

ESTRÉS PERCIBIDO, AUTOEFICACIA Y AFRONTAMIENTO COMO PREDICTORES DE LA SALUD MENTAL EN PERSONAS SOMETIDAS A ESTRÉS

Beatriz Vallejo-Sánchez* y Ana M. Pérez-García**

*Hospital Santa Bárbara, Puertollano, Ciudad Real

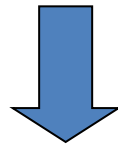
**Facultad de Psicología, UNED, Madrid)

En situaciones de estrés vital, y si la persona tiene un **perfil de vulnerabilidad**:

la **percepción de autoeficacia** (capacidad para hacer frente a las situaciones difíciles) se ve afectada



el **afrontamiento es** menos adaptativo y flexible



lo cual favorece el desarrollo de problemas de salud mental (TA) (p.ej., síntomas de ansiedad y de depresión)

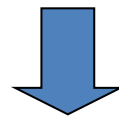
(Li, Cooper, Bradley, Shulman, & Livingston, 2012)

AUTOEFICACIA

DEFINICIÓN: “Creencias de una persona sobre sus propias capacidades para organizar y ejecutar los cursos de acción requeridos para producir los resultados deseados” (Bandura, 1995, p.3).

AUTOEFICACIA

- Influencia significativa en el funcionamiento y bienestar general del individuo, y papel fundamental en estilo de vida, e iniciación y mantenimiento de conductas, de salud y enfermedad, entre ellas:
 - Hábitos de ejercicio, alimentación, sueño, higiene, consumo de sustancias, etc
 - Manejo de enfermedades crónicas o dolorosas.
 - Afrontamiento del estrés vital, a través de la resolución de problemas o de la autorregulación emocional para reducir su impacto.



Implicaciones importantes en el ámbito de la psicología de la salud y la atención primaria.

Bandura, 1995, 2012; Grembowski et al., 1993; Klein-Hessling, Lohaus y Ball, 2005)

AFRONTAMIENTO

DEFINICIÓN: Se refiere a todos los esfuerzos cognitivos y comportamentales constantemente cambiantes para manejar las demandas específicas externas o internas apreciadas como excedentes o que desbordan los recursos del individuo (Lazarus y Folkman, 1984, 1987).

Relación tipos de afrontamiento y salud mental:

- ▶ El ***afrontamiento adaptativo o de compromiso*** se relaciona con mejor manejo del estrés, y con menor psicopatología.
(Incluye estrategias de afrontamiento activo, planificación, reevaluación positiva, y aceptación).
- ▶ El ***afrontamiento evitativo, desadaptativo, o de falta de compromiso***: se relaciona con peor manejo del estrés y más psicopatología.
(Incluye estrategias de desahogo, autculpa, abandono, negación).
- ***Flexibilidad*** del afrontamiento: capacidad de utilizar la estrategia más apropiada en función de las demandas contextuales.

(Cheng, 2003; Garnefski et al., 2003; Shapiro et al., 2012)

Ante esta situación es frecuente el diagnóstico de **Trastorno Adaptativo (TA) o “Reacción de estrés”**.

• **reacción desadaptativa**

- a **estresores psicosociales identificables** que incluyen.
- una amplia variedad de **síntomas emocionales y/o comportamentales intensos y desproporcionados** (que se producen en los 3 meses siguientes al inicio del estresor).
- así como un **significativo deterioro en el funcionamiento** social u ocupacional.

• **incapacidad** para afrontar los problemas, planificar el futuro o continuar en la situación presente.

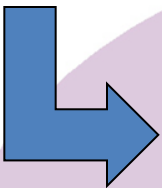
[DSM-V (APA, 2013) y CIE-10 (WHO, 1992)]

- **Prevalencia del TA:**

- 1% en población general.
- Entre 5 y 35% en centros de atención primaria, hospitales, centros ambulatorios de salud mental.
- Hasta 50% en poblaciones especiales sometidas a diferentes estresores.

- **Pronóstico del TA:**

- Se considera bueno (tiende a remitir espontáneamente, especialmente si no persiste el estresor).
- No obstante: estos pacientes presentan mayor morbimortalidad y riesgo de suicidio; derivando en trastornos psiquiátricos mayores.



Importante problema de salud (frecuencia, consecuencias, gasto sanitario).

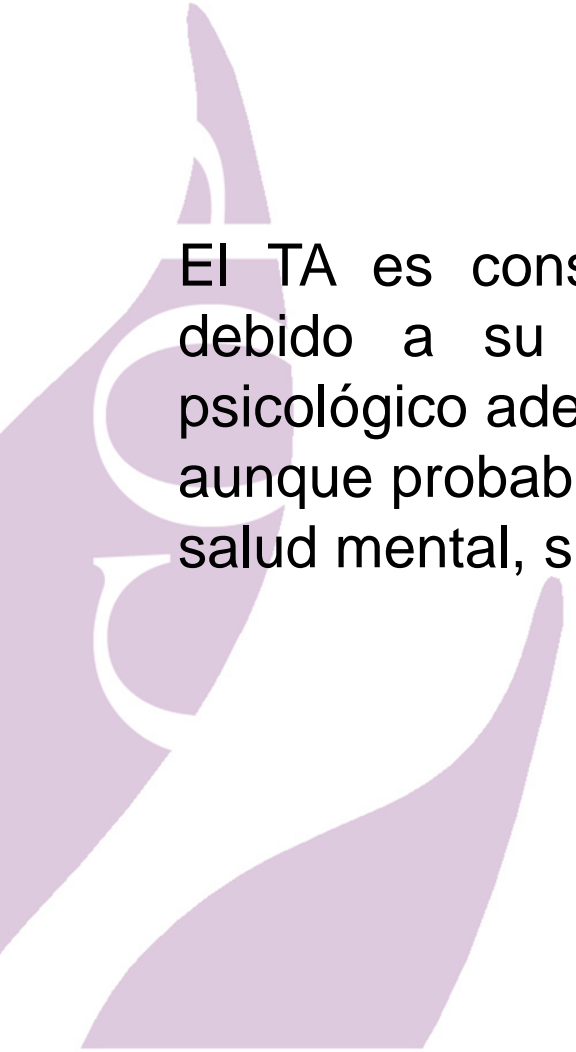
(APA, 2000, 2013; Ayuso-Mateos et al., 2001; Maercker et al., 2012)

- **Factores de riesgo del TA:**

- Circunstancias vitales estresantes.
- Fracasan los procesos de adaptación al estrés.
- Procesos de predisposición y vulnerabilidad personal.

- **Barreras:**

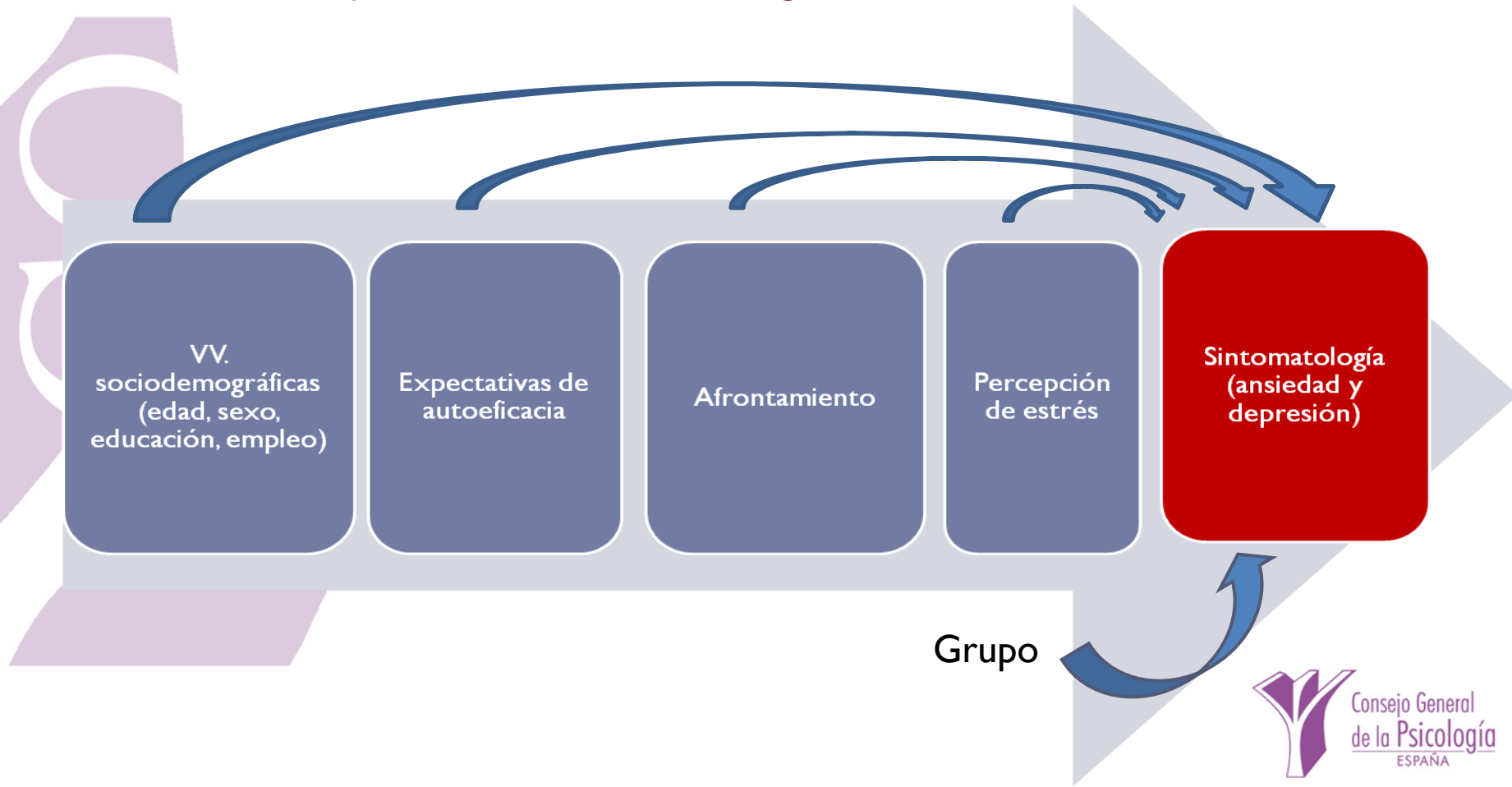
- Controversias en esta categoría diagnóstica: diferenciación con otros trastornos y con la normalidad.
- Se sitúan entre los sujetos sin patología y los sujetos con trastornos mayores (p.ej., trastorno depresivo mayor -TDM) (Fernández et al. , 2012).
- Poco investigado.
- Escasez de modelos teóricos y guías de intervención.



El TA es considerado un Trastorno Mental Común, que debido a su relevancia debería recibir un tratamiento psicológico adecuado (en ocasiones también farmacológico), aunque probablemente no desde servicios especializados de salud mental, sino en Atención Primaria.

OBJETIVOS

Comparar dos grupos (clínico, de pacientes con TA, y control) en diferentes **variables** y ver cual de ellas predice la **sintomatología** :



PARTICIPANTES

Personas sometidas a estrés significativo

GRUPO CLÍNICO

Diagnosticadas de TA

N=80

Criterios de inclusión

- 1) Tener entre 18 y 65 años
- 2) Firmar consentimiento informado
- 3) Nivel intelectual/educativo suficiente
- 4) Haber vivido situación estresante significativa
- 5) **Cumplir criterios DSM-IV-TR/CIE-10 para el TA**

Criterios de exclusión

- 1) Presencia de otra psicopatología
- 2) Tratamiento psicológico previo en los últimos dos años
- 3) Deterioro cognitivo y/o médico importante

PARTICIPANTES

Personas sometidas a estrés significativo

GRUPO CONTROL

Sin psicopatología

N=80

Criterios de inclusión

- 1) Tener entre 18 y 65 años
- 2) Firmar consentimiento informado
- 3) Nivel intelectual/educativo suficiente
- 4) Haber vivido situación estresante significativa
- 5) **No presentar ninguna psicopatología**

Criterios de exclusión

- 1) Tratamiento psicológico previo en los últimos dos años
- 2) Deterioro cognitivo y/o médico importante

INSTRUMENTOS

Hoja de datos personales

- Variables sociodemográficas: sexo, edad, nivel educativo

DIAGNÓSTICO

MINI

(Sheehan et al, 1997,
1998)

- Entrevista diagnóstica estructurada breve (*International Mini Neuropsychiatric Interview*) (15-20')
- 17 módulos/trastornos
- 130 ítems
- Adaptación española: Ferrando et al., 1998

IPDE

(Loranger, 1995)

- Medida de trastornos de personalidad (*International Personality Disorders Examination*)
- Consta de:
 - 1) Cuestionario de cribado de 77 ítems SI/NO
 - 2) Entrevista diagnóstica semiestructurada de 99 ítems
- Adaptación española: López-Ibor et al., 1996.

VARIABLES PSICOSOCIALES

Escala de sucesos vitales

- Listado 40 sucesos vitales estresantes
- Ocurrencia y nivel de estrés (respuesta: de 1 a 4)
- Variable analizada: nivel de estrés percibido

Escala de Autoeficacia Generalizada

(Baessler y Schwarzer, 1996)

- 10 ítems (respuesta: de 1 a 5)
- Expectativa sobre la capacidad para afrontar adecuadamente cualquier situación problemática
- Adecuadas propiedades psicométricas

Escala Brief COPE

(Carver, 1997)

- 28 ítems o estrategias de afrontamiento, organizados en 14 escalas (respuesta: de 0 a 3)
- Versión disposicional (estilo general ante las dificultades)
- Se informará de 9 de las escalas
- Versión española: Pérez-García, 2008; Landero et al., 2010)

SINTOMATOLOGÍA

Beck Depression Inventory-IA (Beck et al., 1979)

- 21 ítems
- Presencia y gravedad de **síntomas depresivos** (cognitivo-afectivos y somático-motivacionales)
- Adecuadas propiedades psicométricas
- Adaptación española: Vázquez y Sanz, 1997, 1999)

Beck Anxiety Inventory (Beck y Steer, 1993)

- 21 ítems
- Presencia y gravedad de **síntomas ansiosos** (especialmente somáticos, aunque también cognitivos)
- Adecuadas propiedades psicométricas
- Adaptación española: Sanz y Navarro, 2003

RESULTADOS

Análisis preliminares

Afrontamiento	α	Escala de Autoeficacia y Estrés	α	Escalas Síntomas	α
Compromiso	0,82	Autoeficacia	0,92	Ansiedad	0,96
Falta de compromiso	0,70	Estrés percibido	0,75	Depresión	0,94
Humor	0,82				

Nota: Se excluyeron Consumo de sustancias, Autodistracción y Religión, y el Factor III de Apoyo social

RESULTADOS

Análisis preliminares

Afrontamiento	α	Escalas	Factor I Compromiso	Factor II Falta de Compromiso
Compromiso	0,82	Activo	0,79	0,03
Falta de compromiso	0,70	Planificación	0,76	0,07
Humor	0,82	Reev. positiva	0,78	-0,13
		Aceptación	0,60	-0,25
		Negación	0,17	0,78
		Desahogo	-0,13	0,59
		Abandono	-0,11	0,68
		Autoculpa	-0,17	0,57
		Nº ítems	8	8
		% Var. Expl.	24,68%	18,29%

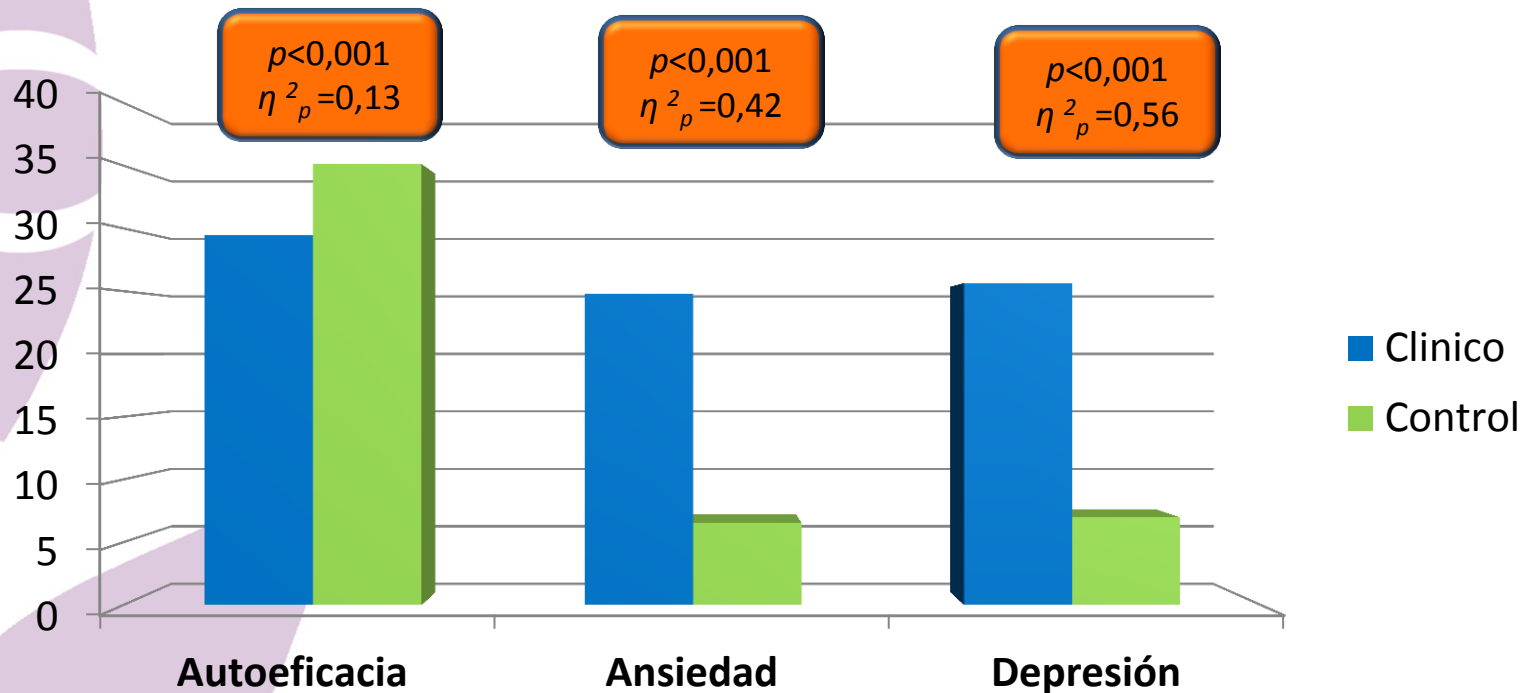
Nota: Se excluyeron Consumo de sustancias, Autodistracción y Religión, y el Factor III de Apoyo social

Características de la muestra

	Grupo Clínico	Grupo Control	F / χ^2
Edad (38) [Media (DT)]	36,14 (13,47)	39,84 (11,53)	3,49 ^o
Sexo [%]			
✓ Hombres	31	40	1,34
✓ Mujeres	69	60	
Convivencia [%]			3,98
✓ Sin pareja	57,5	46	
✓ Con pareja	42,5	54	
Situación laboral [%]			40.1***
✓ Activa	22,5	72,5	
✓ Pasiva	77,5	27,5	
Nivel educativo [%]			25.05***
✓ Básico	49	12,5	
✓ Medio	35	55	
✓ Superior	16	32,5	

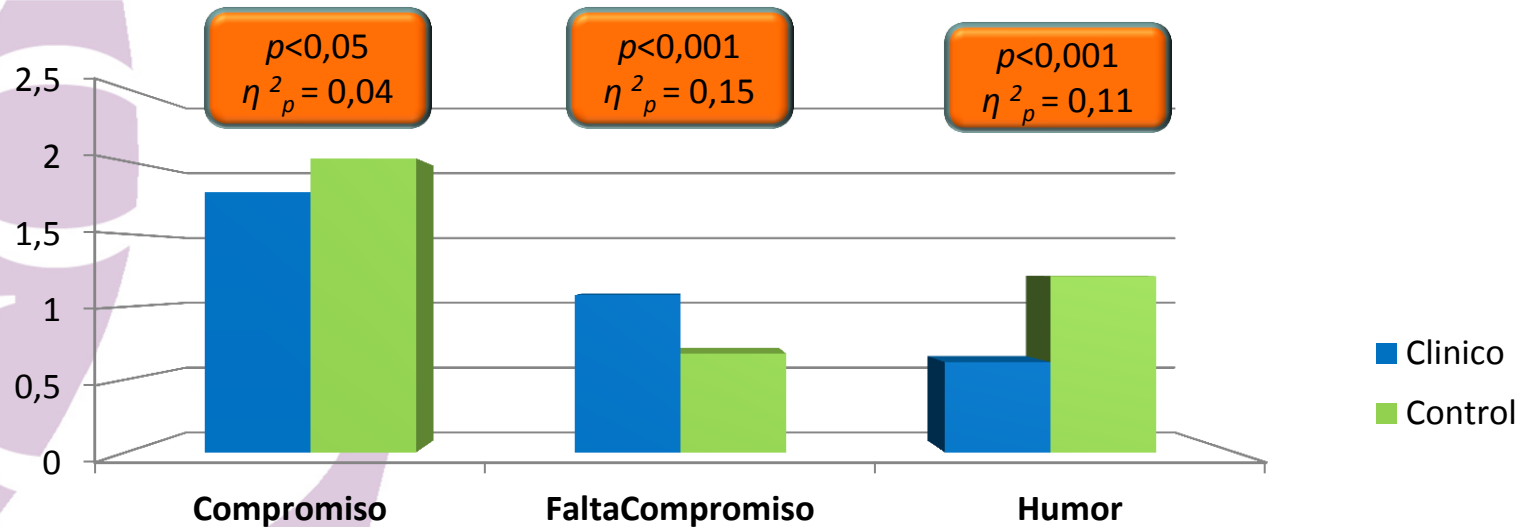
^op<0,07; *** p<0,001

Diferencias en Autoeficacia y Síntomas



Nota: Covariantes en el MANOVA: “Estrés percibido” y sociodemográficas significativas

Diferencias en Afrontamiento



Nota: Covariantes en el MANOVA: “Estrés percibido” y sociodemográficas significativas

Correlaciones (N=160)

Estrés percibido, Autoeficacia, Afrontamiento y Síntomas

	Estrés percibido	Autoeficacia	Afr. Compromiso	Afr. Falta de compromiso	Afr. Humor
Estrés percibido	--				
Autoeficacia	-,21**	--			
Afr. Compromiso	-,03	,51***	--		
Afr. Falta de compromiso	,26***	-,24**	-,12	--	
Afr. Humor	-,07	,31***	,32***	-,17*	--
Ansiedad	,45***	-,40***	-,13	,41***	-,24**
Depresión	,49***	-,48***	-,23**	,48***	-,29***

* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$

Factores predictores de los síntomas (Regresión múltiple; N=160)

ANSIEDAD

DEPRESIÓN

	β	t	β	t
Edad	,07	1,11	,01	,27
Sexo	-,02	-,28	-,11	-2,27
Nivel educativo	-,06	-,80	-,03	-,61
Situación laboral	.18	2,67**	.16	2,86**
GRUPO	.33	4,21***	.41	6,42***
Estrés percibido	.19	2,99**	.21	4,02***
Autoeficacia	-,18	-2,46*	-,20	-3,37***
Afr. Falta Compromiso	.19	2,97**	.21	4,24***
Afr. Compromiso	,10	1,42	,02	,33
Afr. Humor	-,01	-,17	-,04	-,69
$F_{(10,149)}$	16,24***		32,52***	
R^2 corregida	0,49		0,67	

NOTAS: Situación Laboral: 1=Activa; 2= No activa; GRUPO: 1=Control; 2= Clínico;

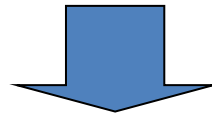
* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$

CONCLUSIONES

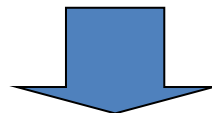
- **Autoeficacia y afrontamiento:** pueden ser **factores de vulnerabilidad** o protección para el desarrollo de TA ante sucesos vitales estresantes.
- Situación laboral activa/pasiva: factor predictor decisivo en los síntomas.
- Contribución al conocimiento del TA:
 - de los factores etiológicos (percepción de estrés, autoeficacia y afrontamiento).
 - desarrollo de estrategias de evaluación y de intervención (sobre el uso de afrontamiento desadaptativo; expectativas de autoeficacia).
- Líneas futuras de trabajo:
 - recogiendo datos longitudinales de los pacientes de la muestra.
 - analizando otros trastornos (ej., trastorno depresivo) para contrastar con TA.

IMPLICACIONES MÁS IMPORTANTES

- Personal médico o de enfermería en AP: papel fundamental en el aumento de la autoeficacia percibida de los pacientes con respecto a diferentes conductas (con información, estrategias de persuasión verbal, etc) (Bandura, 1995,1997), que sin embargo son a veces insuficientes, requiriéndose de intervenciones de especialistas en psicología clínica.



- Importancia del desarrollo de **programas de intervención psicológica en AP** orientados a la **mejora de la autoeficacia**, tanto en relación al desarrollo y mantenimiento de **conductas de salud** en general, como a las conductas relacionadas con el **manejo de los problemas o estresores vitales**.



Redundará en una mejora de la salud en general, y de la salud mental en particular.

PROGRAMAS PARA LA MEJORA DE LA AE

OBJETIVOS	<ul style="list-style-type: none">-Potenciación y optimización de los recursos de afrontamiento de la persona-Responsabilización y empoderamiento de la persona en el cambio (Costa y López, 2006; Froján, 1999; Pérez y Fernández, 2008).
ESTRATEGIAS	<p>Basadas en las cuatro fuentes de información en que se basa la AE (Bandura, 1995, 1997):</p> <ul style="list-style-type: none">- Experiencia directa de logro en la ejecución, o éxitos- Aprendizaje observacional (vicario)- Persuasión verbal de otros significativos- Manejo de estados fisiológicos/psicológicos
TÉCNICAS	<p>Cualquiera que ayude a la consecución de las anteriores:</p> <ul style="list-style-type: none">- Psicoeducación y aprendizaje de estrategias concretas, a través de moldeamiento, modelado, establecimiento de objetivos y tareas progresivas, etc-Reestructuración cognitiva para el cambio de pensamientos, creencias o actitudes.-Estrategias motivacionales como las derivadas de la “entrevista motivacional” (Millar y Rollnick, 1999).- Técnicas para el manejo de la activación fisiológica, etc.

Muchas gracias por su atención