

Estrategias de afrontamiento

C. Vázquez Valverde, M. Crespo López y J. M. Ring

INTRODUCCIÓN

Ante un mismo suceso potencialmente estresante la gente presenta reacciones muy diversas. La muerte de un esposo suele suponer un profundo golpe emocional, pero para algunos pocos resulta una bendición. Las investigaciones iniciales sobre el estrés (p. ej., las de Selye en los años cincuenta) partían del supuesto implícito de la existencia de estresores prácticamente universales, es decir, ciertas condiciones ambientales con capacidad para llegar a agotar la resistencia de cualquier organismo. Pronto se observó que había enormes diferencias en cómo diferentes personas afrontan el mismo suceso. Así, de una noción más fisiológica-universal del estrés en las décadas de los sesenta y setenta, se pasó en la década de los ochenta a una perspectiva más psicológica/idiosincrásica (Labrador y Crespo, 1993; Sandin, 1989; Valdés y Flores, 1985; Lazarus y Folkman, 1986), según la cual un suce-

so es estresante en la medida en que el sujeto lo perciba o lo valore como tal, sean cuales sean las características físicas objetivas del suceso.

¿Qué factores determinan que un acontecimiento sea finalmente estresante? Ante la aparición de un suceso determinado, el individuo realiza una serie de valoraciones sobre el mismo (véase el excelente trabajo de Lazarus y Folkman, 1986). En primer lugar, existe una valoración primaria, consistente en analizar si el hecho es positivo o no y, además, valorar las consecuencias presentes y/o futuras del mismo. En segundo lugar, se produce una valoración secundaria en la que el objeto de análisis son las capacidades del organismo para afrontarlos y serán los que con más probabilidad susciten reacciones de estrés (fig. 31-1). Por lo tanto, los modelos actuales de estrés conciben la propia respuesta de estrés no como una consecuencia inevitable y directa de elementos universal e inequívocamente definibles, sino como un resultado de una delicada y continua transacción entre las presiones que

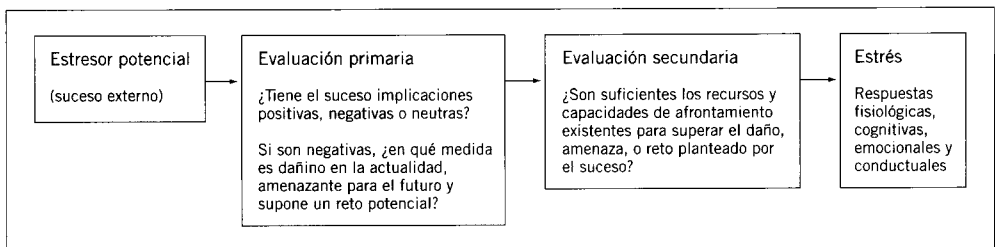


Figura 31-1. Modelo psicológico del estrés.

uno percibe del medio (interno o externo) y los recursos de afrontamiento que uno considera disponibles y activables.

CONCEPTO

En este contexto descrito, se ha desarrollado la investigación en los últimos 20 años sobre las denominadas estrategias de afrontamiento (*coping*, en inglés). Su objetivo es precisamente analizar cómo se enfrenta la gente ante elementos estresantes determinados: enfermedades crónicas, estresores cotidianos como un fuerte ritmo de trabajo o sucesos vitales estresantes como la pérdida del puesto de trabajo o un diagnóstico de infertilidad (Stanton y Dunkel-Schetter, 1991).

De modo general, el afrontamiento se refiere a la serie de «pensamientos y acciones que capacitan a las personas para manejar situaciones difíciles» (Stone y cols., 1988, pág. 183). Consiste, por lo tanto, en un proceso de esfuerzos dirigidos a manejar del mejor modo posible (reduciendo, minimizando, tolerando o controlando) las demandas internas y ambientales. En resumen, el afrontamiento quedaría definido como «aquellos procesos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas externas y/o internas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo» (Lazarus y Folkman, 1986, pág. 164). Con esta amplia definición se puede pensar que las reacciones emocionales como la ira, o la depresión, también forman parte del proceso general de afrontamiento que efectúa un organismo ante una situación demandante. Por ejemplo, quedarse en la cama cuando uno se siente deprimido es un tipo de estrategia de afrontamiento, del mismo modo que lo puede ser una estrategia más activa (p. ej., ir a la consulta médica). Aunque la naturaleza de estas estrategias no siempre es consciente, la investigación empírica se ha centrado básicamente en aquellas que los individuos pueden conscientemente reconocer.

Normalmente se distinguen dos tipos generales de estrategias (Lazarus y Folkman, 1986):

1. Estrategias de resolución de problemas: son aquellas directamente dirigidas a manejar o alterar el problema que está causando el malestar.
2. Estrategias de regulación emocional: son los métodos dirigidos a regular la respuesta emocional ante el problema.

Por ejemplo, ante una ruptura matrimonial, uno puede acudir a los abogados, llamar a amigos en bús-

queda de soluciones, etc. (estrategias dirigidas a solucionar el problema), pero también cabe salir más de casa para no sentirse tan mal, intentar no pensar en los años pasados, etc. (estrategias dirigidas a aliviar el malestar que produce la situación).

A veces, el empleo de una estrategia de solución de problemas tiene por sí misma repercusiones favorables en la regulación emocional. Por ejemplo, si alguien presenta una denuncia por observar basura en su barrio, esto puede ser una estrategia eficaz para solucionar el problema y, a la vez, reducir su ira o malestar. Pero puede suceder lo contrario. Por ejemplo, una estrategia aparentemente eficaz para la regulación de la ira (p. ej., dar un grito a una persona), puede dejar el problema tal como estaba e incluso crear otros nuevos (p. ej., rechazo por parte de la otra persona).

MITOS DEL AFRONTAMIENTO

La investigación sobre las estrategias de afrontamiento ha estado conceptualmente dirigida tanto por una serie de estereotipos culturales respecto a cómo creemos que la gente normalmente se comporta o «debe comportarse» ante un suceso aversivo determinado como por teorías apoyadas en escasos datos o en medidas poco fiables y válidas (tabla 31-1). Ante una enfermedad crónica o la muerte de un hijo, por ejemplo, se espera que haya una reacción de profunda desesperación¹ y, en consecuencia, el enfoque de estudio se ha centrado en estas reacciones negativas de duelo, desesperanza y depresión. Sin embargo, investigaciones recientes sobre el afrontamiento de sucesos negativos irreparables demuestran que estas características visiones pueden responder más a un estereotipo que a lo que realmente ocurre (véase una detallada descripción en Avia y Vázquez, 1998).

Hasta hace poco casi nadie se ha atrevido a analizar, por ejemplo, si existen reacciones positivas, mejoras en la calidad de vida, etc., cuando acontecen factores estresantes subjetivamente percibidos como importantes y, además, tampoco se han empleado medidas rigurosas del estado emocional. Por ejemplo, Wortman y Silver (1989) han señalado algunos de los mitos que existen acerca de cómo la gente afronta serios retos vitales de naturaleza irrevocable (muerte súbita de un hijo, accidentes que ocasionan paraplejas o muerte de un cónyuge). Frente a lo que habitualmente se cree, las reacciones patológicamente inten-

¹ Tanto la teoría psicoanalítica (*Duelo y melancolía*, S. Freud, 1917) como la más moderna del apego (p. ej., Bowlby) asumen incondicionalmente este supuesto no probado empíricamente.

TABLA 31-1. Mitos y realidad del afrontamiento de situaciones de pérdida irreversible

Mitos del afrontamiento	Realidad del afrontamiento
La depresión o la desesperación intensas son inevitables	La mayoría de la gente no muestra una depresión de intensidad clínica
El malestar es necesario y su ausencia indicaría patología	Las reacciones de duelo no son necesarias y la gente que no las manifiesta en su momento no desarrolla problemas en el futuro
Es importante «elaborar» la pérdida. La «negación» o el bloqueo de sentimientos son improductivos y patológicos	Cuanto más se piense sobre las causas del suceso, o se intente buscar sentido a lo ocurrido, el malestar psicológico es más intenso y duradero
La expectativa de recuperación es buena a largo plazo	Una sustancial minoría de personas parece que tienen una recuperación muy escasa o inexistente después de mucho tiempo
Se alcanza un estado final de resolución en el que se «acepta» finalmente la pérdida	Para muchas personas, lo sucedido nunca va a ser aceptado como algo «real» o «justo», especialmente para sucesos repentinos

De Avia y Vázquez, 1998.

sas (p. ej., un episodio depresivo diagnosticable con criterios estrictos) no son muy habituales. Además, es frecuente la existencia de reacciones positivas muy poco después del suceso, e incluso a los pocos días o semanas, el estado anímico general ya es más positivo que negativo². De ahí la importancia de analizar con medidas adecuadas y no sesgadas cómo reacciona realmente la gente ante sucesos estresantes determinados³, de modo que pueda diferenciarse mejor lo normal de lo patológico.

ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO

Existen en realidad muchas estrategias posibles de afrontamiento que puede manejar un individuo. El uso de unas u otras en buena medida suele estar determinado por la naturaleza del estresor y las circunstancias en las que se produce. Por ejemplo, las situaciones en las que se puede hacer algo constructivo favorecen estrategias focalizadas en la solución del problema, mientras que las situaciones en las que lo

único que cabe es la aceptación favorecen el uso de estrategias focalizadas en las emociones (Forsythe y Compas, 1987).

Aun asumiendo la validez de esta dicotomía general, investigaciones más recientes han puesto de manifiesto la existencia de una mayor variedad de modos de afrontamiento. Por ejemplo, la escala de Modos de Afrontamiento (Ways of Coping, WOC) de Folkman y Lazarus (1985), un instrumento que evalúa una completa serie de pensamientos y acciones que se efectúan para manejar una situación estresante, cubre al menos ocho estrategias diferentes (las dos primeras más centradas en la solución del problema, las cinco siguientes en la regulación emocional, mientras que la última se focaliza en ambas áreas):

1. Confrontación: intentos de solucionar directamente la situación mediante acciones directas, agresivas, o potencialmente arriesgadas.
2. Planificación: pensar y desarrollar estrategias para solucionar el problema.
3. Distanciamiento: intentos de apartarse del problema, no pensar en él, o evitar que le afecte a uno.
4. Autocontrol: esfuerzos para controlar los propios sentimientos y respuestas emocionales.
5. Aceptación de responsabilidad: reconocer el papel que uno haya tenido en el origen o mantenimiento del problema.
6. Escape-evitación: empleo de un pensamiento irreal improductivo (p. ej., «Ojalá hubiese desaparecido esta situación») o de estrategias como comer, beber, usar drogas o tomar medicamentos.
7. Reevaluación positiva: percibir los posibles aspectos positivos que tenga o haya tenido la situación estresante.

² Por ejemplo, a los 30 días de la muerte del esposo, un 88% de las personas que enviudan se sienten tristes. Pero sólo un 35% presenta una depresión diagnosticable con criterios operativos estrictos (véase Wortman y Silver, 1989).

³ Otro ejemplo pertinente es el de la influyente teoría de Kubler-Ross (1969) sobre las fases por las que pasaría una persona cuando sabe que va a morir. Según Kubler-Ross, las personas pasan por cinco fases: negación, ira, negociación, depresión y aceptación. Pero las investigaciones realizadas al respecto han demostrado que hay mucha variación de persona a persona y que el apoyo empírico para la existencia de estas fases es muy endeble (Wortman y Silver, 1987 y 1989).

TABLA 31-2. Comparación de las dimensiones halladas o empleadas en diversos estudios y escalas de afrontamiento

Estrategias de afrontamiento	WOC (Folkman y Lazarus, 1986)	COPE (Carver y cols., 1989)	Coyne y cols. (1981)	Moos (1988)	Rippere ^a (1977)	CID ^a (Vázquez y Ring, 1996)
Afrontamiento directo	Si	Si		Si		Si
Apoyo y/o información social	Si	Si	Si	Si	Si	Si
Distanciamiento o negación	Si		Si	Si	Si	Si
Escape/evitación (p. ej., pensamientos mágicos, comer, beber, etc.)	Si	Si	Si	Si	Si	Si
Planificación y solución de problemas	Si	Si	Si	Si		Si
Reevaluación positiva	Si	Si	Si	Si	Si	Si
Aceptación de responsabilidad	Si			Si		
Autocontrol	Si					
Autoacusación			Si			
Descargas emocionales (llorar, conductas agresivas, etc.)		Si	Si	Si		Si
Conductas de autocuidado (arreglarse, vestirse bien, etc.)			Si		Si	Si
Realizar actividades solo o con gente (salir, ordenar cosas, etc.)			Si		Si	Si

Los dos estudios a la par sólo con la gente afronta una situación anímica negativa.
 CID: Inventario de Afrontamiento de Depresión; WOC: Inventario de Estrategias de Afrontamiento.

TABLA 31-3. Ejemplos de algunos de los ítems incluidos en la Coping Inventory of Depression

Tipo de estrategias	Número de ítems	Ejemplos
F1 Actividades	9	Salgo al cine, al teatro, etc.
F2 Actividades sociales	4	Hablo con personas que me aconsejen y apoyen
F3 Evitación	3	Intento no pensar
F4 Focalización en el problema	4	Establezco un plan de actividades
F5 Fisiología	7	Bebo alcohol
F6 Actividades pasivas	3	Rezo
F7 Autocuidado	2	Me ducho o me baño para relajarme
F8 Respuestas emocionales	4	Lloro para aliviarme
F9 Evaluación cognitiva	5	Busco el aspecto humorístico de lo que está pasando

De Vázquez y Ring, 1996.

8. Búsqueda de apoyo social: acudir a otras personas (amigos, familiares, etc.) para buscar ayuda, información o también comprensión y apoyo emocional.

Estas estrategias halladas con el WOC coinciden en buena medida con las encontradas en otros estudios que han empleado ésta u otras escalas semejantes para evaluar los recursos genéricos de afrontamiento de las personas. No obstante, no existe una coincidencia absoluta en todos los instrumentos. En algunos aparecen ítems que no se encuentran en otros (p. ej., conductas religiosas como rezar, el empleo del humor, la restricción de llevar a cabo ciertas acciones, etc. (tablas 31-2 y 31-3).

Evidentemente, éstas no son las únicas dimensiones posibles de afrontamiento. Posiblemente existen algunas otras que estén vinculadas a estresores especí-

ficos o a personas con características especiales (p. ej., niños). La investigación futura deberá determinar su validez y generabilidad.

FACTORES MODULADORES

En el proceso y resultado final del afrontamiento pueden intervenir muchas variables interfiriéndolo o potenciándolo (Cohen y Edwards, 1989). Tanto los factores internos (estilos habituales de afrontamiento y algunos variables de personalidad) como los externos (recursos materiales, apoyo social y la actuación de otros factores estresantes simultáneos) pueden modular, de forma favorable o desfavorable, el impacto de un estresor (fig. 31-2).

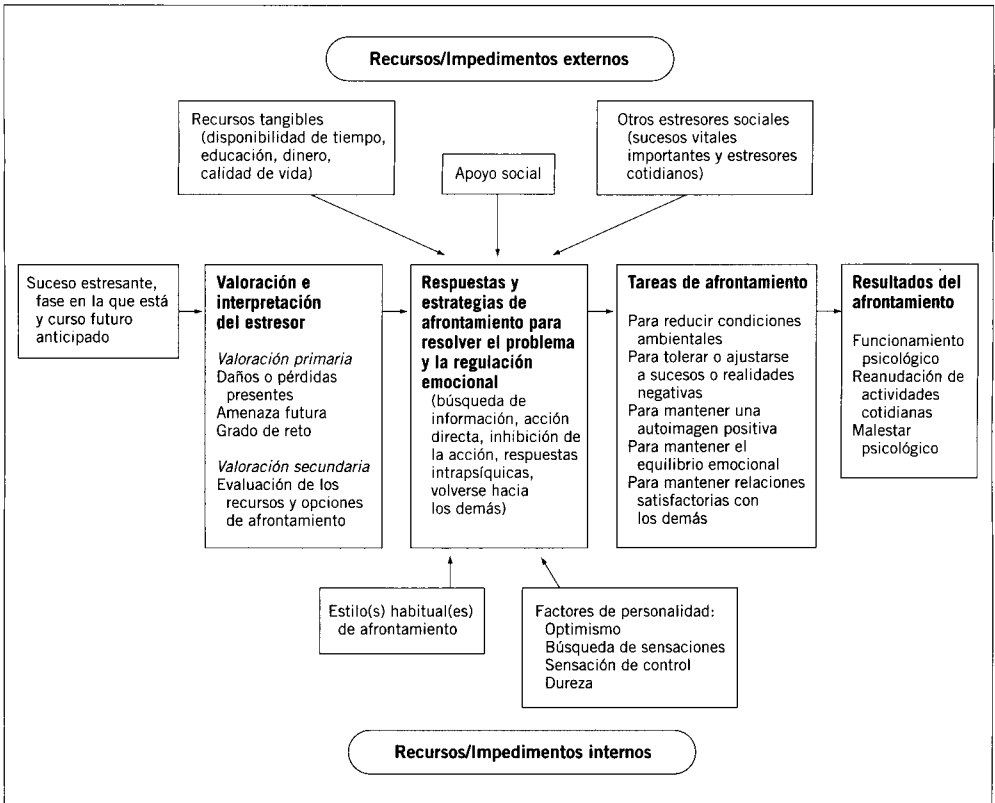


Figura 31-2. El proceso de afrontamiento (coping). (Adaptada de Taylor, 1991).

Recursos o impedimentos internos

Estilos de afrontamiento

Aunque en teoría se pueden emplear multitud de estrategias para manejar una situación estresante, cada individuo tiene una propensión a utilizar una serie determinada de estrategias en situaciones diversas. Esto es lo que se denomina estilo de afrontamiento. Por ejemplo, algunas personas tienden casi de forma invariable a contarles sus problemas a los demás, mientras que otras se los guardan para sí mismas. Sólo una serie de estilos de afrontamiento se han investigado de modo sistemático. Veamos algunos:

1. Personas evitadoras y personas confrontativas: hay personas que tienen una tendencia evitadora (o mi-

nimizadora), mientras que otras tienden a utilizar un estilo más confrontativo (o vigilante) bien sea buscando información o tomando una acción directa ante cualquier problema. Aunque ningún estilo es por sí mismo más efectivo que otro, el estilo evitador es más útil para sucesos amenazantes a corto plazo, mientras que el estilo vigilante es más efectivo cuando existe un suceso amenazante que se repite o que persiste a lo largo del tiempo. El estilo confrontativo es útil pues permite anticipar planes de acción ante riesgos futuros aunque puede que tenga un coste mayor en ansiedad. Como señala Taylor (1990), el estilo evitativo puede que sea útil para visitar al dentista, pero bastante ineficaz para solventar situaciones de tensión continua laboral. No obstante, los estudios longitudinales señalan que, a la larga, el estilo evitativo suele ser ineficaz para manejar circunstancias vitales complicadas (Holahan y Moos, 1987).

2. **Catarsis:** aunque éste es un tema de tradición psicoanalítica, la investigación científica sobre los traumas ha comenzado también a indagar si el hecho de expresar los propios sentimientos y estados emocionales intensos puede ser eficaz para afrontar situaciones difíciles. Parece, en efecto, que hablar y comunicar nuestras preocupaciones tiene el efecto de reducir tanto la probabilidad de que se produzcan rumiaciones obsesivas con el paso del tiempo como de que aparezca un incremento en la actividad fisiológica (Pennebaker y Susman, 1988)⁴. Aún no se conocen bien las vías de actuación de este fenómeno: hablar con otras personas no tiene ningún efecto «mágico» sino que, a su vez, puede favorecer el afrontamiento de muchas maneras (se recibe información, apoyo afectivo, fuerza a pensar mejor sobre lo que nos preocupa para comunicarlo efectivamente, etc.).

3. **Uso de estrategias múltiples:** la mayor parte de los estresores conllevan una serie de problemas de naturaleza diferente que requieren estrategias de afrontamiento diferentes. Por ejemplo, una persona en un proceso de divorcio debe enfrentarse a muchos problemas (impacto emocional, cargas financieras, custodia de los hijos, etc.). Es muy probable que, en general, un afrontamiento con buenos resultados requiera la capacidad de usar de forma adecuada múltiples estrategias de un modo flexible.

Factores de personalidad

1. **Búsqueda de sensaciones:** Zuckerman (1974) ha desarrollado esta interesante variable de personalidad que contribuye a explicar un buen número de conductas. Las personas «buscadoras de sensaciones» (*sensation seekers*), según la Escala de Búsqueda de Sensaciones, son individuos a los que no les importa tomar riesgos (hacer *puenting*, probar drogas, tener viajes de aventuras o vivir experiencias inusuales) y, por lo tanto, parecen tener una mayor tolerancia a la estimulación, el riesgo y los estresores que otras personas.

2. **La sensación de control:** una de las variables más importantes que modulan los efectos de un estresor potencial es la sensación de control sobre el mismo. Multitud de investigaciones experimentales con animales y humanos han demostrado que la pérdida de sensación de control constituye un elemento crucial etiológico de la depresión y otros trastornos emocionales. Más en concreto, el modelo de depresión de la desesperanza o indefensión aprendida (*learned hel-*

plessness) propone que inevitablemente se desarrollará un estado depresivo cuando una persona perciba que no dispone de ninguna estrategia, ni ahora ni el futuro, para cambiar una situación aversiva personal (Sanz y Vázquez, 1995; Seligman, 1983). En definitiva, cuando el individuo considera que absolutamente ningún modo de afrontamiento va a ser eficaz para controlar una situación negativa (Avia y Vázquez, 1998).

3. **Optimismo:** consiste en una expectativa generalizada de que los resultados serán positivos. Las personas con una actitud optimista parecen manejar mejor los síntomas de enfermedades físicas como, por ejemplo, cáncer o cirugía cardíaca (Scheier y Carver, 1992) y esto parece deberse a que las estrategias de estas personas suelen estar centradas en el problema, la búsqueda de apoyo social y buscar los lados positivos de la experiencia estresante. Por el contrario, las personas pesimistas se caracterizan más por el empleo de la negación y el distanciamiento del estresor, centrándose más en los sentimientos negativos producidos por el estresor (Avia y Vázquez, 1998).

4. **Otras variables:** aunque se han propuesto muchas otras variables psicológicas que pudieran afectar la eficacia del afrontamiento (sentido del humor, sensación de coherencia de la propia vida, inteligencia, no tomarse las cosas muy en serio, etc.) ninguna de ellas ha sido objeto de una investigación profunda. No obstante, parece cada vez emerger más claramente un patrón de personalidad proclive a la buena salud y caracterizado por el optimismo, sensación de control y capacidad de adaptación (Taylor, 1991).

Recursos o impedimentos externos

También intervienen en el afrontamiento elementos externos como los recursos tangibles (educación, dinero, nivel de vida, etc.), el apoyo social recibido, o la existencia de diversos estresores simultáneos (p. ej., una relación difícil de pareja, dificultades económicas o enfermedades crónicas).

Estos factores pueden intervenir de dos modos diferentes pero complementarios. En primer lugar, pueden afectar de forma directa en las capacidades de afrontamiento de un individuo ante cualquier tipo de estresor, o bien pueden actuar como un amortiguador del efecto de los estresores, en especial cuando éstos son fuertes (la denominada «hipótesis del *buffering*»). Por ejemplo, tener dinero permite disponer de determinados recursos para afrontar una situación problemática, pero por otro lado también puede amortiguar los potenciales efectos de un estresor (p. ej., ser despedido del trabajo).

El apoyo social hace referencia a sentirse querido, protegido y valorado por otras personas cercanas

⁴Incluso, de modo sorprendente, Pennebaker y cols. (1988) han hallado que el uso de un diario en el que se detallan por escrito las preocupaciones, mejora de manera significativa el funcionamiento inmunológico en diversas variables de los sujetos.

(normalmente amigos y familiares)³. No es tanto la red «física» o número de personas cercanas como el apoyo percibido por parte de la persona.

El apoyo social puede considerarse de dos maneras. En primer lugar, como un recurso o estrategia de afrontamiento (p. ej., hablar con un familiar o amigo ante un problema); en este sentido, es uno de los mecanismos que la gente valora como más eficaces para afrontar situaciones emocionales difíciles (Folkman y cols., 1986; Vázquez y Ring, 1992, 1996). En segundo lugar, puede entenderse como un amortiguador del propio estrés (Barrera, 1988); por ejemplo, la falta de personas próximas en las que confiar en circunstancias difíciles eleva de forma extraordinaria el riesgo de aparición de episodios depresivos en personas vulnerables (Brown y Harris, 1978).

Como técnica de afrontamiento, el apoyo social se utiliza más por mujeres que por hombres, un 18 % frente a un 11 %, respectivamente (Stone y Neale, 1984). Aunque la mayor parte de la investigación se ha centrado en el problema (es decir, buscar consejo, información, vías de solución, etc.) no cabe duda de que este procedimiento también sirve como una importante fuente de apoyo emocional (alivio, empatía y ayuda física).

Por otro lado, investigaciones con humanos y animales indican que la existencia de un apoyo social efectivo tiene también repercusiones en la salud: disminuye la probabilidad general de presentar enfermedades (p. ej., herpes, infarto de miocardio, complicaciones durante el parto o trastornos psiquiátricos diversos), acelera la recuperación y reduce las tasas de mortalidad, aunque aún no se conocen con exactitud los mecanismos psicobiológicos que operan en estos cambios (House y cols., 1988)⁴.

No todo apoyo social es igualmente eficaz como protector contra el estrés. El más efectivo parece ser tener alguien cercano en quien confiar (p. ej., un esposo o una pareja). Por otro lado, los efectos del apoyo social parecen no ser acumulativos. Así pues, lo importante es tener al menos un amigo íntimo más que tener muchos amigos o conocidos. En último lugar, no es sólo importante tener una red disponible, sino que el individuo sepa y esté dispuesto a extraer de modo efectivo el apoyo que necesita de otros (Dunkel-Schetter y cols., 1987).

³ Los animales domésticos también pueden ser un elemento más de la red de apoyo (Culliton, 1987).

⁴ Por ejemplo, en un estudio efectuado con 7.000 residentes adultos de California (Berkman y Syme, 1979), se demostró que una alta tasa de contactos sociales estaba ligada a una mayor supervivencia al cabo de 9 años tanto en varones (2,3 años) como en mujeres (2,8 años), descartando la influencia de otros factores (nivel socioeconómico, hábitos de salud, etc.).

INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN

A partir de los años ochenta, con la aparición del citado modelo de estrés de Lazarus y Folkman (1984) se hizo patente la necesidad de evaluar el afrontamiento como un proceso en relación con la situación concreta y con la valoración que el sujeto hace de ella. Lazarus (1986) señala que desde esta nueva perspectiva, el afrontamiento debe ser descrito cumpliendo tres criterios fundamentales: a) debe referirse a un contexto específico; b) deben observarse los cambios temporales, en diferentes ocasiones, y c) debe adoptarse un enfoque longitudinal para estudiar esos cambios.

Cuestionarios

La creación de instrumentos se ha encaminado hacia la elaboración de pruebas de lápiz y papel, sencillas y de fácil aplicación que permitan la evaluación de estrategias de afrontamiento ante diversas situaciones. Entre los cuestionarios de este tipo más conocidos y utilizados está el desarrollado por el propio Lazarus y su grupo, el WOC, que evalúa estrategias generales de afrontamiento diferenciando estrategias centradas en el problema (p. ej., «Me he concentrado exclusivamente en lo que tenía que hacer a continuación, en el próximo paso») y centradas en la emoción («De algún modo expresé mis sentimientos»).

Con posterioridad, partiendo del mismo modelo teórico y siguiendo un procedimiento de elaboración similar, Carver, Scheier y Weintraub (1989) han desarrollado una alternativa al WOC, el cuestionario COPE, que pretende, según sus autores alcanzar una mayor precisión en la formulación de los ítems («hablo de mis sentimientos con alguien»; «llevo a cabo una acción directa en torno al problema»), y abarcar una serie de áreas que ellos consideran relevantes pero no cubiertas en el cuestionario de Lazarus y Folkman (religión, diferenciación entre búsqueda de apoyo social emocional e instrumental). Ambos cuestionarios preguntan al sujeto por la frecuencia de uso de cada una de las estrategias. Pueden además utilizarse para evaluar tanto las estrategias empleadas de forma habitual por la persona ante situaciones de estrés («¿qué hace usted habitualmente cuando se encuentra bajo estrés?»), como las estrategias utilizadas ante una situación concreta de la vida del sujeto («¿qué ha hecho usted cuando se ha encontrado con una situación X?»), por lo general enmarcada en un período temporal dado (p. ej., referido al acontecimiento más estresante que el sujeto haya experimentado en los últimos 2 meses). Una aplicación y adaptación del cuestionario COPE en nuestro país puede consultarse en Crespo y

Cruzado (1997). Ambos cuestionarios se describen detalladamente en los anexos adjuntos.

A pesar de su punto de partida teórico, estos instrumentos se han seguido construyendo de acuerdo con las pautas establecidas para la elaboración de cuestionarios de personalidad de rasgos, olvidando así el carácter situacional y procesual que se supone poseen las estrategias de afrontamiento.

Intentando subsanar esta deficiencia, Stone y Neale (1984) desarrollaron una medida de estrategias de afrontamiento con problemas cotidianos. En su prueba utilizan un formato abierto, presentando al sujeto ocho frases, cada una de las cuales describe una estrategia general de afrontamiento (distracción, redefinición de la situación, acción directa, catarsis, aceptación, búsqueda de apoyo social, relajación y religión). El sujeto ha de indicar si utilizó o no cada una de esas estrategias ante una situación concreta. Cuando responde de forma afirmativa a una estrategia, ha de describir la acción o pensamiento específico que tuvo lugar. Incluyen además una novena categoría para que el sujeto recoja las respuestas de enfrentamiento que no quedan encuadradas en las ocho categorías consideradas. A continuación, el sujeto ha de indicar cuál de las nueve estrategias fue «más importante» para manejar el problema. Este cuestionario se aplica respecto a situaciones concretas, y se complementa con una serie de preguntas acerca de las características de la situación seleccionada (controlabilidad, deseabilidad, grado de cambio, posibilidad de anticipación, importancia, grado en que es estresora para el sujeto, etc.). Las características de esta prueba y el hecho de que fuera ideada para ser cumplimentada diariamente, hacen que se sitúe a medio camino entre cuestionario y autorregistro. La correcta aplicación de esta prueba requiere un entrenamiento previo de los sujetos en el reconocimiento de las diferentes estrategias de afrontamiento, así como cierto esfuerzo por parte de éste a la hora de rellenarlo, lo que puede limitar de manera considerable su aplicación y utilidad en la práctica clínica.

Otros procedimientos

De manera alternativa puede utilizarse la observación conductual cuando nuestro foco de interés es el modo de afrontamiento de la persona ante un estresor ambiental concreto. En ese caso, se reproduce en la sala experimental ese estresor (mediante su presencia física, imaginación o *role-playing*) y se observa qué hace el sujeto para manejarla. También puede ser factible la observación en el ambiente natural ante acontecimientos estresantes de carácter cotidiano (atascos de tráfico, discusiones familiares, etc.) o situaciones

cronificadas (enfermedad prolongada de algún familiar o paro). Sin embargo, esta observación natural se hace más difícil en caso de acontecimientos poco frecuentes e imprevisibles (catástrofes naturales, muerte repentina de un ser querido) ya que, por las características propias de estos acontecimientos, resulta bastante difícil hacer coincidir nuestros periodos de observación con su aparición.

De modo similar, la entrevista es aplicable, principalmente, para evaluar las estrategias utilizadas por la persona ante una situación concreta o ante situaciones de estrés cronificadas: se le propone al sujeto que piense en una situación o acontecimiento determinado y se le pide información acerca de lo que hizo para controlarlo o afrontarlo, y puede establecerse algún tipo de clasificación de las estrategias de afrontamiento para facilitar su cuantificación.

No obstante, muchos de estos métodos presentan los mismos problemas que las pruebas de lápiz y papel, lo cual, añadido a su mayor coste en cuanto a tiempo y esfuerzo por parte del aplicador, y su fiabilidad más problemática, ha limitado de modo considerable su utilización.

PROBLEMAS EN LA EVALUACIÓN DE LAS ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO

Es extremadamente difícil captar la complejidad y la variabilidad interpersonal o intersituacional de un fenómeno como el afrontamiento con procedimientos de evaluación simples y estandarizados, por lo que las pruebas disponibles presentan ciertos problemas o carencias (Parker y Endler, 1992):

1. Muchos de los ítems enunciados en los cuestionarios pueden ser asignados a varias estrategias de afrontamiento diferentes en función de la interpretación del sujeto y de la situación, lo que dificulta notablemente su análisis.

2. La consideración del afrontamiento como proceso haría deseable establecer en qué momento del transcurso de la situación se llevó a cabo cada una de las estrategias de afrontamiento, así como la secuencia de utilización de éstas.

3. El tiempo transcurrido entre la aparición del problema y el momento de realizar la evaluación puede ser problemático en un doble sentido. Por un lado, cuanto mayor es el período transcurrido desde la aparición del estresor más estrategias suelen ponerse en marcha y esto debería tenerse en cuenta en las medidas de afrontamiento. Por otro, cuanto más tiempo pase es más probable que aparezcan los problemas propios de todo método retrospectivo (esto es, memo-

ria selectiva, introducción de sesgos en el recuerdo, etc.). De hecho, se ha constatado un mejor y mayor recuerdo de aquellas estrategias de afrontamiento que obtuvieron el resultado deseado, que aquellas otras que resultaron fallidas.

4. Algunos ítems de las escalas elegidas pueden no ser aplicables a algunos problemas o situaciones concretas (p. ej., ítems referidos a conductas de contacto social con familiares o amigos son difícilmente factibles en personas institucionalizadas). Esto puede sesgar de manera considerable los resultados obtenidos por el sujeto en la escala y, por lo tanto, el investigador o el clínico ha de ser cuidadoso al seleccionar la medida y analizar sus contenidos.

5. A pesar de reconocerse la estrecha relación entre situación y estrategias utilizadas, la mayoría de las pruebas no recogen información alguna sobre la situación, por lo que sería conveniente introducir algún

tipo de pregunta acerca de la situación. En la tabla 31-4 puede observarse un modelo de procedimiento de evaluación de este tipo, diseñado para poblaciones que, sometidas a una situación común (en este caso el diagnóstico de cáncer de mama), son interrogadas acerca de ella. Se pueden también diseñar, por ejemplo, procedimientos semejantes para evaluar el (los) suceso(s) más estresante(s) que el propio sujeto señale haber vivido.

En definitiva, ninguna de las pruebas disponibles hasta la fecha está exenta de dificultades de diversa índole (metodológica, conceptual, psicométrica, práctica, etc.), lo que ha llevado a algunos autores a cuestionar que están evaluando en realidad los cuestionarios de afrontamiento (Stone y cols., 1991). Se hace patente la necesidad de elaborar nuevos instrumentos que permitan subsanar las deficiencias encontradas. De

TABLA 31-4. Ejemplo de un modelo de evaluación de algunos aspectos del enfrentamiento referido a una situación específica

Conteste a las siguientes preguntas centrándose en el momento en que recibió el diagnóstico de su enfermedad

1. Señale (con una X) a cuál de los siguientes aspectos afectó esta situación:

Relaciones de pareja	<input type="checkbox"/>	Relaciones con amigos	<input type="checkbox"/>
Familia	<input type="checkbox"/>	Trabajo	<input type="checkbox"/>
Salud	<input type="checkbox"/>	Economía	<input type="checkbox"/>
Otros _____			

2. Indique en la siguiente escala (rodeando con un círculo el número correspondiente), en qué grado le afectó, teniendo en cuenta que:

0 = no me afectó en absoluto
5 = me afectó extremadamente

0 1 2 3 4 5

3. Rodee con un círculo el número correspondiente a la afirmación que más se ajuste a su situación respecto al diagnóstico:

1. Es una situación que no puede modificarse
2. Es una situación que puede modificarse

4. ¿Cuánto control tenía usted sobre esa situación? (Rodee con un círculo el número correspondiente, teniendo en cuenta que 0 = ningún control; 5 = control absoluto).

0 1 2 3 4 5

5. ¿En qué medida esa situación era anticipable? (Rodee con un círculo el número correspondiente, siendo 0 = completamente inesperada; 5 = completamente esperada):

0 1 2 3 4 5

6. ¿Cuánto duraron los efectos de ese acontecimiento? (Rodee con un círculo el número correspondiente):

- | | | |
|------------------|-------------------------------|-----------|
| 1. Un día | 2. Una semana | 3. Un mes |
| 4. Más de un mes | 5. Continúan en la actualidad | |

7. ¿Le había ocurrido con anterioridad esa situación? (Rodee con un círculo su respuesta):

No Sí ¿Cuántas veces? _____

cualquier modo a la hora de seleccionar la estrategia de evaluación a utilizar y a la vista de los instrumentos disponibles, se han de tener en cuenta los objetivos concretos que mueven nuestro trabajo y las consideraciones que se acaban de señalar.

ÁREAS DE APLICACIÓN

Enfermedades crónicas y SIDA

El concepto de afrontamiento se ha empleado para describir las reacciones de las personas ante numerosos trastornos físicos —reumatismo, cáncer, hipertensión, dolor, etc.— y mentales (Taylor, 1990; Suls y Wan, 1989; Peterson, 1989). Por ejemplo, una enfermedad crónica plantea a quien la padece diversos retos y tareas de afrontamiento (Taylor y Aspinwall, 1990; Avia y Vázquez, 1998):

1. Dificultades en conseguir un tratamiento adecuado.
2. Respuestas emocionales negativas (p. ej., depresión y ansiedad) ante la enfermedad.
3. El impacto de la enfermedad en la red social del paciente y en las respuestas emocionales de los amigos y la familia.
4. Las consecuencias en términos laborales (en algunos casos, el desempleo) y de ocio (más cansancio y menos capacidad para participar en actividades como antes).
5. Las consecuencias en la propia autoestima del paciente.

Enfermedades como el SIDA presentan aún más complicaciones por el estigma asociado con la enfermedad, el miedo de los pacientes a pedir apoyo de la familia y los amigos y, finalmente, el destino fatal de la enfermedad (Herek, 1990).

Hay una serie de categorías generales de afrontamiento ante el estrés que suele ser de uso común ante enfermedades:

1. La búsqueda de información puede ser útil tanto para calmar la ansiedad asociada con la enfermedad como para desarrollar estrategias de resolución de los problemas resultantes de la misma. Por ejemplo, para algunos pacientes una conversación muy clara y directa proveniente de su médico o de otras fuentes de información fiable, sobre los síntomas y las nuevas limitaciones características del curso de la enfermedad puede reducir las fantasías ansiógenas sobre la misma (US Department of Health and Human Services, 1982).

2. La acción directa es lo que el paciente hace específicamente para responder a algún aspecto de su enfermedad. Un paciente de sida que no pueda caminar como consecuencia de la fatiga, puede afrontar esta situación consiguiendo alguien que le ayude.

3. La inhibición de la acción es una forma de afrontar el estrés no haciendo algo que agrave o empeore la situación. Un paciente con sida, por ejemplo, podría reducir su nivel de expresión de quejas si observa que esto sólo sirve para incrementar la ansiedad tanto en el mismo como en los familiares que le rodean.

4. Las técnicas psicológicas pueden incluir procesos como la negación o el distanciamiento del problema para tranquilizarse. Esto puede observarse en los pacientes que no aceptan la gravedad de su enfermedad o en los que siempre buscan el aspecto positivo o humorístico de cualquier situación.

5. La búsqueda de apoyo social es finalmente un importante mecanismo en estas circunstancias. La red de amigos y familiares puede ser un aspecto muy importante del afrontamiento de muchos pacientes aunque, en otros casos, puede servir más para inquietarlos que para tranquilizarlos y apoyarles.

El médico, la enfermera, o el terapeuta pueden colaborar con el paciente en analizar sus estrategias de afrontamiento, valorar su utilidad, y ofrecer otras posibilidades que quizá no se le habían ocurrido al paciente. En cuanto a su efectividad, existe evidencia que demuestra que, en general, el fatalismo, la sensación de incontrolabilidad, las técnicas de evitación, la inculpación a otras personas, y la autoculpabilización, son factores que interfieren con el ajuste psicológico a una enfermedad como, por ejemplo, el cáncer (Hilton, 1989), mientras que las estrategias más activas favorecen dicho ajuste. Por otro lado, parece también que el uso de estrategias múltiples es más adecuado que aferrarse a una sola estrategia predominante.

Violación

Otro interesante ejemplo para ilustrar la importancia de los mecanismos de afrontamiento es el de la violación, un suceso episódico que puede tener repercusiones de largo alcance. Un ataque violento sexual puede dejar una serie de secuelas psicológicas como miedo, pesadillas, desconfianza, problemas sexuales y de las relaciones íntimas, y reacciones emocionales como depresión, rabia y angustia. En algunos casos, hay cogniciones de autoculpación, autocastigo o ideas de suicidio. Burgess y Holmstrom (1986) llevaron a cabo una investigación para identificar las estrategias de afrontamiento que a largo plazo resultan más útiles tras una violación: a) minimización: hacer compara-

ciones de lo que sucedió con lo que pudiera haber ocurrido aún peor; *b)* supresión: bloquear todos los pensamientos e imágenes recurrentes relacionados con la violación; *c)* incremento de la autoestima: una autoestima negativa (dudas sobre sí misma o sobre su normalidad, sentimientos de culpabilidad, o una perspectiva fatalista o incontrolable sobre su propia vida) interfiere con una recuperación adecuada. Por el contrario, el uso de drogas o alcohol, son factores de afrontamiento ineficaces y es imprescindible que el médico, psiquiatra o psicólogo que trabaje con las víctimas de violación evalúen las tendencias de estas respuestas peligrosas en este grupo de alto riesgo (Echeburúa, 1992).

Depresión

La depresión es uno de los trastornos mentales más comunes y quizás uno de los paradigmas en los que parece demostrarse que quien la padece no está siendo capaz de afrontar con éxito alguna situación vital difícil. Dado que aproximadamente un 15% de las personas padecen un episodio depresivo a lo largo de su vida (Vázquez y Sanz, 1995), podemos preguntarnos por qué el 85% restante parece «inmune» a este trastorno a pesar de que todos los seres humanos alguna vez tienen que afrontar a lo largo de sus vidas situaciones difíciles. Si somos capaces de comprender de forma adecuada el tipo, la frecuencia y la utilidad de las diversas estrategias de afrontamiento que la gente normal emplea para combatir el propio estado de ánimo negativo, posiblemente seremos capaces de maximizar la utilidad de los programas de tratamiento y prevención de la depresión en los pacientes que la sufren.

Rippert (1977) y sus colegas fueron los primeros en estudiar las estrategias espontáneas que emplea la gente para afrontar un estado de ánimo deprimido, y para ello preguntaron de modo abierto a una amplia serie de sujetos qué hacían cuando se sentían tristes o deprimidos, intentando así comprobar si existen algunas estrategias más eficaces que otras. Recientemente se ha comenzado a analizar de modo sistemático esta misma cuestión por medio de un cuestionario específico (el Coping Depression Inventory, CID) (Ring y Vázquez, 1991) en muestras españolas. Los primeros resultados de esta investigación señalan que tanto para sujetos normales como para pacientes psiquiátricos, las estrategias de afrontamiento consideradas más útiles son las relacionadas con actividades (p. ej., «salgo a dar una vuelta»), mientras que las menos útiles son intentar evitar el problema (p. ej., «intento seguir como si no pasara nada»), focalizarse de forma excesiva en el problema (p. ej., pienso en la causa del proble-

ma para sentirme mejor), y actividades «orales» como tomar alcohol, drogas o comer mucho. Paradójicamente, cuanto más preocupado está uno sobre su estado de ánimo, más se emplean estas últimas estrategias ineficaces, sin que se consiga aliviar pues la tristeza.

Es interesante constatar que esta percepción de la gente (patológica o no) de lo que resulta útil para combatir un estado anímico triste, coincide con la aproximación de los terapeutas cognitivo-conductuales quienes insisten en que el mejor modo de comenzar una terapia es intentar activar inicialmente al paciente sin esperar a que se encuentre bien anímicamente (Beck y cols., 1983; McKay y cols., 1985). En todo caso, el terapeuta debería examinar las estrategias espontáneas que emplean los pacientes para luchar contra sus problemas, las cuales con frecuencia están basadas en ideas populares de su familia y la cultura, para establecer desde aquí un plan de intervención más adecuado. Finalmente, como sucede con el afrontamiento de las enfermedades crónicas, la información sobre el cuadro, los síntomas y el pronóstico de la depresión pueden servir al paciente para transformar sus pensamientos pesimistas sobre su futuro y su estado de ánimo.

BIBLIOGRAFÍA

- Avia MD, Vázquez C. Optimismo inteligente. Psicología de las emociones positivas. Madrid: Alianza, 1998.
- Barrera J. Models of social support and life stress: Beyond the buffering hypothesis. En: Cohen LI (ed.). Life events and psychological functioning. Theoretical and methodological issues. Newbury Park: Sage, 1988; 211-236.
- Beck AT, Shaw BF, Emery J. Terapia cognitiva de la depresión. Bilbao: Desclée de Brower, 1983. (Orig. 1979.)
- Burgess A, Holmstrom J. Adaptive strategies and recovery from rape. En: Moos RH (ed.). Coping with life crises. New York: Plenum, 1986.
- Carver CS, Scheier MF, Weintraub JK. Assessing coping strategies: a theoretically based approach. J Personal Soc Psychol 1989; 56: 267-283.
- Cohen S, Edwards JR. Personality characteristics as moderators of the relationship between stress and disorder. En: Neuteld RWJ (ed.). Advances in the investigation of psychological stress. New York: Wiley, 1989; 235-283.
- Crespo M, Cruzado JA. La evaluación del afrontamiento: adaptación española del cuestionario COPE con una muestra de estudiantes universitarios. Análisis y Modificación de Conducta 1997; 23: 797-830.
- Culliton JB. Take two pets and call me in the morning. Science 1987; 237: 1560-1561.
- Department of Health and Human Services: Coping with cancer: A resource for the health professional. Washington: Government Printing Office, 1982.
- Dunkel-Schetter C, Folkman S, Lazarus RS. Correlates of social support receipt. J Personal Soc Psychol 1987; 56: 71-80.

- Echeburúa E (ed.). Avances en el tratamiento psicológico de los trastornos de ansiedad. Madrid: Pirámide, 1992.
- Folkman S, Lazarus RS, Dunkel-Schetter C, et cols. Dynamics of a stressful encounter: Cognitive appraisal, coping and encounter outcomes. *J Personal Soc Psychol* 1989; 50: 992-1003.
- Forsythe CJ, Compas BE. Interaction of cognitive appraisals of stressful events and coping: Testing the goodness of fit hypothesis. *Cogn Ther Res* 1987; 11: 473-485.
- Herek GM. Illness, stigma, and AIDS. En: Costa P, VandenBos GR (eds.). *Psychological aspects of serious illness*. Washington: American Psychological Association, 1990: 103-150.
- Hilton B. The relationship of uncertainty, control, commitment, and threat of recurrence to coping strategies used by women diagnosed with breast cancer. *J Behav Med* 1989; 12: 39-54.
- Holahan CJ, Moos RH. Risk, resistance, and psychological distress: A longitudinal analysis with adults and children. *J Abn Psychol* 1987; 96: 3-13.
- House JS, Umberson D, Landis KR. Structures and processes of social support. *Am Rev Sociol* 1988; 14: 293-318.
- Labrador JL, Crespo M. Estrés y trastornos psicofisiológicos. Madrid: Eudema, 1993.
- Lazarus RS, Folkman S. Estrés y procesos cognitivos. Barcelona: Martínez Roca, 1986. (Original de 1984.)
- Lazarus RS. Coping Strategies. En: McHugh S, Vallis TM (eds.). *Illness behavior: A multidisciplinary model*. New York: Plenum Press, 1986: 303-308.
- McKay M, Davis M, Fanning P. Técnicas cognitivas para el tratamiento del estrés. Barcelona: Martínez Roca, 1985. (Original de 1981.)
- Pennebaker JW, Kiecolt-Glaser J, Glaser R. Confronting traumatic experience and immunocompetence. A reply to Neale, Cox, Valdimarsdottir, and Stone. *J Consult Clin Psychol* 1988; 56: 638-639.
- Pennebaker JW, Susman JR. Disclosure of traumas and psychosomatic processes. *Soc Sci Med* 1988; 26: 327-332.
- Peterson L (ed.). Special Series: Coping with medical illness and medical procedures. *J Consult Clin Psychol* 1989; 57: 331-395.
- Ring JM, Vázquez C. Coping inventory of Depression (CID). Facultad de Psicología. Universidad Complutense, 1991.
- Rippere V. What's the thing to do when you're feeling depressed? A pilot study. *Behav Res Ther* 1977; 15: 185-191.
- Sandín B. Estrés, afrontamientos, y alteraciones psicofisiológicas. En: Sandín B, Bermúdez J (eds.). *Procesos emocionales y salud*. Madrid: Universidad Nacional de Educación a Distancia, 1989; 45-72.
- Sanz J, Vázquez C. Trastornos del estado de ánimo: Teorías psicológicas. En: Belloch A, Sandín B, Ramos F (eds.). *Manual de Psicopatología*. Vol. 2. Madrid: McGraw Hill, 1995; 341-378.
- Scheier MF, Carver CS. Effects of optimism on psychological and physical well-being: Theoretical overview and empirical update. *Cogn Ther Res* 1992; 16: 201-228.
- Seligman MEP. Indefensión. Madrid: Debate, 1982. (Orig. de 1975.)
- Stanton AL, Dunkel-Schetter C. Intertility. Perspectives from stress and coping research. New York: Plenum, 1991.
- Stone AA, Greenberg M, Kennedy-Moore E, Newman MG. Self-report, situation-specific coping questionnaires: What are they measuring? *J Personal Soc Psychol* 1991; 61: 648-658.
- Stone AA, Helder L, Schneider MS. Coping with stressful events. Coping dimensions and issues. En: Cohen LH (ed.). *Life events and psychological functioning: Theoretical and methodological issues*. Newbury Park: Sage, 1988: 182-210.
- Stone AA, Neale JM. New measure of daily coping: development and preliminary results. *J Personal Soc Psychol* 1984; 46: 892-906.
- Suls J, Wan CK. Effects of sensory and procedural information on coping with stressful medical procedures and pain: A meta-analysis. *J Personal Soc Psychol* 1989; 57: 372-379.
- Taylor S. *Health Psychology*. New York: MacGraw Hill, 1990.
- Taylor S. *Positive Illusions*. New York: Basic Books, 1991. (Trad. española en Martínez Roca, 1993.)
- Taylor S, Aspinwall L. Psychological aspects of chronic illness. En: Costa PT, VandenBos GR (eds.). *Psychological aspects of serious illness: Chronic conditions, fatal diseases, and clinical care*. Washington: American Psychological Association, 1990.
- Valdés M, de Flores T. *Psicobiología del estrés*. Barcelona: Martínez Roca, 1985.
- Vázquez C, Ring C. What do you do and what do you feel when you feel blue? Trabajo presentado en el II World Congress of Cognitive Therapy, junio 1992, Toronto, Canadá.
- Vázquez C, Ring C. Estrategias de afrontamiento ante la depresión: Un análisis de su frecuencia y utilidad mediante el Coping Inventory of Depression (CID). *Psicología Conductual* 1996; 4: 9-28.
- Vázquez C, Sanz J. Trastornos del estado de ánimo: Aspectos clínicos. En: Belloch A, Sandín B, Ramos F (eds.). *Manual de Psicopatología*. Vol. 2. Madrid: MacGraw Hill, 1995; 299-340.
- Wortman CB, Silver RC. Coping with irrevocable loss. En: VandenBos GR, Bryant BK (eds.). *Cataclysms, crises and catastrophes*. Washington: American Psychological Association, 1987; 189-235.
- Wortman CB, Silver RC. The myths of coping with loss. *J Consult Clin Psychol* 1989; 57: 349-357.
- Zuckerman M. The sensation-seeking motive. En: Maher B (ed.). *Progress in experimental personality research*. Vol. 7. New York: Academic, 1974.