrategias de afrontamiento que utilizan las personas son diferentes en función de la red social de apoyo percibido.

En primer lugar se analiza si la distribución de las puntuaciones se ajusta a la curva normal, como en la hipótesis anterior se aplica la prueba de Kolmogorov - Smirnov. En el caso de que exista una distribución normal utilizaremos la prueba de ANOVA de un factor, pero por el contrario, si uno de los grupos de la muestra no se distribuye normalmente, se deberá utilizar una prueba no paramétrica con la misma utilidad.

En este caso, el nivel de significatividad obtenido al realizar la prueba Kolmogorov - Smirnov en el conjunto de la muestra y en cada uno de los grupos es 0,00, por lo tanto, al ser menor de 0,05 se acepta que la distribución de las puntuaciones no es normal (ver figuras 5 y 6), por lo que se utiliza la prueba no paramétrica Kruskal - Wallis con variables independientes para analizar la relación entre la variable red social de apoyo percibido y las estrategias de afrontamiento del estrés (ver tabla 16).

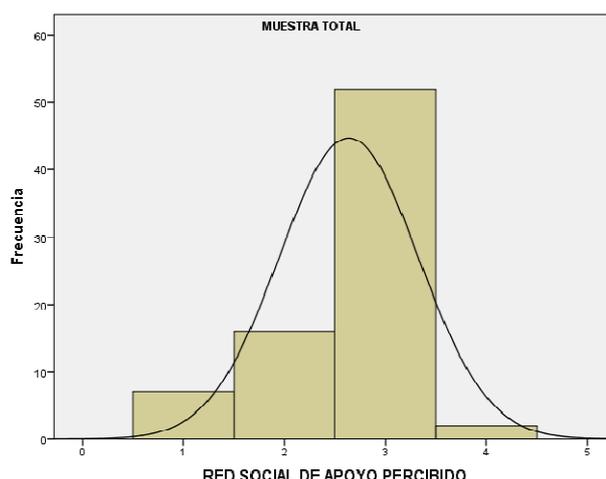


Figura 6. Distribución de la variable red social de apoyo percibido en el conjunto de la muestra.

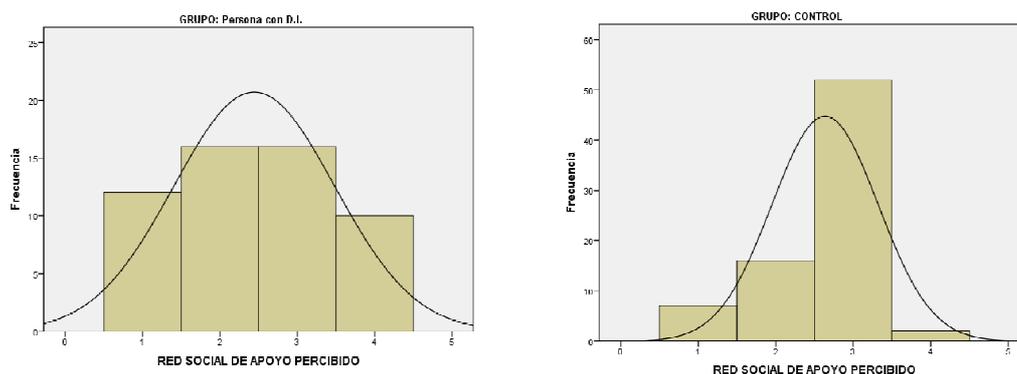


Figura 7. Distribución de la variable red social de apoyo percibido en cada grupo de estudio.

Tabla 16

Significatividad en la diferencia de medias en estrategias de afrontamiento y la red social de apoyo percibido

Estrategias de afrontamiento	Red social de apoyo percibido		
	PDI	Control	Total
Resolución de problemas	0,19	0,79	0,00
Autocritica	0,12	0,61	0,50
Expresión Emocional	0,27	0,12	0,15
Pensamiento Desiderativo	0,17	0,47	0,58
Apoyo Social	0,06	0,22	0,00
Reestructuración Cognitiva	0,55	0,86	0,00
Evitación de Problemas	0,36	0,87	0,35
Retirada Social	0,53	0,75	0,26

Nota: se muestran significaciones asintóticas. El nivel de significancia es <0.05.

PDI = grupo de personas con Discapacidad Intelectual.

Según los resultados obtenidos, cuando se analiza la influencia de la red social de apoyo percibido sobre la utilización de las distintas estrategias de afrontamiento en los grupos de personas con y sin DI por separado, se observa que no aparecen diferencias significativas de las medias en función de si el participante ha manifestado percibir apoyo de amigos, de la familia, de amigos o/y familia o de nadie.

Sin embargo, cuando se analiza el conjunto de la muestra (ver tabla 16) se observa que existen diferencias significativas en las estrategias de Resolución de Problemas, Apoyo Social y Reestructuración Cognitiva. Por consiguiente, esta hipótesis solo queda confirmada si se analizan las variables en el total de la muestra.

HIPÓTESIS 3. El Inventario CSI aplicado a nuestra muestra manifiesta una adecuada consistencia interna.

Los estudios de fiabilidad son importantes porque expresan el grado de consistencia en las mediciones de los instrumentos de medida (Satler, 2010). Su estudio se hace aún más necesario e imprescindible cuando los instrumentos se utilizan para analizar a colectivos especialmente vulnerables, como es el de las personas con DI. Si un instrumento no presenta la fiabilidad suficiente, se debería cuestionar su utilización.

En esta ocasión para contrastar esta hipótesis se hallan los coeficientes de fiabilidad alfa de Cronbach en cada una de las ocho estrategias de afrontamiento. Los resultados se recogen en la tabla 17 junto con los valores de fiabilidad obtenidos por los expertos en los estudios previos realizados con el inventario CSI.

Tabla 17

Consistencia interna del inventario CSI incluyendo los valores de nuestro estudio

	Tobin et al., 1989	Cano et al., 2007	Navas et al., 2010	Nuestro estudio
Resolución de Problemas	0,82	0,86	0,80	0,85
Autocritica	0,94	0,89	0,86	0,90
Expresión Emocional	0,89	0,84	0,86	0,81
Pensamiento Desiderativo	0,78	0,78	0,84	0,75
Apoyo Social	0,89	0,80	0,84	0,85
Reestructuración Cognitiva	0,83	0,80	0,82	0,86
Evitación de Problemas	0,72	0,63	0,70	0,84
Retirada Social	0,81	0,65	0,78	0,73

En la última columna de la tabla 17 se pueden observar los coeficientes de fiabilidad de alfa de Cronbach, con un nivel de confianza del 95%, obtenidos en este estudio. Todos ellos son elevados, la mayoría superan el 0,80, salvo en las estrategias de Pensamiento Desiderativo y Retirada Social, que aunque están por debajo de 0,80, se consideran aceptables. Los resultados obtenidos son similares a los conseguidos con este inventario en estudios anteriores en población ordinaria.

Cuando se estudian estos coeficientes de fiabilidad, exclusivamente en la muestra de personas con DI, se obtienen índices también adecuados. Hemos observado un excelente valor en la estrategia Autocritica ($\alpha=0,92$), buenos en Apoyo Social y Evitación de Problemas ($\alpha=0,80$ y $\alpha=0,87$), aceptables en Resolución de Problemas ($\alpha=0,79$); Expresión Emocional ($\alpha=0,79$); Pensamiento Desiderativo ($\alpha=0,70$) y Reestructuración Cognitiva ($\alpha=0,79$), solo en la estrategia Retirada Social se observa un valor inaceptable ($\alpha=0,48$).

HIPÓTESIS 4. Las estrategias de afrontamiento más comúnmente utilizadas por las personas con discapacidad intelectual son diferentes a las usadas por aquellas que no presentan esta discapacidad.

Para llevar a cabo este análisis se realizaron dos agrupaciones con el conjunto de la muestra, por un lado, los datos de los 54 participantes con DI y por otro, los de los 77 del grupo control. Se comparan las puntuaciones que consiguen estos grupos en cada una de las estrategias de afrontamiento: Resolución de Problemas, Autocritica, Expresión Emocional, Pensamiento Desiderativo, Apoyo Social, Reestructuración Cognitiva, Evitación de Problemas y Retirada Social. Para esta estimación se utilizan algunos descriptivos como son la Media (M) y la Desviación Típica (DT) (ver tabla 18).

Tabla 18

Puntuaciones de los grupos en las estrategias de afrontamiento

	PDI		Control	
	M	DT	M	DT
Resolución de problemas	8,61	5,54	14,31	3,94
Autocritica	6,39	6,85	6,13	5,71
Expresión Emocional	10,41	5,42	10,45	5,16
Pensamiento Desiderativo	13,20	4,65	13,48	5,0
Apoyo Social	10,76	5,55	12,82	5,79
Reestructuración Cognitiva	5,57	4,99	11,03	4,43
Evitación de Problemas	6,85	6,36	6,70	4,81
Retirada Social	7,33	5,26	6,39	4,70

En la tabla anterior se pueden observar las medias en los dos grupos de estudio. Los participantes del grupo control presentan medias más altas en casi todas las estrategias de afrontamiento, lo que indica una mayor frecuencia de uso.

El grupo control manifiesta utilizar con mayor frecuencia y por este orden, las siguientes estrategias: Resolución de Problemas, Pensamiento Desiderativo, Apoyo Social, Reestructuración Cognitiva y Expresión Emocional, mientras que en el grupo formado por las personas con DI, el orden es: Pensamiento Desiderativo, Apoyo Social y Expresión Emocional. También se puede observar que existe mayor variabilidad de los datos en el colectivo de personas con DI que en el grupo control.

Para saber si las diferencias en las medias entre los participantes de ambos grupos son significativas, se realiza la prueba t de Student para muestras independientes que compara las medias de los dos grupos de participantes, indica si se han de asumir o no la igualdad de varianzas y ofrece la significatividad de las diferencias con un intervalo de confianza del 95%.

En la tabla 19 se ofrece en primer lugar el contraste de Levene (F) que permite decidir si se puede o no asumir varianzas poblacionales iguales. Hemos considerado, seleccionado y reflejado los datos de acuerdo a la teoría de esta prueba (Pérez, 2005) que expresa que cuando la probabilidad asociada al estadístico de Levene es mayor que 0.05 se asumen varianzas iguales, si es menor no se pueden asumir. En este caso, la significatividad es mayor en casi todas las variables medidas, por lo que se puede aceptar que las varianzas son iguales, esto no ocurre en las estrategias: Resolución de Problemas y Evitación de Problemas.

Tabla 19

Resultados del contraste de medias en las estrategias de afrontamiento de los dos grupos

	Prueba t								
	F	Sig.	t	gl	Sig.	Diferencia de medias	ETM	95% Intervalo de confianza	
		.						Inf.	Sup.
Resolución de Problemas	9,01	,00	6,49	89,45	,00	5,70	,88	3,96	7,45
Autocritica	3,89	,05	-,24	129	,81	-,26	1,10	-2,44	1,92
Expresión Emocional	,16	,69	,05	129	,96	,05	,94	-1,80	1,90
Pensamiento Desiderativo	,91	,34	,32	129	,75	,28	,87	-1,44	2,00
Apoyo Social	,47	,50	2,04	129	,04	2,06	1,01	,06	4,05
Reestructuración Cognitiva	,52	,47	6,58	129	,00	5,45	,83	3,81	7,09
Evitación de Problemas	8,64	,00	-,15	93,6	,88	-,15	1,02	-2,18	1,88
Retirada Social	1,00	,32	-1,08	129	,28	-,94	,88	-2,68	,79

Para el contraste de la prueba de Student, se observa el estadístico t, sus grados de libertad y la significatividad, que ha de ser <0,05 para que indique diferencia significativa entre las medias, comprobando que existe en tres estrategias: Apoyo Social, Reestructuración Cognitiva y Resolución de Problemas.

Con los resultados expuestos se puede afirmar que, al menos en varias estrategias, las personas con DI obtienen puntuaciones medias más bajas que el grupo control. Parece importante destacar que la estrategia Resolución de

Problemas, que ha resultado ser la más usual en el grupo control, la utilizan con mucha menor frecuencia las personas con DI. Del mismo modo también se considera relevante, el poco uso de la estrategia Reestructuración Cognitiva que manifiestan las personas con DI frente al otro grupo de estudio.

HIPÓTESIS 5. Las personas con discapacidad intelectual tienden a utilizar más las estrategias de afrontamiento consideradas como inadecuadas y menos las adecuadas.

Se agruparon las ocho estrategias de afrontamientos en cuatro categorías, en función de la adecuación o la inadecuación a la emoción o al problema (ver tabla 7 en el capítulo 4): Manejo adecuado centrado en la emoción, Manejo adecuado centrado en el problema, Manejo inadecuado centrado en la emoción y Manejo inadecuado centrado en el problema. Para contrastar esta hipótesis se sigue el mismo procedimiento que en la anterior, es decir, se analizan las Medias (M) y la Desviación Típica (DT) (ver tabla 20).

Tabla 20

Estadísticos descriptivos de cada grupo por categorías de estrategias adecuadas o inadecuadas

	PDI		CONTROL	
	M	DT	M	DT
Manejo adecuado centrado en la emoción	21,17	9,64	23,27	8,87
Manejo inadecuado centrado en la emoción	13,72	9,08	12,52	7,96
Manejo adecuado centrado en el problema	14,19	8,42	25,34	6,52
Manejo inadecuado centrado en el problema	20,06	6,72	20,18	6,90

En la tabla anterior se comprueba que los participantes con DI obtienen, en general, puntuaciones más bajas, salvo en la dimensión de Manejo inadecuado centrado en la emoción en la que puntúan ligeramente por encima las personas sin discapacidad. Así mismo, la dispersión es también mayor en todas las categorías analizadas. A continuación se examina si estas diferencias en las puntuaciones entre ambos grupos son significativas o no, aplicando la prueba de Levene para igualdad de varianzas y la prueba t para igualdad de medias (ver tabla 21).

Tabla 21

Resultados del contraste de medias en las categorías de estrategias de afrontamiento en los dos grupos

	Prueba de Levene		Prueba t				
	F	Sig.	t	gl	Sig.	Diferencia de M	ETM
Manejo adecuado centrado en la emoción	1,06	,31	1,30	129	,20	2,11	1,63
Manejo inadecuado centrado en la emoción	,72	,40	-,80	129	,42	-1,20	1,50
Manejo adecuado centrado en el problema	4,58	,03	8,17	95,14	,00	11,15	1,37
Manejo inadecuado centrado en el problema	,05	,83	,10	129	,92	,13	1,21

No se ha encontrado significatividad en ninguna de las dos variables de la categoría estrategias de Manejo inadecuado (centradas en la emoción y en el problema). Las diferencias halladas sólo son significativas en una de las dos variables que indican manejo adecuado, que corresponde al Manejo adecuado

centrado en el problema, en cambio en la otra variable de Manejo adecuado centrado en la emoción, no se han encontrado diferencias significativas en las medias.

Llegados a este punto, se puede concluir que la hipótesis no se confirma en su totalidad, es decir, las personas con DI no utilizan más las estrategias de afrontamiento inadecuadas que las personas sin DI. En una primera impresión se obtienen valores de media ligeramente por encima en la categoría Manejo inadecuado centrado en la emoción en este colectivo, pero estas diferencias no han resultado ser relevantes. En cambio, como se ha visto, sí que aparecen diferencias significativas cuando se comparan las medias en las categorías de Manejo adecuado, concretamente en las estrategias de afrontamiento centradas en el problema, que como se ha visto en el capítulo anterior, engloba las estrategias de Resolución de Problemas y Reestructuración Cognitiva. En estos casos, las personas con DI utilizan con menor frecuencia estas estrategias que las personas sin discapacidad, hecho que no queda comprobado en las estrategias de Manejo adecuado centradas en la emoción.

HIPÓTESIS 6. El número de respuestas cognitivas, fisiológicas o motoras que utilizan los participantes del estudio ante la ansiedad tiene relación con la estrategia de afrontamiento del estrés utilizada.

En este apartado se intenta demostrar la relación que existe entre el número de respuestas en tres tipos de manifestaciones ante la ansiedad, las cognitivas, las fisiológicas y las motoras o comportamentales, que pueden aparecer ante las situaciones de estrés y los distintos tipos de estrategias de afrontamiento que utilizan tanto las personas con DI como las del grupo control. Para demostrar esta hipótesis, en primer lugar se exponen los descriptivos de las variables respuestas cognitivas, fisiológicas y motoras por grupos y en la muestra total. En la tabla 22 se recoge el número de veces y el porcentaje que cada ítem ha sido seleccionado por los participantes de cada uno de los grupos de estudio. Puede ocurrir que un participante seleccione más de un ítem en cada tipo de respuesta (cognitiva,

fisiológica y motora). Los sumatorios del número de respuestas seleccionadas por el grupo de personas con DI es siempre muy superior a los del grupo control.

Tabla 22

Frecuencias y porcentajes en los ítems de cada tipo de respuesta cognitiva, fisiológica y motora en cada grupo

Respuestas	PDI		Control		
	n	%	n	%	
Cognitivas	Me preocupo fácilmente	38	70,4	41	53,2
	Me siento inseguro de mí mismo	31	57,4	26	33,8
	Me siento observado/criticado	28	51,9	6	7,8
	Doy vueltas a las cosas sin decidirme	39	72,2	32	41,6
	Me siento inferior a los demás	16	29,6	12	15,6
	Tengo dificultad para concentrarme	21	38,9	20	26,0
	Me vuelvo triste y apático	36	66,7	20	26,0
	Tengo mal humor/estoy irritable	27	50,0	37	48,1
Total	226		194		
Fisiológicas	Tensión muscular	26	48,1	34	44,2
	Dolor de cabeza	28	51,9	34	44,2
	Taquicardias/palpitaciones	27	50,0	18	23,4
	Dificultades respiratorias	21	38,9	7	9,1
	Molestias gastrointestinales	22	40,7	19	24,7
	Sudoración excesiva	21	38,9	5	6,5
	Tics, temblores, escalofríos	14	25,9	8	10,4
	Sequedad de boca	21	38,9	6	7,8
Total	180		131		

	Lloro con facilidad	35	64,8	21	27,3
	Muevo rítmicamente pierna, mano...	28	51,9	29	37,7
Motoras o Conductuales	Fumo, como o bebo en exceso	15	27,8	23	29,9
	Evito/huyo de la situación	22	40,7	12	15,6
	Me quedo bloqueado/paralizado	33	61,1	11	14,3
	Me cuesta expresarme	39	72,2	20	26,0
	Total	172		116	

Al observar los datos, se puede afirmar que los participantes del grupo de personas con DI seleccionan en mayor porcentaje los ítems, salvo el correspondiente al enunciado “*fumo, como o bebo en exceso*” donde el porcentaje es ligeramente mayor en el grupo control. Por lo tanto, las personas con DI manifiestan presentar más cantidad y variedad de respuestas cognitivas, fisiológicas y conductuales que el grupo control ante situaciones de ansiedad.

A continuación se analiza el número de respuestas que se emite en cada una de los tres posibles tipos de respuestas a la ansiedad que experimentan tanto los participantes del grupo control como las personas con DI ante situaciones difíciles, en momentos de cambio o ante acontecimientos importantes.

En la tabla 23 se observa cómo los participantes del grupo control eligen, al menos en el 50% y 75% de los casos, menos de dos o tres respuestas por bloque sintomatológico, destacando que en respuestas motoras estos porcentajes corresponden a las categorías de una o dos respuestas. Ningún participante emite más de 7 respuestas fisiológicas y más de 5 motoras. Solo un participante puntúa en las categorías de 6, 7 y 8 respuestas cognitivas, con el mismo número de participantes se encuentra la categoría de 5 y 4 respuestas fisiológicas y motoras respectivamente. El análisis de los datos de este grupo indica que, el número de

respuestas cognitivas es mayor que el de respuestas fisiológicas, siendo las manifestaciones motoras las que aparecen en menor cantidad y variedad.

Tabla 23

Frecuencia y porcentaje de participantes en función del número de ítems seleccionados por tipo de respuesta a la ansiedad

Respuestas	Nº de ítems seleccionados	PDI			Control		
		n	%	% acumulado	n	%	% acumulado
Cognitivas	0	0	0,0	0,0	3	3,9	3,9
	1	1	1,9	1,9	10	13,0	16,9
	2	6	11,1	13,0	32	41,6	58,4
	3	10	18,5	31,5	22	28,6	87,0
	4	15	27,8	59,3	5	6,5	93,5
	5	8	14,8	74,1	2	2,6	96,1
	6	6	11,1	85,2	1	1,3	97,4
	7	7	13,0	98,1	1	1,3	98,7
Fisiológicas	8	1	1,9	100,0	1	1,3	100,0
	0	0	0,0	0,0	2	2,6	2,6
	1	1	1,9	1,9	37	48,1	50,6
	2	17	31,5	33,3	25	32,5	83,1
	3	17	31,5	64,8	9	11,7	94,8
	4	8	14,8	79,6	3	3,9	98,7
	5	5	9,3	88,9	1	1,3	100,0
	6	3	5,6	94,4	0	0,0	
Motoras / Conductuales	7	2	3,7	98,1	0	0,0	
	8	1	1,9	100,0	0	0,0	
	0	0	0,0	0,0	5	6,5	6,5
	1	1	1,9	1,9	38	49,4	55,8
	2	13	24,1	25,9	24	31,2	87,0
	3	18	33,3	59,3	9	11,7	98,7
	4	19	35,2	94,4	1	1,3	100,0
	5	3	5,6	100,0	0	0,0	
6	0,0	0,0		0	0,0		
7	0,0	0,0		0	0,0		
8	0,0	0,0		0	0,0		

En el grupo de personas con DI hay varios hechos a destacar. Todas manifiestan al menos una sensación, síntoma o comportamiento ante situaciones difíciles, de cambio o ante acontecimientos importantes. Al menos la mitad manifiesta tres síntomas en los diferentes tipos de respuesta ante situaciones de ansiedad, la mayoría se mueven en valores de 2, 3, 4 e incluso 5 respuestas. Estos participantes dicen presentar más respuestas cognitivas que fisiológicas y más aún que respuestas motoras, ningún participante emite más de 5 respuestas motoras. Si se observan más detenidamente los datos, se comprueba que más del 25% de las personas con DI utilizan más de 5 respuestas cognitivas ante estas situaciones frente a menos del 4% de los pertenecientes al grupo control.

Destacar que en los datos expuestos el número de respuestas que emiten las personas con DI es mayor que en el grupo control y que en ambos grupos las respuestas más frecuentes son las de tipo cognitivo.

Una vez realizados los análisis descriptivos de frecuencias y porcentajes según el tipo de respuesta ante la ansiedad, se comprueba si existe relación entre éstas y las estrategias de afrontamiento que se utilizan. Para ello, se aplica el procedimiento de correlación bivariado a través del coeficiente de correlación de asociación lineal de Pearson (r) y se valora si las puntuaciones obtenidas en las estrategias de afrontamiento pueden estar influenciadas por la presencia de respuestas cognitivas, fisiológicas o motoras.

Para hacer más clara la presentación de los datos se exponen, en tres columnas diferentes, las correlaciones de las estrategias de afrontamiento con el número de respuestas cognitivas, fisiológicas y motoras en cada uno de los grupos.

Tabla 24

Correlaciones de las estrategias de afrontamiento con el número de tipo de respuestas ante la ansiedad en cada grupo

		Cognitivo		Fisiológico		Motor	
		Control	PDI	Control	PDI	Control	PDI
Resolución de Problemas	r	-,19	,10	-,10	-,13	-,20	-,14
	sig	,10	,47	,40	,36	,08	,30
Autocritica	r	-,03	,14	-,01	,01	,10	,05
	sig	,77	,31	,95	,94	,41	,73
Expresión Emocional	r	,11	,43**	,33**	,04	,12	,16
	sig	,33	,00	,00	,79	,28	,26
Pensamiento Desiderativo	r	,22	,01	,10	-,05	,13	-,11
	sig	,05	,97	,38	,70	,27	,43
Apoyo Social	r	,04	,24	,14	-,13	,21	,12
	sig	,72	,09	,22	,36	,07	,40
Reestructuración Cognitiva	r	-,15	,16	,04	,10	,03	,07
	sig	,20	,26	,71	,48	,78	,64
Evitación de Problemas	r	,02	-,15	,12	,19	,09	,01
	sig	,83	,29	,30	,17	,46	,94
Retirada Social	r	,08	,02	,09	-,00	,06	,11
	sig	,50	,87	,44	,99	,62	,41

La relación entre las variables es prácticamente inexistente, solo se ha encontrado correlación significativa en Expresión Emocional con el número de

respuestas cognitivas en el grupo de personas con DI y con el número de respuesta fisiológicas en el grupo control ($p < 0,01$), en ambos casos son valores correlacionales bajos. Se podría, por lo tanto afirmar que, el número de tipos de respuestas cognitivas, fisiológicas y motoras no parece influir en el tipo de estrategias de afrontamiento del estrés que utilizan los participantes de la muestra. Los resultados obtenidos no ratifican la hipótesis dado que no se ha encontrado que exista relación entre las variables.

Se siguió profundizando en el estudio de la correlación de las respuestas a los distintos enunciados con cada una de las estrategias de afrontamiento del estrés. Para ello se utilizó el coeficiente de correlación de Spearman, por ser una variable independiente de tipo ordinal, y se analizó tanto en el grupo control como en el de las personas con DI si existía relación entre cada uno de los ítems de los distintos tipos de respuesta (cognitiva, fisiológica y conductual) con cada una de las ocho estrategias de afrontamiento. En la tabla 25 solo se reflejan los datos de las correlaciones que han resultado ser significativas. Los resultados indican que hay poca correlación con los ítems de respuestas fisiológicas, en respuestas cognitivas y motoras sucede algo similar y además las que resultan significativas son menores de 0,4, salvo el ítem “lloro con facilidad” y la estrategias Expresión Emocional ($r_s = ,41$) que lo supera levemente. Un dato a destacar es que la estrategia de afrontamiento del estrés, Expresión Emocional, es la que más se relaciona con los ítems, principalmente cognitivos. Otro dato, sin ser llamativo, es que las puntuaciones de las personas con DI, principalmente los ítems de las respuestas cognitivas, correlacionan más con las estrategias de afrontamiento.

Tabla 25

Correlaciones r_s Spearman entre los ítems del tipo de respuesta y las estrategias de afrontamiento en las personas con DI y sin DI

	REP	AUT	EEM	PSD	APS	REC	EVT	RES
Respuesta cognitivas								
Me preocupo fácilmente			,37**					
Me siento inseguro			,25*					
Me siento observado/criticado						,38**	,28*	,35**
Doy vueltas a las cosas sin decidirme			,37**		,36**			-,28*
Me vuelvo triste y apático			-,27*					
Respuesta motora								
Lloro con facilidad			,41**		,24*			
Fumo, como o bebo en exceso	,37**	-,33*						
Evito/huyo de la situación								,32*

Nota: En negrita aparecen las correlaciones obtenidas en el grupo PDI, el resto corresponden a las del grupo control.

Nota: REP (Resolución de problemas), AUT (Autocritica), EEM (Expresión Emocional), PSD (Pensamiento Desiderativo), APS (Apoyo Social), REC (Reestructuración Cognitiva), EVP (Evitación de Problemas) y RES (Retirada Social).

CAPÍTULO 6

DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

Una vez obtenidos los resultados de esta investigación, es pertinente resaltar y reflexionar sobre algunos aspectos que se desprenden del análisis de los datos.

1. CONCLUSIONES

Hasta ahora hemos ido viendo si las hipótesis planteadas en este estudio se confirmaban o no, encontrando que algunas sólo lo hacen parcialmente. A continuación y a modo de conclusión, se recogen los hallazgos extraídos del análisis de los datos de esta investigación y que se exponen ampliamente en el capítulo anterior.

1. En las personas con DI estudiadas no existen diferencias significativas en el tipo de estrategia de afrontamiento del estrés en función del género.
2. En el grupo de personas sin discapacidad de nuestra investigación, las mujeres utilizan significativamente más las estrategias de afrontamiento Expresión Emocional y Apoyo Social que los varones. En el caso de los hombres utilizan con mayor frecuencia la estrategia Retirada Social.
3. En las personas con DI del estudio, la edad es un determinante únicamente en la utilización de la estrategia de afrontamiento del estrés Apoyo Social, pero no en el resto de estrategias. De tal manera, que los adultos con discapacidad de más edad utilizan con menor frecuencia e intensidad esta estrategia de afrontamiento que los adultos más jóvenes.
4. La edad no es determinante en la utilización de las distintas estrategias de afrontamiento del estrés en las personas sin discapacidad.

5. En ninguno de los grupos analizados se obtienen diferencias significativas en las estrategias de afrontamiento utilizadas con mayor frecuencia en función del tipo de residencia.
6. Las diferencias entre el nivel de estudios y las estrategias de afrontamiento utilizadas en el grupo de personas con DI son significativas sólo para las estrategias Expresión Emocional y Apoyo Social. Como era de esperar, a medida que se incrementa el nivel de formación, se utilizan más estrategias de afrontamiento que ayudan a liberar emociones y a buscar apoyo de otras personas en situaciones de estrés. No existen diferencias en otras estrategias de afrontamiento.
7. En el grupo control existen diferencias con respecto al nivel de estudios en las estrategias Expresión Emocional y Evitación de Problemas. De esta forma, las personas de este grupo con estudios universitarios, en comparación con las que tienen estudios primarios, utilizan con mayor frecuencia la estrategia de Expresión Emocional y en menor medida la de Evitación de Problemas.
8. Cuando se analizan los datos de los dos grupos de la investigación por separado, el resultado es que la influencia del tipo de red social de apoyo percibido no es determinante en la utilización de una u otra estrategia de afrontamiento del estrés. Sin embargo, sí que se observa una relación entre estas variables cuando se comparan los datos obtenidos en el conjunto de la muestra. En concreto, percibir que se dispone de una red social de apoyo estaría relacionado con el mayor uso de las estrategias Apoyo Social, Reestructuración Cognitiva y Resolución de Problemas.
9. La escala CSI aplicada a nuestro estudio manifiesta una adecuada consistencia interna en cada una de las estrategias de afrontamiento del estrés de la prueba. Los resultados son similares a los obtenidos en estudios previos.

10. Cuando se aplica el Inventario de Estrategias de Afrontamiento (CSI) sólo a los participantes con DI, se obtienen valores de consistencia interna buenos y aceptables en la mayoría de las estrategias de afrontamiento.
11. En comparación con las personas sin DI, el grupo de personas con DI estudiado utiliza con menor frecuencia las estrategias de afrontamiento del estrés adecuadas centradas en el problema: Resolución de Problemas y Reestructuración Cognitiva. Sin embargo, no queda demostrado el menor uso de estrategias adecuadas centradas en la emoción: Apoyo Social y Expresión Emocional.
12. Ambos grupos utilizan de forma similar las estrategias de afrontamiento del estrés inadecuadas, tanto las centradas en el problema: Evitación de Problemas y Pensamiento Desiderativo, como las centradas en la emoción: Retirada Social y Autocrítica. Por tanto, no se encuentran diferencias en el uso de estrategias inadecuadas en función de la presencia o no de DI.
13. Las personas con DI no utilizan en mayor medida las estrategias de afrontamiento del estrés de tipo inadecuado, pero si emplean con menor frecuencia las consideradas adecuadas en comparación con las personas sin DI estudiadas.
14. El número de respuestas cognitivas, fisiológicas y motoras ante situaciones difíciles, de cambio o de incertidumbre es mayor en las personas con DI que en las personas sin DI. Las respuestas cognitivas son las más frecuentes en ambos grupos.
15. El número de respuestas cognitivas, fisiológicas y motoras no influye en el tipo de estrategias de afrontamiento del estrés que utilizan los participantes de la muestra.
16. En la muestra apenas existe correlación entre los ítems que evalúan aspectos de los diferentes sistemas de respuesta ante situaciones que pueden producir

ansiedad y las distintas estrategias de afrontamiento del estrés. Las pocas correlaciones existentes entre los ítems de tipo cognitivo y motor, y las estrategias analizadas están por debajo de 0,40. Esta información debe ser interpretada con cautela.

Resumiendo, en los resultados obtenidos en nuestro estudio, las personas con DI cuando se enfrentan a situaciones y eventos estresantes, recurren a las estrategias de afrontamiento de manera similar a las personas sin discapacidad intelectual, salvo en Resolución de Problemas y Reestructuración Cognitiva, que las utilizan con menor frecuencia. Estas dos estrategias se engloban en las clasificadas como de Manejo Adecuado centrado en el Problema. Otro aspecto a destacar en este colectivo, es que, a medida que aumenta la edad se utiliza en menor medida la estrategia Apoyo Social. Además, a medida que aumenta el nivel de formación las estrategias Expresión Emocional y Apoyo Social se utilizan con mayor frecuencia. El resto de variables sociodemográficas estudiadas, género y tipo de residencia, parecen no ser determinantes en el grupo de personas con DI para el empleo de una u otra estrategia de afrontamiento. Por otro lado, en el grupo control, es decir, de personas sin DI, se obtienen diferencias en el uso de las distintas estrategias de afrontamiento en función del género, las mujeres utilizan con más frecuencia Expresión Emocional y Apoyo Social y los hombres Retirada Social. Además, en este grupo, hemos encontrado diferencias en el uso de las estrategias Expresión Emocional y Evitación de Problemas en función del nivel de estudios. En el caso de la red de apoyo social percibido sólo obtenemos una relación de influencia sobre las estrategias de afrontamiento significativa cuando analizamos los datos en el conjunto de la muestra, en concreto con las estrategias Resolución de Problemas, Apoyo Social y Reestructuración Cognitiva.

2. DISCUSIÓN

A pesar de que en nuestro estudio no hemos encontrado diferencias significativas en el uso de las distintas estrategias de afrontamiento del estrés en función del género en el grupo de personas con DI, al analizar los datos obtenidos en el grupo control sí que observamos diferencias significativas en función de esta variable. Así, en nuestra investigación las mujeres sin discapacidad utilizan más las estrategias centradas en la emoción que los varones, concretamente Expresión Emocional y Apoyo Social. Ambas estrategias forman la categoría de Manejo Adecuado centrado en la Emoción. El otro resultado hallado a este respecto, aunque sólo en el grupo de personas sin DI, es la mayor tendencia de los hombres al uso de Retirada Social como estrategia de afrontamiento, lo que supone un Manejo Inadecuado centrado en la Emoción.

Estos resultados son congruentes con otras investigaciones realizadas en nuestro país (Extremera y Fernández-Berrocal, 2004; Sánchez, Fernández-Berrocal, Montañes y Latorre, 2008), donde se ha encontrado que las mujeres presentan un mejor nivel de comprensión de sus emociones y un estilo de afrontamiento centrado en éstas. Además, las mujeres se caracterizarían por tener una mayor tendencia a atender a sus sentimientos y a ser emocionalmente más expresivas. Incluso las áreas del cerebro dedicadas al procesamiento emocional podrían ser más grandes en las mujeres que en los hombres.

La importancia del estudio de las posibles diferencias existentes en las estrategias de afrontamiento ante el estrés en función del género puede tener numerosas aplicaciones en distintas áreas de la psicología como la terapia de pareja o la selección de personal.

Probablemente en las personas con DI las limitaciones en el funcionamiento intelectual sean más determinantes en la manera de hacer frente al estrés que el hecho de ser hombre o mujer.

En la variable edad, las personas con DI más jóvenes, en comparación con las de mayor edad, utilizan con más frecuencia e intensidad estrategias de afrontamiento referidas a la búsqueda de Apoyo Social, ya sean familiares o amigos. Una posible explicación es que con la experiencia se aprende a ser más autónomo e independiente en la toma de decisiones, prescindiendo en mayor medida de la búsqueda de información, consejo o apoyo en los demás. Otra explicación al menor uso de esta estrategia por personas con DI de más edad, podría ser que las posibilidades de las personas con DI para relacionarse socialmente se van reduciendo a medida que van haciéndose mayores, participando cada vez de entornos menos inclusivos.

En cuanto a la variable nivel de estudios, en el grupo de personas con DI, únicamente se obtienen diferencias en el uso de las estrategias Expresión Emocional y Apoyo Social, observando que cuanto más formación se tiene más se utilizan estas estrategias, es decir, cuanto mayor es el nivel educativo alcanzado, mejor es el manejo adecuado de la emoción. Hay que señalar que en este grupo de personas con DI no existía ninguna que tuviera estudios universitarios, frente al 74% que tenía estudios primarios, el 16% estudios secundarios y el 9% que no tenían estudios. Esta conclusión debe ser considerada con prudencia dado que el escaso número de participantes en las categorías superiores, además de otras posibles variables como las oportunidades de participación social, las características de personalidad o las experiencias de aprendizaje, podrían estar influyendo en este resultado. La realización de estudios con muestras más amplias, en los que se analice la influencia de estas variables, son necesarios y pertinentes.

Scott y Haverkamp (2014) encontraron en un estudio que el 8,5% de las personas con DI no tienen amigos ni relaciones de afecto con otras personas, que el 11,9% se sienten a menudo solos y que el 22,4% no tiene con quien hablar. En nuestro estudio el porcentaje de personas con DI que manifiesta no tener ninguna persona en su red social de apoyo es del 18,5%. Este resultado contrasta con el 2,6% de las personas del grupo control que asegura no poder contar con nadie.

En la población general, el hecho de percibir que se cuenta con una red de apoyo social amortigua la existencia de depresión, lo mismo sucede en las personas con DI. Aunque Lunsky y Bensom (2001b) comentan que estas últimas tienden a percibir las interacciones sociales como más favorables de lo que realmente pudieran ser, efecto que se conoce como “*rose coloured glasses*” y que podría traducirse como “ver las cosas de color de rosa”, otras investigaciones indican que la probabilidad de recibir apoyo social fuera del entorno familiar e institucional por parte de las personas con DI es menor (Havercamp, Scandlin y Roth, 2002), por lo que pueden llegar a sentirse más solos y deprimidos. Además, la existencia de prejuicios, estereotipos y actitudes negativas hacia las personas con discapacidad intelectual constituyen un importante obstáculo para su inclusión social (OMS y Banco Mundial, 2011). Otro hecho a tener en cuenta es que las relaciones entre personas con DI a menudo no son recíprocas, es decir, la persona con DI no suele ser proveedora de apoyos para los demás, por lo que a veces es difícil que consiga ayuda desinteresada de sus iguales y ésta se limita a la que proviene de familiares o de profesionales que reciben una remuneración por facilitar esos apoyos (Lunsky, 2008).

En nuestro estudio la variable red social de apoyo percibido parece no ser determinante en las estrategias de afrontamiento utilizadas cuando analizamos los datos en los dos grupos por separado. Sin embargo, cuando contrastamos la relación de esta variable con el conjunto de la muestra se encuentra que existen diferencias significativas en las estrategias de afrontamiento Resolución de Problemas, Apoyo Social y Reestructuración Cognitiva. Estas tres estrategias de afrontamiento constituyen, junto con la estrategia Expresión Emocional, la categoría de Manejo Adecuado del estrés, es decir, indican esfuerzos activos y adaptativos para manejar la situación estresante.

Probablemente, la diferencia de este resultado se deba a que es necesaria una muestra de mayor tamaño para que la influencia entre estas dos variables quede demostrada. Y es que, disponer de una red de amigos y familiares con los que poder contar y que sirvan de alivio y desahogo ante situaciones difíciles,

posiblemente actúe como amortiguador del estrés y mejore la capacidad para manejarlo adecuadamente con independencia del hecho de tener o no discapacidad intelectual.

Por lo tanto, al igual que en la población general, percibir que se dispone de una red social de apoyo es muy importante en el colectivo de personas con DI. Por ello, es necesario invertir en ayudar a que las personas con DI establezcan relaciones sociales positivas y en generar ocasiones para que participen en entornos comunitarios con el objetivo de que su red de apoyo social sea lo más amplia posible y que no esté formada únicamente por familiares y profesionales. Como señalan Alcedo, Gómez, Aguado, Arias y González (2013), a través de la información y del contacto estructurado con personas con discapacidad intelectual, se puede conseguir que mejoren las actitudes negativas hacia la discapacidad y con ello su integración en la sociedad.

En este estudio se confirman unos adecuados niveles de consistencia interna en el Inventario de Estrategias de Afrontamiento (CSI) utilizado. En casi todas las estrategias se obtienen valores alpha de Cronbach superiores a 0,80, salvo en las estrategias de afrontamiento del estrés Pensamiento Desiderativo y Retirada Social que se consideran aceptables al ser superiores a 0,70. Los resultados de este estudio son ligeramente mejores en todas las estrategias que los obtenidos en la versión adaptada de Canon et al. (2007), salvo en Resolución de Problemas, Expresión Emocional y Pensamiento Desiderativo. Si se comparan con los obtenidos por Navas et al. (2010), las estrategias donde se obtienen valores inferiores son Expresión Emocional, Pensamiento Desiderativo y Respuesta Social. Al contrastarlos con los conseguidos en el estudio original (Tobin et al., 1989), las estrategias donde se consiguen valores inferiores de fiabilidad son Autocritica, Expresión Emocional, Pensamiento Desiderativo, Apoyo Social y Retirada social.

Por lo tanto, se puede afirmar que los resultados obtenidos son similares a los conseguidos en estudios previos y que los datos de consistencia interna son

muy adecuados, por lo que el inventario CSI puede ser una herramienta útil para analizar las estrategias de afrontamiento de las personas con DI ante situaciones y eventos estresantes. Sin embargo, y a pesar de las buenas propiedades psicométricas de este instrumento, se hace necesario seguir realizando estudios con muestras más amplias para confirmar la estructura factorial del mismo.

Ante la inexistencia de pruebas adaptadas y validadas en población con DI, avanzar en la aplicabilidad de este instrumento y en la disponibilidad de otros con niveles métricos de alta calidad es ineludible. Teniendo en cuenta que algunos autores señalan que las personas con DI tienen mayor riesgo de experimentar estrés y sus efectos negativos al disponer de menos recursos para afrontarlo (Hartley y MacLean, 2009; Hatton y Emerson, 2004), también se hace necesario la realización de más investigaciones para evaluar la incidencia del estrés y analizar su afrontamiento en este colectivo.

Los resultados que se desprenden del análisis de las hipótesis cuarta y quinta nos demuestran que las personas con DI de nuestro estudio presentan diferencias significativas respecto a los participantes con un funcionamiento típico en el uso de algunas estrategias de afrontamiento pero no en todas. Ante situaciones de estrés las personas con DI utilizan con menor frecuencia las estrategias Resolución de Problemas, Reestructuración Cognitiva y Apoyo Social, en comparación con las personas estudiadas sin esta discapacidad. Las dos primeras están relacionadas con el Manejo Adecuado centrado en el Problema, en la hipótesis cinco de la investigación se ratifica esta conclusión. Estos resultados eran esperables, ya que, como se ha visto en capítulos anteriores, las personas con DI presentan limitaciones en el funcionamiento intelectual (Schalock et al., 2010).

Estas limitaciones en el funcionamiento intelectual, que en sí mismas constituyen el hecho de la discapacidad, están muy relacionadas con el contexto donde aparecen e incluyen dificultades en el razonamiento, en la planificación, en la resolución de problemas, en el pensamiento abstracto, en la comprensión de ideas complejas y en el aprendizaje rápido y mediante la experiencia (Schalock et

al., 2010). Dado que el estrés es una vivencia predominantemente subjetiva, en cuyo proceso tiene una gran relevancia la valoración cognitiva que se realiza del acontecimiento, podría ocurrir que cuando una persona con DI se enfrenta a una situación potencialmente estresante tuviera mayores dificultades para realizar una buena valoración de la situación debido a las limitaciones intelectuales propias de su discapacidad.

Siguiendo el modelo propuesto por Lazarus y Folkman (1984), estas limitaciones intelectuales podrían provocar deficiencias en la valoración en distintos momentos del proceso, es decir, en la evaluación primaria podría darse tanto un exceso de percepción de amenazas en algunos casos, como una falta de percepción de peligro en otros. Por otro lado, en la valoración secundaria de los recursos personales, la persona con DI podría percibir que no dispone de recursos ni de habilidades cognitivas o conductuales suficientes para afrontar las demandas estresantes del entorno.

Llegados a este punto y ante las dificultades para poner en marcha estrategias de afrontamiento para manejar el problema de manera adecuada, ya sea modificando la situación mediante la Resolución de Problemas o modificando el significado de la situación mediante la Reestructuración Cognitiva, la persona con DI tiene que centrarse en intentar regular las emociones que la situación le provoca, poniendo en marcha con mayor frecuencia estrategias de afrontamiento basadas en la emoción.

Numerosos estudios han puesto de manifiesto la dificultad de las personas con DI para resolver problemas y aplicar pautas aprendidas previamente (Khemka y Hickson, 2001), de hecho, estas habilidades se consideran uno de los pilares fundamentales tanto para la evaluación como para la intervención en la DI. El entrenamiento en la búsqueda de soluciones a problemas es una línea de trabajo impulsada por la AAIDD desde sus inicios, aunque en la actualidad hay escasez de programas específicos que permitan la adquisición de estrategias para enfrentarse a situaciones complejas cotidianas incluidas las generadoras de estrés

(Pérez-Sánchez y Cabezas-Gómez, 2007). Por otro lado, cada individuo presenta diferencias sobre la forma de afrontar cada situación, esto se relaciona con sus creencias, sus habilidades de interacción social, sus valores y su capacidad para afrontar situaciones difíciles (Londoño et al., 2009).

Esta menor capacidad para hacer frente a situaciones estresantes debida a la dificultad para valorar tanto la situación como los recursos personales podría considerarse como un factor de vulnerabilidad, que junto con otros, y ante situaciones de estrés, podría contribuir a la mayor incidencia tanto de la enfermedad mental como de los trastornos de conducta en las personas con DI (Cooper et al., 2007; Grey et al., 2010). De hecho, las dificultades para desarrollar estrategias de afrontamiento adecuadas han sido señaladas como un factor psicológico determinante en la adaptación psicosocial del individuo que puede afectar a la manifestación clínica de un trastorno (Novell et al., 2005). Indicar también que diversos estudios muestran que aquellas personas con DI que han vivido situaciones o eventos estresantes tienen gran riesgo de presentar un diagnóstico de enfermedad mental (Cooper et al., 2011; Esbensen y Benson, 2006; Hulbert-Williams et al., 2011; McGillivray y McCabe, 2007; Martorell et al., 2008; Scott y Havercamp, 2014; Tsiouris et al., 2011).

Frecuentemente, los tratamientos de los problemas de conducta de las personas con DI están basados en la psicofarmacología (Reiss y Aman, 1997; citados por Scott y Havercamp, 2014). Los tratamientos alternativos, como las aproximaciones cognitivo - conductuales podrían encajar bien en la población con DI entrenando estrategias de afrontamiento del estrés. Como indican McClure et al. (2009) las posibilidades de utilizar la Terapia Cognitivo Conductual en personas con DI ha sido a menudo rechazada. Y es que las Terapias Cognitivo Conductuales pueden parecer poco apropiadas para las personas con DI por que están basadas en habilidades cognitivas complejas, como ser capaz de dudar de la evidencia de las cosas, reconocer distorsiones de pensamiento e identificar pensamientos más adaptativos. Sin embargo, cada vez más investigadores están

adaptando estas técnicas para enseñar a las personas con DI la conexión entre los sentimientos, los pensamientos y la conducta (Joyce, Globe y Moody, 2006; Whitehouse, Tudway, Look y Kroese, 2006).

Las personas con DI de nuestro estudio manifiestan presentar más cantidad y variedad de respuestas cognitivas, fisiológicas y conductuales que el grupo control ante situaciones de ansiedad y, según los resultados, las respuestas cognitivas son más frecuentes que las de tipo fisiológico o conductual aunque las diferencias no son significativas. Una explicación de este resultado podría ser la menor capacidad de las personas con DI para interpretar estados internos (McClure et al., 2009), lo que dificultaría el poder discernir correctamente entre los distintos tipos de reacción que experimentan ante situaciones de ansiedad y sus componentes cognitivos, fisiológicos o conductuales.

Aunque las personas con DI emiten con mayor frecuencia respuestas de tipo cognitivo ante situaciones estresantes, no son las estrategias cognitivas encaminadas a eliminar la fuente de estrés, como la Resolución de Problemas, o a modificar la percepción de éstas, como la Reestructuración Cognitiva, las más utilizadas por ellas. Es importante evidenciar que el hecho de que en un individuo predominen reacciones de tipo cognitivo frente situaciones de ansiedad, no implica que disponga de las habilidades cognitivas necesarias para manejar esos pensamientos, es más, posiblemente esos pensamientos negativos generen una experiencia emocional desagradable y la sensación de ansiedad que la acompaña. Esto nos llevaría de nuevo al intento de regular estas sensaciones mediante estrategias de afrontamiento basadas en la emoción como forma fundamental de canalizar el estrés, al no disponer de herramientas cognitivas suficientes para manejar adecuadamente el problema.

El resultado de que todas las personas con DI manifiesten al menos una sensación, síntoma o comportamiento ante situaciones de ansiedad y de que al menos la mitad verbalicen tener al menos tres síntomas en los diferentes tipos de respuesta, podría ser un indicador de que esta clase de situaciones, que en cierto

modo suponen una pérdida de control y que requieren una mayor capacidad de adaptación al entorno, generen mayor ansiedad en el grupo de personas con DI estudiadas, cuando lo comparamos con el grupo control.

Como ya hemos indicado, los datos no muestran que en las personas con DI exista relación entre el tipo de estrategias de afrontamiento utilizadas y el sistema de respuesta predominante ante situaciones difíciles, épocas de cambio e incertidumbre o acontecimientos importantes, es decir, situaciones que generalmente provocan ansiedad y que potencialmente podrían desencadenar una respuesta de estrés.

3. LIMITACIONES Y POSIBLES LÍNEAS FUTURAS DE INVESTIGACIÓN

Para este estudio se recogieron de la muestra datos sociodemográficos y de otra índole, algunos de éstos no han sido tenidos en cuenta ni se han relacionado entre sí para analizar posibles influencias, tampoco se han llevado a cabo análisis estadísticos que hubieran podido demostrar o no otras posibles hipótesis. No se descarta, en un futuro inmediato, seguir cruzando e interpretando estos datos para ampliar conocimientos y plantear nuevos interrogantes sobre la DI. Con este proceder podríamos obtener mayor información y encontrar respuestas a algunas de las cuestiones que se desprenden de este estudio, incluso podríamos aplicar nuevos instrumentos de evaluación que nos permitan resolver nuestras dudas. Cruzar estos datos con escalas que evalúen ansiedad, que evalúen problemas de salud mental o de conducta, que midan el nivel de lenguaje o incluso con pruebas neurocognitivas nos permitiría seguir profundizando en el conocimiento de la conducta adaptativa de las personas con discapacidad y en cómo éstas manejan el estrés.

No debemos ser muy expansivos en las conclusiones de este estudio puesto que el análisis en una muestra más amplia podría alterar algo los resultados

obtenidos, más aún si incluyésemos participantes con mayor grado de DI. La muestra empleada en este estudio se ha limitado a personas con una DI leve cuyo nivel de rendimiento está, en muchos casos, más próximo a la normalidad estadística en cuanto al CI que a grupos de personas con mayores limitaciones intelectuales. La realización de estudios con participantes con mayor grado de discapacidad no estaría exenta de dificultades, ya que habría que contar con instrumentos de evaluación menos centrados en el lenguaje, dado que una de las características más frecuentes en la DI son las limitaciones tanto en la comprensión como en la expresión verbal.

La realización de esta tesis ha supuesto un reto profesional al no encontrar herramientas ni estudios suficientes, en nuestro país o en otras culturas, que evalúen y analicen el estrés en la población con DI. Las investigaciones llevadas a cabo en otros colectivos son más numerosas. Curiosamente, también son muchos los estudios que analizan las estrategias de afrontamiento que utilizan familiares, profesores o cuidadores que interactúan con personas con DI. En cambio, no se ha considerado importante conocer como las personas con discapacidad se enfrentan a situaciones estresantes ni cómo los mayores implicados, por la condición de su discapacidad, manejan el estrés que ésta supone. Probablemente, en el subconsciente colectivo sigan existiendo planteamientos clásicos sobre la discapacidad y más que intentar darle un abordaje biopsicosocial se la siga considerando como una enfermedad. De esta forma, a lo largo de mucho tiempo se ha pensado que las personas con DI no se veían afectadas negativamente por el estrés. En parte debido a la creencia de que sus limitaciones cognitivas les impedían ser conscientes de peligros y amenazas a las que podían verse sometidos, cuando precisamente son estas mismas limitaciones las que podrían estar aumentando su vulnerabilidad al estrés al disponer de menos herramientas para afrontarlo.

Y es que al igual que en la población general, el estrés experimentado por las personas con DI tiene consecuencias negativas para su salud. Un mayor conocimiento científico de los recursos que las personas de este colectivo utilizan

para lidiar con el estrés sería de gran utilidad a la hora de plantear intervenciones y programas de entrenamiento o rehabilitación que permitan una mejor inclusión social y un mayor bienestar emocional al disminuir los efectos adversos del estrés.

Aunque lo realizado en esta tesis es replicable en otros centros de personas con DI, consideramos que esta investigación debe ampliarse con participantes de otros entornos y con distintos niveles de discapacidad. Además, habría que valorar la influencia de otras variables en las respuestas de afrontamiento ante el estrés de las personas con DI, por lo que, debemos considerar este trabajo como un estudio piloto.

Para finalizar el capítulo, se proponen algunas sugerencias y otras posibles líneas futuras de investigación que quedan abiertas tras este estudio y que podrían contribuir a un mejor conocimiento de las estrategias de afrontamiento del estrés en el colectivo de personas con DI. Las sugerencias van encaminadas al incremento de estudios que analicen y den importancia al estudio de este aspecto, al desarrollo de instrumentos adecuados y a la búsqueda de alternativas para mejorar el afrontamiento del estrés de este colectivo. Todo ello con el fin de facilitar su participación social y mejorar las intervenciones y servicios que las personas con DI reciben, a partir de programas más centrados en cada caso individual.

- Continuar con el trabajo comenzado profundizando en el conocimiento de las estrategias de afrontamiento que utilizan las personas con DI.
- Recoger datos de una muestra más amplia cubriendo todos los niveles del espectro de la DI. Comprobar las diferencias en cada uno de los factores en función de diferentes variables del sujeto (nivel de CI, de conducta adaptativa, edad, género, enfermedades, trastornos psicopatológicos u otras discapacidades asociadas, personalidad...) o del contexto (tipo de residencia, de servicios, accesibilidad, participación social, apoyo social

percibido, entorno rural o urbano, comunicación familiar, nivel socioeconómico, nivel de estudios...).

- Elaborar y validar instrumentos de evaluación con propiedades técnicas adecuadas que faciliten el estudio y amplíen el conocimiento del estrés y su afrontamiento.
- Adaptar otros instrumentos que recojan los aspectos teóricos más aceptados sobre el afrontamiento del estrés para su uso en la evaluación de personas con DI.
- Estudiar la relación entre el CSI con instrumentos que también evalúan el afrontamiento del estrés, como el EEC-M (Londoño et al., 2006), el COPE (Carver et al., 1989), el WCQ (Lazarus y Folkman, 1988) o el CAE (Sandín y Chorot, 2003), comprobando su aplicabilidad al colectivo de personas con DI y comparándolos con otros que evalúan aspectos como los problemas psicopatológicos, las dificultades de aprendizaje, etc.
- Utilizar indicadores biológicos, como los niveles en sangre de las hormonas implicadas en la respuesta de estrés, como método objetivo para estudiar la incidencia del estrés.
- Investigar la conexión existente entre el estrés y los problemas de salud mental, incluyendo las dificultades de conducta, de las personas con DI y su vinculación con la importante utilización de psicofármacos en este colectivo.
- Poner en práctica los conocimientos teóricos que muestran la mayor dificultad de las personas con DI para afrontar de manera adecuada las situaciones generadoras de estrés. Fomentando programas de formación que incluyan el aprendizaje de técnicas de afrontamiento adecuadas o en el caso de las personas con una DI grave o profunda promoviendo

entornos predecibles y controlables con el objetivo de reducir las situaciones potencialmente estresantes.

Las líneas de investigación son numerosas y amplias, pero esenciales y vitales para seguir profundizando en el conocimiento de la DI. Cualquier estudio en este aspecto dará luz sobre los apoyos que estas personas necesitan para mejorar su funcionamiento e inclusión social, permitiendo, posiblemente, la reducción del consumo de psicofármacos y la prevención de problemas en salud mental.

CAPÍTULO 7

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aalto, A. M., Härkäpää, K., Aroc, A. R. y Rissanen, R. (2002). Ways of coping with asthma in everyday life: Validation of the Asthma Specific Coping Scale. *Journal of Psychosomatic Research*, 53, 1061-1069.
- Abad, F., Garrido, J., Olea, J. y Ponsoda, V. (2006). *Introducción a la psicometría: teoría clásica de los test y teoría de la respuesta al ítem*. Madrid: Universidad Autónoma de Madrid.
- Aguado, A. L. (1995). *Historia de las deficiencias*. Madrid: Escuela Libre Editorial, Fundación ONCE.
- Alcedo, M. A., Gómez, L. E., Aguado, A. L., Arias, B. y González, R. (2013). Eficacia del contacto e información como técnicas de cambio de actitudes hacia personas con discapacidad en niños de Educación Primaria. *Universitas Psychologica*, 12(2), 493-504.
- Antonovsky, A. (1987). *Unraveling the mystery of health: How people manage stress and stay well*. San Francisco: Jossey-Bass.
- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th. Edition (DSM-5)*. Washington, DC.: American Psychiatric Association.
- Artigas-Pallarés, J. (2011). ¿Sabemos qué es un trastorno? Perspectivas del DSM - 5. *Revista Neurología*, 52(S01), 59-69.
- Audy, J. R. (1971). *Measurement and diagnosis of health*. San Francisco: George Williams Hooper Foundation for Medical Research, University of California.
- Ayuso-Mateos, J. L., Martorell, A., Novell, R., Salvador-Carulla, L. y Tamarit, J. (2008). *Discapacidad Intelectual y Salud Mental: Guía Práctica*. Madrid: Consejería de Familia y Asuntos Sociales.

- Bannerman, D. J., Sheldon, J. B., Sherman, J. A. y Harchik, A. E. (1990). Balancing the right to habilitation with the right to personal liberties: The rights of people with developmental disabilities to eat too many doughnuts and take a nap. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 23(1), 79-89.
- Beck, A. T. (1984). Cognitive approaches to stress. En R. L. Woolfolk y P. M. Lehrerleds (Eds.), *Principles and practice of stress management* (pp. 255-305). New York: Guilford Press.
- Bernard, C. (1859). *Leçons sur les propriétés physiologiques et les alterations pathologiques des liquides de l'organisme (1-2)*. París: Ballière.
- Bouchard, G. (2003). Cognitive appraisals, neuroticism and openness as correlates of coping strategies: an integrative model of adaptation to marital difficulties. *Canadian Journal of Behaviour Science*, 35, 1-12.
- Brannon, L. y Feist, J. (2001). *Definición y medición del estrés. Psicología de la salud*. Madrid: Thompson Learning.
- Bronfenbrenner, U. (1999). Environments in developmental perspective: Theoretical and operational models. En S. L. Friedman y T. D. Wachs (Eds.), *Measuring environments across the life span: Emerging methods and concepts* (pp. 3-28). Washington, DC: American Psychological Association.
- Brough, P., O'Driscoll, M. y Kalliath, T. (2005). Confirmatory factor analysis of the Cybernetic Coping Scale. *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, 78(1), 53-61.
- Brown, G. W. y Harris, T. O. (1989). *Life events and illness*. New York: Guilford Press.
- Buceta, J. M., Bueno, A. M. y Mas, B. (2001). *Intervención psicológica y salud: control del estrés y conductas de riesgo*. Madrid: Dykinson.

- Butler, M. G. y Meaney, F. J. (2005). *Genetics of developmental disabilities*. Filadelfia: Tailor y Francis.
- Byrne, D. (1964). The repression-sensitization as a dimension of personality. En B. A. Maher (Eds.), *Progress in experimental personality research* (pp. 169-220). Nueva York: Academic Press.
- Cannon, W. B. (1915). *Bodily Changes in Pain, Hunger, Fear and Rage: an account of recent researches into the function of emotional excitement*. New York: Appleton and Company.
- Cannon, W. B. (1932). *The wisdom of the body, revised and enlarged edition*. New York: The Norton library.
- Cano, F. J., Rodríguez, L. y García, J. (2007). Adaptación española del Inventario de Estrategias de Afrontamiento. *Actas Española Psiquiatría*, 35(1), 29-39.
- Carver, C. (1997). You want to measure coping but your protocol's too long: Consider the brief cope. *International Journal of Behavioral Medicine*, 4(1), 92-100.
- Carver, C. S. y Scheier, M. E. (1985). Self-consciousness, expectancies, and the coping process. En T. Field, P. M. McCabe y N. Schneiderman (Eds.), *Stress and coping* (pp. 305-330). Hi Usdale, N J: Erlbaum.
- Carver, C. S. y Scheier, M. F. (1995). Situational coping and coping dispositions in a stressful encounter. *Journal of Personality and Social Psychology*, 25(1), 102-111
- Carver, C. S. y Sheier, M. F. (1988). A model of behavioral self-regulation: Translating intention into action. *Advances in experimental social psychology*, 21, 303-346.

- Carver, C. S., Sheier, M. F. y Weintraub, J. K. (1989). Assessing coping strategies: a theoretically based approach. *Journal of personality and social psychology*, 56, 267-283.
- Casas, F., Coenders, G., Cummins, R. A., González, M., Figuer, C. y Malo, S. (2008). Does subjective well-being show a relationship between parents and their children? *Journal of Happiness Studies*, 9(2), 197-205.
- Catena, A., Trujillo, H. y Ramos, M. (2003). *Análisis multivariado, un manual para investigadores*. Madrid: Biblioteca Nueva.
- Chia, H. W., Kun, H. C. y Greace, Y. (2008). Validation of proactive coping scale in a sample of Chinese societies. *Journal of Psychology in Chinese Societies*, 9(1), 103-120.
- Chico, E. (2002). Optimismo disposicional como predictor de estrategias de afrontamiento. *Psicothema*, 14(3), 544-550.
- Chorot, P. y Sandín, B. (1987). *Escala de Estrategias de Coping (EEC)*. Madrid: Universidad Nacional de Educación a Distancia.
- Chorot, P. y Sandín, B. (1991). *Escala de Estrategias de Coping (EEC)*. III Congreso de Evaluación Psicológica. Barcelona, 25-28 de septiembre, p. 337 (Actas de Congreso).
- Chorot, P. y Sandin, B. (1993). *Escala de estrategias de Coping revisado (EEC-R)*. Madrid: Universidad Nacional de Educación a Distancia.
- Cohen, S., Evans, G. W., Stokols, D. y Krantz, D. S. (Eds.) (1986). *Behavior, health, and environmental stress*. Nueva York: Plenum Press.
- Compas, B. E., Connor-Smith, J. K., Saltzman, H., Harding-Thomsen, A. y Wadsworth, M. E. (2001). *Coping With Stress During Childhood and*

- Adolescence: Problems, Progress, and Potential in Theory and Research. *Psychological Bulletin*, 127(1), 87-127.
- Cooper, S. A., Smiley, E., Morrison, J., Williamson, A. y Allen, L. (2007). Mental ill-health in adults with intellectual disability: Prevalence and associated factors. *The British Journal of Psychiatry*, 190, 27-35.
- Cooper, S. A., McConnachie, A., Allan, L. M., Melville, C., Smiley, E. y Morrison, J. (2011). Neighbourhood deprivation, health inequalities and service access by adults with intellectual disabilities: a cross-sectional study. *Journal of Intellectual Disability Research* 55, 313-323.
- Corbella, S., Beutler, L. E., Fernandez-Alvarez, H., Botella, L., Malik, M. L., Lane, G. y Wagstaff, N. (2003). Measuring coping style and resistance among Spanish and Argentine samples: development of the Systematic Treatment Selection Self-Report in Spanish. *Journal of Clinical Psychology*, 59(9), 921-32.
- Cox, T. (1978). *Stress*. Nueva York: Mc Millan.
- Cox, T. y Mackay, C. J. (1981). A transactional approach to occupational stress. En N. J. Corlett y J. E. Richardson (Eds.), *Stress, Productivity and Work Design* (pp. 75-95). London: Wiley.
- Crespo, M. y Cruzado, J. A. (1997). La evaluación del afrontamiento adaptación española del cuestionario COPE, con un muestra de estudiantes universitarios. *Análisis y Modificación de Conducta*, 23, 797-830.
- Crespo, M. y Labrador, F. (2010). *Estrés*. Madrid: Editorial Síntesis.
- Crowne, D. P. y Marlow, D. (1964). *The approval motive: Studies in evaluative dependence*. Nueva York: Wiley.

- Cubo, S., Martín, B. y Ramos, J. L. (2011). *Métodos de investigación y análisis de datos en ciencias sociales y de la salud*. Madrid: Pirámide.
- Cummins, R. A., Eckersley, R., Van Pallant, J., Vugt, J. y Misajon, R. (2003). Developing a national index of subjective well-being: The Australian unity well-being index. *Social Indicators Research*, 64, 159-190.
- Cummins, R. A. y Gullone, E. (2000). Why we should not use 5-point Likert scales: The case for subjective quality of life measurement. En *Proceedings 2nd international conference on quality of life in cities* (pp. 74-93). Singapore: National University of Singapore.
- De Kraai, M. (2002). In the beginning: The first hundred years (1850 to 1950). En R. L. Schalock (Ed.), *Out of darkness and into the light: Nebraska's experience with mental retardation* (pp. 103-122). Washington, DC: American Association on Mental Retardation.
- De Miguel, A. (2002). Habilidades interpersonales, inteligencia y personalidad en mayores. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 2, 147-171.
- DeLongis, A., Lazarus, R. S. y Folkman, S. (1988). The impact of daily stress on health and mood: Psychological and social resources as mediators. *Journal of Personality and Social Psychology*, 54, 486-495.
- DePloy, E. y Gilson, S. F. (2004). *Rethinking disability: Principles for professional and social change*. Belmont, CA: Thompson Brooks/Cole.
- Devlieger, J. P., Rusch, F. y Pfeiffer, D. (2003). *Rethinking disability: The emergence of new definition, concepts, and communities*. Antwerp, Belgica: Garant.

- Dulin, P. L., Hanson, B. L. y King, D. K. (2013). Perceived control as a longitudinal moderator of late-life stressors on depressive symptoms. *Aging and Mental Health*, 17(6), 718-723.
- Dunst, C. J., Bruder, M. B., Trivette, C. M. y Hamby, D. W. (2006). Everyday activity settings, natural learning environments, and early intervention practices. *Journal of Policy and Practice in Intellectual Disabilities*, 3, 3-10.
- Dykens, E. M., Hodapp, R. M. y Finucane, B. M. (2000). *Genetics and mental retardation syndromes: A new look at behavior and interventions*. Baltimore: Brookers.
- Emerson, E. (2001). *Challenging behaviour: analysis and interventions in people with learning difficulties (2ª ed.)*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Endler, N. S. y Parker, D. A. (1990). Multidimensional assessment of coping: A critical evaluation. *Personality and Individual Differences*, 58, 844-854.
- Esbensen, A. J. y Benson, B. A. (2006). A prospective analysis of life events, problem behaviors, and depression in adults with intellectual disability. *Journal of Intellectual Disability Research*. 50(4), 248-258.
- Everly, G. S. (1989). *A Clinical Guide to the Treatment of the Human Stress Response*. Nueva York: Plenum.
- Extremera, N. y Fernández-Berrocal, P. (2004). Inteligencia emocional, calidad de las relaciones interpersonales y empatía en estudiantes universitarios. *Clínica y Salud*, 15(2), 117-137.
- Felipe, E. y Ávila, A. (2002). Los perfiles interpersonales. Aspectos clínicos del circumplex interpersonal de Wiggins. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 7, 19-34.

- Felipe, E. y Ávila, A. (2007). Un análisis interpersonal de la ansiedad y la depresión. Parecidos y diferencias en el Circumplex interpersonal. *Ansiedad y Estrés*, 13, 77-87.
- Felipe, E. y León, B. (2010). Estrategias de afrontamiento del estrés y estilos de conducta interpersonal. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 10(2), 245-257.
- Fernández -Abascal, E. G. (1997). Estilos y estrategias de afrontamiento. En E. G. Fernández-Abascal, F. Palmero, M. Chóliz y F. Martínez. *Cuaderno de Prácticas de Motivación y Emoción* (pp. 189-206). Madrid: Pirámide.
- Fernández-Abascal, E., Martín, M. y Jiménez, M. (1997). Estudio sobre la escala de estilos y estrategias de afrontamiento. *Revista Electrónica de Motivación y Emoción*, 3(4).
- Folkman, S. y Moskowitz, J. T. (2004). Coping: pitfalls and promise. *Annual Review of Psychology*, 55, 745-774.
- Frydenberg, E. y Lewis, R. (1996). Manual: ACS. Escalas de Afrontamiento para Adolescentes. Adaptado por J. Pereda y N. Seisdedos. Madrid: TEA (Orig. 1993).
- Frydenberg, E. y Lewis, R. (2002). Do managers cope productively? A comparison between Australian middle level managers and adults in the general community. *Journal of Managerial Psychology*, 17(8), 540-654.
- Funk, S. C. (1992). Hardiness: A review of theory and research. *Health Psychology*, 11, 335-345.
- García-Alonso, I. (2001). *Las personas con retraso mental y su diagnóstico: traducción, adaptación y valoración de la " Escala de conducta adaptativa ABS-S: 2" y del método de "Evaluación de las áreas de habilidades adaptativas AAA"* (Tesis doctoral). Burgos: Universidad de Burgos.

- Garnezy, N. (1985). Stress resistant children: The search for protective factors. En J. E. Stevenson (Ed.), *Recent research in developmental psychopathology* (pp. 213-233). Nueva York: Pergamon Press.
- Gil, J. y López, F. (1999). Estrés y salud. En M. Simon (Ed.), *Manual de Psicología de la Salud. Estrés, conducta y enfermedad* (pp. 351-365). Madrid: Pirámide.
- Godoy, I. D., Godoy, G. J., López, C. G., Martínez, D. A., Gutiérrez, J. S. y Vázquez, V. L. (2008). Propiedades psicométricas de la Escala de Autoeficiencia para el Afrontamiento del Estrés (EAEAE). *Psychotema*, 20(1), 155-165.
- Godoy, L. M., Olsen, J. V., Cox, J., Nielsen, M. L., Hubner, N. C., ... y Mann, M. (2008). Comprehensive mass-spectrometry-based proteome quantification of haploid versus diploid yeast. *Nature*, 455(7217), 1251-1254.
- Gómez, L., Pérez, M. y Vila, J. (2001). Problemática actual del apoyo social y su relación con la salud. *Psicología Conductual*, 9, 5-38.
- González de Rivera, J. L. (1989). Deprisa, deprisa... el estrés. *Aula de cultura*, Vol. 7. Bilbao: El Correo Español - El Pueblo Vasco.
- González de Rivera, J. L. (1989). Factores de estrés y enfermedad. *Psiquis*, 10, 11-20.
- González, M. T. y Landero, R. (2007). Cuestionario de afrontamiento al estrés (CAE). Validación de una muestra mexicana. *Revista psicopatología y psicología clínica*, 12(2), 189-198.
- Goodey, C. F. (2006). Behavioral phenotypes in disability research: Historical perspectives. *Journal of Intellectual Disability Research*, 50(6), 397-403.

- Gottfredson, L. S. (1997). Mainstream science of intelligence: An editorial with 52 signatories, history, and bibliography. *Intelligence*, 24(1), 13-23.
- Greenspan, S. (2006a). Functional Concepts in mental retardation. Finding the natural essence of an artificial category. *Exceptionality*, 14, 205-214.
- Greenspan, S. (2006b). Mental retardation in the real world: Why the AAMR definition is not there yet. En H. N. Switzky y S. Greenspan (Eds.), *What is MR: Ideas for an evolving disability* (pp.165-183). Washington, DC: American Association on Mental Retardation.
- Grey, I., Pollard, J., McClean, B., MacAuley, N. y Hastings, R. (2010). Prevalence of psychiatric diagnoses and challenging behaviors in a community-based population of adults with intellectual disability. *Journal of Mental Health Research in Intellectual Disabilities*, 3(4), 210-222.
- Grossman, H. J. (1983). *Classification in mental retardation (Rev. ed.)*. Washington, DC: American Association on Mental Deficiency.
- Gutiérrez, R. C., Veloza, G. M., Moreno, F. M., Durán, V. M., López, M. C. y Crespo, O. (2007). Validez y fiabilidad de la versión en español del instrumento Escala de Medición del Proceso de Afrontamiento y Adaptación de Callista Roy. *Aquichan*, 7, 54-63.
- Gutiérrez, G., Granados, D. y Piar, N. (2007). Interacciones humano-animal: características e implicaciones para el bienestar de los humanos. *Revista Colombiana de Psicología*, 16, 163-184.
- Hahn, H. y Hegamin, A. P. (2001). Assessing scientific meaning of disability. *Journal of Disability Policy Studies*, 12, 114-121.
- Harrison, P. L. y Oakland, T. (2003). *Adaptive behavior assessment system manual (2ª ed.)*. San Antonio, TX: Harcourt Assessment.

- Hartley, S. L. y MacLean, W. E. Jr (2005). Perceptions of stress and coping strategies among adults with mild mental retardation: insight into psychological distress. *American Journal on mental retardation*, 110(4), 285-297.
- Hartley, S. L. y MacLean, W. E. Jr (2009). Depression in adults with mild intellectual disability: role of stress, attributions and coping. *American Journal Intellectual Developmental Disabilities*, 114(3), 147-160.
- Hastings, R. P., Hatton, C., Taylor, J. L. y Maddison, C. (2004). Life events and psychiatric symptoms in adults with intellectual disabilities. *Journal of Intellectual Disability Research*, 48(1), 42-46.
- Hatton, C. y Emerson, E. (2004). The relationship between life events of psychopathology amongst children with intellectual disabilities. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 17, 109-117.
- Havercamp, S. M., Scandlin, D. y Roth, M. (2002). Health disparities among adults with development disabilities, adults not reporting disability in North Carolina. *Public Health Reports*, 119, 418-426.
- Hemmings, C. P., Gravestock, S., Pickard, M. y Bouras, N. (2006). Psychiatric symptoms and problem behaviours in people with intellectual disabilities. *Journal of Intellectual Disability Research*, 50(4), 269-276.
- Herber, R. (1959). *A manual on terminology and classification in mental retardation: A monograph supplement to the American Journal on Mental Deficiency*, 64.
- Herber, R. (1961). *A manual on terminology and classification on mental retardation (Rev. ed.)*. Washington, DC: American Association on Mental Deficiency.

- Holmes, T. H. y Rahe, R. H. (1967). The social readjustment rating scale. *Journal of Psychosomatic Research*, *11*, 213-218.
- Hulbert-Williams, L. y Hastings, R. P. (2008). Life events as a risk factor for psychological problems in individuals with intellectual disabilities: A critical review. *Journal of Intellectual Disability Research*, *52*, 883-895.
- Hulbert-Williams, L., Hastings, R. P., Crowe, R. y Pemberton, J. (2011). Self-reported life events, social support and psychological problems in adults with intellectual disabilities. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, *24*, 427-436.
- Ingram, R. E. y Luxton, D. (2005). Vulnerability-stress models. En B. L. Hankin y J. R. Z. Abela (Eds.), *Development of psychopathology: A vulnerability-stress perspective*. New York: Sage.
- Jemmott III, J. B. (1987). Social motives and susceptibility to disease: Stalking individual differences in health risks. *Journal of Personality*, *55*, 267-297.
- Jensen, M. R. (1987). Psychobiological factors predicting the course of breast cancer. *Journal of Personality*, *55*, 317-342.
- Jornes, S., Cooper, S. A., Smiley, E., Allan, L., Williamson, A. y Morrison, J. (2008). Prevalence of, and factors associated with, problem behaviors in adults with intellectual disabilities. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, *196*(9), 678-686.
- Joyce, T., Globe, A. y Moody, C. (2006). Assessment of the Component Skills for Cognitive Therapy in Adults with Intellectual Disability. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*. *19*(1), 17-23.
- Karademas, E. C. (2006). Self-efficacy, social support and well-being: The mediating role of optimism. *Personality and Individual Differences*, *40*, 1281-1290.

- Khemka, I. y Hickson, L. (2001). La toma de decisiones por adultos con retraso mental en situaciones de abuso simuladas. *Siglo Cero*, 32, 17-26.
- Kobasa, S. C. (1979). Stressful life events, personality and health: An inquiry into hardiness. *Journal of Personality and Social Psychology*, 37, 1-11.
- Kohlmann, C. W. (1993). Development of the repression-sensitization construct: With special reference to the discrepancy between subjective and physiological stress reactions. En H. Hentschel, G. Smith, W. Ehlers y J. G. Draguns (Eds.), *The concept of defense mechanisms in contemporary psychology* (pp. 184-204). Nueva York: Springer Verlag.
- Kuo, B., Roysicar, G. y Newby, C. (2006). Development of the Cross-cultural Coping Scale: Collective, avoidance and engagement coping. *Measurement and Evaluation in Counseling and Development*, 12, 120-135.
- Labrador, F. J. (1992). *El estrés: nuevas técnicas para su control*. Madrid: Temas de Hoy.
- Labrador, F. J. y Crespo, M. (1993). *Estrés: Trastornos psicofisiológicos*. Madrid: Eudema.
- Labrador, F. J. y Crespo, M. (2010). Guía de Tratamientos psicológicos eficaces para las disfunciones sexuales. En M. Pérez, J. R. Fernández, C. Fernández e I. Amigo (Coords.). *Guía de Tratamientos Psicológicos eficaces, vol. I* (pp. 355-379). Madrid: Pirámide.
- Langrock, A. M., Compas, B. E., Keller, G. Merchant, M. J. y Copeland, M. E. (2002). Coping With the Stress of Parental Depression: Parents Reports of Children's Coping, Emotional, and Behavioral Problems, *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 31(3), 312-324.
- Lazarus, R. S. (1966). *Psychological stress and the coping process*. Nueva York: McGraw-Hill.

- Lazarus, R. S. (1993a). Coping theory and research: Past, present, and future. *Psychosomatic Medicine*, 55, 234-247.
- Lazarus, R. S. (1993b). From psychological stress to the emotions: A history of changing outlooks. *Annual Review of Psychology*, 44, 1-21.
- Lazarus, R. S. (2000). *Estrés y emoción. Manejo e implicaciones en nuestra salud*. Bilbao: Desclée Brouwer.
- Lazarus, R. S. (2006). *Stress and emotion: A new synthesis*. New York: Springer Publishing Company.
- Lazarus, R. S. y Folkman, S. (1980). An analysis of coping in a middle aged community sample. *Journal of Health and Social Behavior*, 21, 219-239.
- Lazarus, R. S. y Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal and coping*. Nueva York: Springer Publishing Company.
- Lazarus, R. S. y Folkman, S. (1986). *Estrés y procesos cognitivos*. Barcelona: Ediciones Martínez Roca, S.A.
- Lazarus, R. S. y Folkman, S. (1988). *Manual for the Ways of Coping Questionnaire*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.
- Lazarus, R. S. y Folkman, S. (1988). Coping as a Mediator of Emotion. *Journal of Personality and Social Psychology*, 54, 466-475.
- Livneh, H., Antonak, R. F. y Gerhardt, J. (2000). Multidimensional investigation of the structure of coping among people with amputations. *Psychosomatics*, 41(3), 235-44.
- Londoño, N., Henao, G., Puerta, I., Posada, S., Arango, D. y Aguirre-Acebedo, D. (2006). Propiedades psicométricas y validación estructural de la Escala de Coping modificada EEC-M en una muestra colombiana. *Universitas Psychological*, 5(2), 327-349.

- Londoño, N., Pérez, M. y Murillo, M. N. (2009). Validación de la Escala de Estilos y Estrategias de Afrontamiento al Estrés en una Muestra Colombiana. *Informes psicológicos 11*(13), 13-29.
- López, V. E. y Marván, M. (2004). Validación de una escala de afrontamiento frente a riesgos externos. *Salud Pública de México, 46*(3), 216-221.
- Luckasson, R., Coulter, D. L., Followay, E. A., Reiss, S., Schalock, R. L., Snell, M. E., Spitalnik, D. M. y Stark, J. A. (1992/1997). *Mental retardation: Definition, classification, and systems of supports (9ª ed.)*. Washington, DC: American Association on Mental Retardation. [Traducción de M. A. Verdugo y C. Jenaro. *Retraso mental: definición, clasificación y sistemas de apoyo (10ª ed.)*. Madrid: Alianza Editorial].
- Luckasson, R., Borthwick-Duffy, S., Buntinx, W. H. E., Coulter, D. L., Craig, E. M., Reeve, A. et al. (2002/2004). *Mental retardation: Definition, classification, and systems of supports (10ª ed.)*. Washington, DC: American Association on Mental Retardation. [Traducción de M. A. Verdugo y C. Jenaro. *Retraso mental: definición, clasificación y sistemas de apoyo (10ª ed.)*. Madrid: Alianza Editorial].
- Lumsden, D. P. (1981). Is the concept of stress of any use, anymore? En D. Randall (Ed.), *Contributions to primary prevention in mental health: working papers*. Toronto: Toronto National Office of the Canadian Mental Health Association.
- Lundqvist, L. y Ahlström, G. (2006). Psychometric evaluation of the Ways of Coping Questionnaire as applied to clinical and nonclinical groups. *Journal of Psychosomatic Research, 60*(5), 485-493.
- Lundqvist, L. O., Ahlström, G., Wilde-Larsson, B. y Schröder, A. (2012). The patient's view of quality in psychiatric out-patient care. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, 19*, 629-637.

- Lunsky, Y. (2008). The impact of stress and social support on the mental health of individuals with intellectual disabilities. *Salud Pública*, 50(2), 151-153.
- Lunsky, Y. y Benson, B. A. (2001a). Perceived social support and adults with mental retardation: A social-cognitive model. *Cognitive Therapy Research*, 25, 77-90.
- Lunsky, Y. y Benson, B. A. (2001b). Association between perceived social support and strain, and positive and negative outcomes for adults with mild intellectual disability. *Journal of Intellectual Disability Research*, 45(2), 106-114.
- Lyne, K. y Roger, D. (2000) A psychometric re-assessment of the COPE questionnaire. *Personality and Individual Differences* 29, 321-335.
- Martínez-Correa, A., Reyes del Paso, G. A., García-León, A. y González-Jareño, M. I. (2006). Optimismo/pesimismo disposicional y estrategias de afrontamiento del estrés. *Psicothema*, 18(1), 66-72.
- Martorell, A., Gutierrez-Recacha, P., Pereda, A. y Ayuso-Mateos, J. L. (2008). Identification of personal factors that determine work outcome for adults with intellectual disability. *Journal of Intellectual Disability Research*, 52(12), 1091-1101.
- Martorell, A. (2011). *La salud mental en la discapacidad intelectual: un recorrido de interrelaciones* (Tesis doctoral). Madrid: Universidad Autónoma de Madrid.
- Mason, J. W. (1968). Organization of psychoendocrine mechanisms. *Psychosomatic Medicine*, 30, 565-808.
- Mason, J. W. (1971). A re-evaluation of the concept of “nonspecificity” in stress theory. *Journal of Psychiatric Research*, 8, 323-333.

- Matthews, K. A. (1988). Coronary heart disease and Type A behaviors: Update on and alternative to Booth-Kewley and Friedman (1978) quantitative review. *Psychological Bulletin*, 104, 373-380.
- McClure K. S., Halpern J., Wolper P. A. y Donahue J. J. (2009). Emotion regulation and intellectual disability. *Journal on Developmental Disabilities*, 15, 38-44.
- McGillivray, J. A. y McCabe, M. P. (2007). Early detection of depression and associated risk factors in adults with mild/moderate intellectual disability. *Research in Developmental Disabilities*, 28(1), 59-70.
- McIntyre, L. L., Blacher, J. y Baker, B. L. (2002). Behaviour/mental health problems in young adults with intellectual disability: The impact on families. *Journal of Intellectual Disability Research*, 46(3), 239-249.
- McKeever, V. M. y Huff, M. E. (2003). A diathesis-stress model of posttraumatic stress disorder: Ecological, biological, and residual stress pathways. *Review of General Psychology*, 7, 237-250.
- McWilliams, L. A., Cox, B. J. y Enns, M. W. (2003). Mood and anxiety disorders associated with chronic pain: an examination in a nationally representative sample. *Pain*, 106(1-2), 127-33.
- Medina-Gómez, M. B. (2010). *Evaluación de la conducta adaptativa de las personas con discapacidad intelectual: Valoración y usos de la escala ABS-RC: 2* (Tesis doctoral). Burgos: Universidad de Burgos.
- Meyer, A. (1919). The life chart and the obligation of specifying positive data in psychopathological diagnosis. En *Contributions to medical and biological research dedicated to Sir William Osler in honour of his seventieth birthday July 12 1919. By his pupils and co-workers* (pp. 1128-1133). New York: Paul B. Hoeber.

- Meyer, A. (1948). The life chart. En A. Lief (Ed.) *The Common-sense Psychiatry of Dr Adolf Meyer: Fifty-two Selected Papers Edited, with Biographical Narrative* (pp. 418-422). New York: McGraw-Hill Book Company Inc.
- Miguel-Toba, J. J. y Cano-Vindel, A. (2002). *Inventario de situaciones y respuestas de ansiedad (ISRA): Manual. (ed. rev.)*. Madrid: TEA.
- Miller, S. (1987). Monitoring and blunting: Validation of a questionnaire to assess styles of information-seeking under threat. *Journal of Personality and Social Psychology*, 52, 345-353.
- Monroe, S. M. y Hadjiyannakis, H. (2002). The social environment and depression: Focusing on severe life stress. En I. H. Gotlib y C. L. Hammen (Eds.), *Handbook of depression* (pp. 314-340). New York: Guilford Press.
- Monroe, S. M. y Steiner, S. C. (1986). Social support and psychopathology: Interrelations with preexisting disorder, stress, and personality. *Journal of Abnormal Psychology*, 95, 29-39.
- Monroe, S. M. y Simons, A. D. (1991). Diathesis-stress theories in the context of life-stress research: Implications for the depressive disorders. *Psychological Bulletin*, 110, 406-425.
- Moos, R. H. y Holahan, C. J. (2003). Disposicional and contextual perspectivas on doping: toward an integrative framework. *Journal of Clinical Psychology*, 59, 1387-1403.
- Moos, R. H. y Billings, A. G. (1982). Conceptualizing and measuring coping resources and processes. En L. Goldberger y S. Breznitz (Eds.), *Handbook of stress: Theoretical and clinical aspects* (pp. 212-230). New York: Free Press.
- Moral, J. y Martínez, J. (2009). Reacción ante el diagnóstico de cáncer en un hijo: estrés y afrontamiento. *Psicología y Salud*, 19(2), 189-196.

- Moral, J. y Miaja, M. (2012). Validación del cuestionario de afrontamiento del estrés en dos muestras de personas seropositivas y población general. *Ansiedad Estrés*, 18, 15-29.
- Moreno, M. P. e Hidalgo, M. C. (2010). Prediction of Burnout in volunteers. *Journal of Applied Social Psychology*, 40(7), 179-1818.
- Moya, J., Rincón, D., Valcárcel, M., Escudero, T. y Benito, M. (2005). Formación de profesores y gestores para la armonización europea en educación superior: aportaciones de la investigación a la innovación. En *Actas de XII Congreso Nacional de Modelos de Investigación Educativa* (pp. 119-138). Universidad de la Laguna, Servicio de Publicaciones.
- Muller, L. y Spitz, E. (2003). Multidimensional assessment of coping: validation of the Brief COPE among French population. *Encephale*, 29(6), 507-518.
- Navas, C., Ollua, P., Vega, C. Z. y Soria, R. (2010). Inventario de Estrategias de afrontamiento: una réplica. *Psicología y Salud*, 20(2), 213-220.
- Navas, P., Verdugo, M. A. y Tassé, M. J. (2013). Conducta adaptativa en personas con discapacidad intelectual y discapacidades del desarrollo. En M. A. Verdugo y R. L. Schalock (Coords.), *Discapacidad e inclusión. Manual para la docencia* (pp. 111-134). Salamanca: Amarú.
- Neisser, U., Boodoo, G., Bouchard, T., Boykin, A., Brody, N., Ceci, S. et al. (1996). Intelligence: Knowns and unknowns. *American Psychologist*, 51, 77-101.
- Novell, R., Rueda, P. y Salvador-Carulla, L. (2005). *Salud mental y alteraciones de la conducta en las personas con discapacidad intelectual. Guía práctica para técnicos y cuidadores*. Madrid: FEAPS.

- Organización Mundial de la Salud (2001). *Clasificación internacional del funcionamiento de la discapacidad y de la salud (CIF)*. Madrid: OMS, IMSERSO.
- Organización Mundial de la Salud y Grupo del Banco Mundial (2011). *Informe mundial sobre la discapacidad*. Ginebra: WHO.
- Otero, J. M., Luengo, A., Romero, E., Gómez-Fraguela, J. A. y Castro, C. (1998). *Psicología de la Personalidad. Manual de Prácticas*. Barcelona: Ariel Practicum.
- Overholser, J. C. (1992). Sense of humor when coping with life stress. *Personality and Individual Differences, 13*, 799-804.
- Oxlad, M., Miller-Lewis, L. y Wade, T. D. (2004). The Measurement of Coping Responses: Validity of the Billings and Moos Coping Checklist. *Journal of Psychosomatic Research, 57*, 477-484.
- Owen, N., Humpel, N., Leslie, E., Bauman, A. y Sallis, J. (2004). Understanding environmental influences on walking: review and research agenda. *American Journal Prevention Medical, 27*, 67-76.
- Pelechano, V. (2000). *Psicología sistemática de la personalidad*. Barcelona: Ariel.
- Peñacoba, C. y Moreno, B. (1998). El concepto de personalidad resistente: consideraciones teóricas y repercusiones prácticas. *Boletín de Psicología, 58*, 61-96.
- Perczek, R., Carver, C. S., Price, A. A. y Pozo-Kaderman, C. (2000). Coping, mood, and aspects of personality in Spanish translation and evidence of convergence with English versions. *Journal of Personality Assessment, 74*, 63-87.

- Pérez-Sánchez, L. y Cabezas-Gómez, D. (2007). Programa de entrenamiento en solución de problemas prácticos aplicado a personas con discapacidad intelectual. *Psicothema*, 19(4), 578-584.
- Ponce, C. (2002). Burnout y estrategias de afrontamiento en profesores de educación básica. *Psikhe*, 11(2), 71-88.
- Potter, H. W. (1965). Mental retardation: The Cinderella of psychiatry. *Psychiatric Quarterly*, 39(1), 537-549.
- Pucheu, S., Consoli, S. M., D'Auzac, C., Francais, P. e Issad, B. (2004). Do health causal attributions and coping strategies act as moderators of quality of life in peritoneal dialysis patients? *Journal of Psychosomatic Research*, 56, 317-322.
- Reiss, S. y Aman, M. (1997). The international consensus process on psychopharmacology and intellectual disability. *Journal of Intellectual Disability Research*, 41(6), 448-455.
- Rexrode, K. R., Petersen, S. y O'Toole, S. (2008). The Ways of Coping Scale: A reliability generalization study. *Educational and Psychological Measurement*, 68, 262-280.
- Rice, P. (1999). *Stress and Health*. USA: Cole Publishing Company.
- Rodríguez, J. (1995). *Estrés psicosocial y su afrontamiento*. Madrid: Síntesis.
- Rojahn, J. y Tasse, M. J. (1996). *Psychopathology in Mental Retardation*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Ryan-Wenger, N. (1990). Development and psychometric properties of the schoolagers' Coping Strategies Inventory. *Nursery Resource*, 39(6), 344-349.
- Salvador-Carulla, L., Rodríguez-Blázquez, C., Rodríguez, D. M., Pérez-Marín, J. y Velázquez, R. (2000). Hidden psychiatric morbidity in a vocational

programme for people with intellectual disability. *Journal of Intellectual Disability Research*, 44(2), 147-154.

Salvador-Carulla, L., Rodríguez-Blázquez, C. y Martorell, A. (2008). Intellectual disability: an approach from the health sciences perspective. *Salud Pública de Mexico*, 50(2), S142-S150.

Sánchez, M. T., Fernández-Berrocal, P., Montañés, J. y Latorre, J. M. (2008). ¿Es la inteligencia emocional una cuestión de género? Socialización de las competencias emocionales en hombres y mujeres y sus implicaciones. *Revista Electrónica de Investigación Psicoeducativa* 6(2), 455-474.

Sandín, B. (1984). *Hormonas y conducta*. Madrid: Universidad Complutense.

Sandín, B. (2003). El estrés: Un análisis basado en el papel de los factores sociales. *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud*, 3, 141-157.

Sandín, B. (2008). *El Estrés psicosocial: Conceptos y consecuencias clínicas* (2ª ed.). Madrid: Klinik.

Sandín, B. (2009). El estrés. En A. Belloch, B. Sandín y F. Ramos (Eds.), *Manual de psicopatología, vol. II (ed. rev.)* (pp. 3-42). Madrid: McGraw Hill.

Sandín, B. y Bermúdez, J. (1989). *Procesos emocionales y salud*. Madrid: UNED.

Sandín, B. y Chorot, P. (2003). Cuestionario de afrontamiento del estrés (CAE): desarrollo y validación preliminar. *Revista de psicopatología y psicología clínica*, 8(1), 39-54.

Sandín, B., Chorot, P., Santed, M. A. y Jiménez, M. P. (2009). Trastornos psicósomáticos. En A. Belloch, B. Sandín y F. Ramos (Eds.), *Manual de psicopatología, vol. II (ed. rev.)* (pp. 315-368). Madrid: McGraw Hill.

- Sandín, B., Valiente, R. M. y Chorot, P. (1999). Evaluación del estrés psicosocial. En B. Sandín (Ed.), *El estrés psicosocial: Conceptos y consecuencias clínicas* (pp. 245-316). Madrid: UNED.
- Sapolsky, R. M. (2011). *¿Por qué las cebras no tienen úlcera?* Madrid: Alianza Editorial.
- Schalock, R. L. (2009). La nueva definición de discapacidad intelectual, apoyos individuales y resultados personales. *Siglo Cero*, 40(1), 22-39.
- Schalock, R. L., Luckasson, R. y Shogren, K. A. (2007). The renaming of mental retardation: Understanding the change to the term intellectual disability. *American Journal on Intellectual and Developmental Disabilities*, 45, 116-124.
- Schalock, R. L., Luckasson, R., Bradley, V. J., Buntis, W. H. E., Lachapelle, Y., Shogren, K. A.,... y Wehmeyer, M. L. (2010/2011). *Intellectual disability. Definition, Clasiffication and Systems of Supports User's Guide (11ª ed.)*. Washington, DC: American Association on Intellectual and Developmental Disabilities. [Traducción de Schalock, R. L., Borthwick-Duffy, S. A., Bradley, V. J. Buntinx, W. H. E., Coulter, D., Craig, E. M., ... y Yeager, M. H. *Discapacidad intelectual. Definición, clasificación y sistemas de apoyo (11ª ed.)*. Madrid: Alianza editorial].
- Scheier, M. F. y Carver, C. S. (1987). Dispositional optimism and physical well-being: The influence of generalized outcome expectancies on health. *Journal of Personality*, 55, 169-210.
- Scott, H. M. y Haverkamp, S. M. (2014). Mental Health for People With Intellectual Disability: The Impact of Stress and Social Support. *American Journal on Intellectual and Developmental Disabilities*, 119(6), 552-564.

- Selye, H. (1936). A syndrome produced by diverse nocuous agents. *Nature*, 138, 32.
- Selye, H. (1946). Thymus and adrenals in the response of the organism to injuries and intoxications. *British Journal of Experimental Psychology*, 17, 234-348.
- Selye, H. (1954). *Stress*. Barcelona: Científico Médica.
- Selye, H. (1956). *The Stress of Life*. New York: McGraw-Hill Book Company.
- Selye, H. (1974). *Stress without distress*. Londres: Hodder y Stoughton.
- Selye, H. (1976). *The stress of life (Rev. ed.)*. New York: McGraw Hill.
- Selye, H. (1980). *Selye's guide to stress research*. New York: Van Nostrand Reinhold.
- Selye, H. (1983). The stress concept: Past, present, and future. En C. L. Cooper (Ed.), *Stress research* (pp. 1-20). Nueva York: Wiley.
- Sokolov, E. N. (1982). *Percepción y Reflejo Condicionado*. México: Trillas.
- Sovner, R. y Hurley, A. D. (1983). Do the mentally retarded suffer from affective illness? *Archives of General Psychiatry*, 40(1), 61.
- Sterling, P. (2003). Principles of allostasis: optimal design, predictive regulation, pathophysiology and rational therapeutics. En Schulkin, J. (Ed.), *Allostasis, Homeostasis and the Cost of Adaptation* (pp. 629-649). Cambridge: MIT Press
- Tassé, M. J., Schalock, R. L., Balboni, G., Bersani Jr, H., Borthwick-Duffy, S. A., Spreat, S., ... y Zhang, D. (2012). The construct of adaptive behavior: Its conceptualization, measurement, and use in the field of intellectual disability. *American Journal on Intellectual and Developmental Disabilities*, 117(4), 291-303.

- Taylor, G. J. (1984). Alexithymia: Concept, measurement, and implications for treatment. *American Journal of Psychiatry*, *141*, 725-732.
- Temoshok, L. (1987). Personality, coping style, emotion and cancer: Towards an integrative model. *Cancer Surveys*, *6*, 545-567.
- Thompson, J. R., Bradley, V. J., Buntinx, W. H., Schalock, R. L., Shogren, K. A., Snell, M. E., ... y Yeager, M. H. (2009). Conceptualizing supports and the support needs of people with intellectual disability. *Intellectual and Developmental Disabilities*, *47*(2), 135-146.
- Tsiouris, J. A., Kim, S. Y., Brown, W. T. y Cohen, I. L. (2011). Association of aggressive behaviours with psychiatric disorders, age, sex and degree of intellectual disability: A largescale survey. *Journal of Intellectual Disability Research*, *55*(7), 636-649.
- Todd, M., Tennen, H., Carney, M., Armeli, S. y Affleck, G. (2004). Do we know how we cope? Relating daily coping reports to global and time-limited retrospective assessments. *Journal Personality Social Psychology*, *86*(2), 310-319.
- Tobin, D. L. (2001). *User manual for the Coping Strategies Inventory*. Unpublished manuscript.
- Tobin, D. L., Holroyd, K. A. y Reynolds, R. V. (1984). *User's Manual for the Coping Strategies Inventory*. Columbus, OH: Ohio State University Press.
- Tobin, D. L., Holroyd, K. A. Reynolds, R. V. y Wigal, J. K. (1989). The hierarchical factor structure of Coping Checklist: Revision and psychometric properties. *Multivariate Behavioral Research*, *20*, 3-26.
- Torestad, B., Magnusson, D. y Olah, A. (1990). Coping, control, and experience of anxiety: An interaccional perspective. *Anxiety Research*, *3*, 1-16.

- Verdugo, M. A. (1994). El cambio de paradigma en la concepción del retraso mental: la nueva definición de la AAMR. *Siglo Cero*, 25(5), 5-24
- Verdugo, M. A. (2003). Análisis de la definición de discapacidad intelectual de la AAMR de 2002. *Siglo Cero*, 34(1), 5-20.
- Verdugo, M. A., Schalock, R. L., Thompson, J. y Guillen, V. (2013). Discapacidad intelectual: definición, clasificación y sistemas de apoyo. En M. A. Verdugo y R. L. Schalock (Coords.), *Discapacidad e inclusión. Manual para la docencia* (pp. 89-110). Salamanca: Amarú.
- Vollrath, M. (2000). *COPE, Deutsche Version (COPE, German versión)* (Unpublished manuscript). Switzerland: Department of Social Psychology, University of Zurich.
- Wehmeyer, M. L., Buntinx, W. H. E., Coulter, D. L., Lachapelle, Y., Luckasson, R., Verdugo, M. A. et al. (2008). The intellectual disability construct and its relation to human functioning. *Intellectual and Developmental Disabilities*, 46, 311-318.
- Weinberger, D. A., Schwartz, G. E. y Davidson, R. J. (1979). Low-anxious, high-anxious, and repressive coping styles: Psychosomatic patterns and behavioral and physiological responses to stress. *Journal of Abnormal Psychology*, 88, 369-380.
- Weyersa, P., Ising, M., Reutera, M. y Jankea, W. (2005). Comparing two approaches for the assessment of coping: Part I: Psychometric properties and intercorrelations. *Journal of Individual Differences*, 26, 207-212.
- Whitaker, S. y Read, S. (2006). The Prevalence of Psychiatric Disorders among People with Intellectual Disabilities: An Analysis of the Literature. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 19(4), 330-345.

- Whitehouse, R. M., Tudway, J. A., Look, R. y Kroese, B. S. (2006). Adapting individual psychotherapy for adults with intellectual disabilities: A comparative review of the cognitive-behavioural and psychodynamic literature. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 19(1), 55-65.
- Wolff, H. G. (1950). Life stress and bodily disease - A formulation. En H. G. Wolff, S. G. Wolf y C. C. Hare (Eds.), *Life Stress and Bodily Disease* (pp. 1059-1094). New York: Hafner Publishing Company Inc.
- Wolff, H. G. (1953). *Stress and Disease*. Springfield Ill: Charles G. Thomas.

ANEXOS

ESTRÉS Y AFRONTAMIENTO EN LAS P.D.I.1. **Código:** (a completar por el evaluador)

Grupo	1. Control	2. P.D.I.
Número		

2. **Género:**

1. Hombre	2. Mujer
-----------	----------

3. **Edad:** _____ años.4. **Nivel de estudios:**

1. Sin alfabetizar	2. Sin titulación pero sabe leer y escribir
3. Primarios (EPO, CEP, EGB, FPI)	4. Secundarios (BUP, PREU, ESO, FPII)
5. Titulado Medio (Diplomatura)	6. Titulado Superior (Licenciatura)

5. **Residencia:**

1. Vivo de forma independiente	2. Vivo en un piso compartido
3. Vivo en una residencia	4. Vivo con mi familia

6. **Cuando tengo problemas puedo contar:**

1. Con mis amigos	2. Con mi familia
3. Con mis amigos y con mi familia	4. Con nadie

- Indique sensaciones y síntomas que experimenta o comportamientos que incrementa ante situaciones difíciles, en épocas de cambio e incertidumbre o ante acontecimientos importantes: (Puede señalar más de una)

7. **R.C.**

1. Me preocupo fácilmente	2. Me siento inseguro de mi mismo
3. Me siento observado/criticado	4. Doy vueltas a las cosas sin decidirme
5. Me siento inferior a los demás	6. Tengo dificultades para concentrarme
7. Me vuelvo triste/apático	8. Tengo mal humor / estoy irritable

8. **R.F.**

1. Tensión muscular	2. Dolor de cabeza
3. Taquicardias, palpitaciones	4. Dificultades respiratorias
5. Molestias gastrointestinales	6. Sudoración excesiva
7. Tics, temblores, escalofríos	8. Sequedad de boca

9. **R.M.**

1. Lloro con facilidad	2. Muevo rítmicamente la pierna, mano...
3. Fumo, como o bebo en exceso	4. Evito/huyo de la situación
5. Me quedo bloqueado/paralizado	6. Me cuesta expresarme con claridad

10. **Indique si padece alguno o varios de los siguientes trastornos:**

1. Trast. Cardiovasculares / Hipertensión	2. Asma bronquial	3. Insomnio
4. Trast. Endocrinos: hiper / hipotiroidismo	5. Úlcera péptica / Intestino irritable	
6. Trast. dermatológicos (herpes, psoriasis)	7. Diabetes	
8. Enfermedad Mental (indique cual):		

(Puede señalar más de una)

11. **Indique si toma medicación psicofarmacológica:**

1. Ansiolíticos / Somníferos	2. Antidepresivos
3. Antipsicóticos	4. Estabilizadores del ánimo / antiepilépticos

(Puede señalar más de una)

INVENTARIO DE ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO (CSI)
(Tobin, Holroyd, Reynolds y Wigal, 1989. Adaptación por Cano, Rodríguez y García, 2007)

El propósito de este cuestionario es encontrar el tipo de situaciones que causa problemas a las personas en su vida cotidiana y como éstas se enfrentan a estos problemas. *Piense durante unos minutos en un hecho o situación que ha sido muy estresante para usted en el último mes.* Por estresante entendemos una situación que causa problemas, le hace sentirse a uno mal o que cuesta mucho enfrentarse a ella. Puede ser con la familia, en la escuela, en el trabajo, con los amigos... *Describa esta situación en el espacio en blanco de esta página.* Escriba que ocurrió e incluya detalles como el lugar, quién o quienes estaban implicados, por qué le dio importancia y que hizo usted. La situación puede estar sucediendo ahora o puede haber sucedido ya. No se preocupe por si está mejor o peor escrito o mejor o peor organizado, sólo escríbala tal y como se le ocurra. Continúe escribiendo por detrás si es necesario.

