



Psychologia. Avances de la disciplina

ISSN: 1900-2386

psychologia@usbbog.edu.co

Universidad de San Buenaventura

Colombia

Gantiva Díaz, Carlos Andrés; Luna Viveros, Andrea; Dávila, Ana María; Salgado, María José

Estrategias de afrontamiento en personas con ansiedad

Psychologia. Avances de la disciplina, vol. 4, núm. 1, enero-junio, 2010, pp. 63-72

Universidad de San Buenaventura

Bogotá, Colombia

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=297224086006>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica

Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal

Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

ARTÍCULOS

ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO EN PERSONAS CON ANSIEDAD

CARLOS ANDRÉS GANTIVA DÍAZ, ANDREA LUNA VIVEROS,
ANA MARÍA DÁVILA & MARÍA JOSÉ SALGADO
UNIVERSIDAD CATÓLICA DE COLOMBIA

FECHA RECEPCIÓN: 03/02/09

•

FECHA ACEPTACIÓN: 05/04/09

RESUMEN

El objetivo de este estudio fue identificar las diferencias en las estrategias de afrontamiento en personas con y sin ansiedad. La investigación se llevó a cabo a través de un diseño descriptivo – comparativo, con 60 personas, divididas en dos grupos; 30 personas con ansiedad y 30 personas sin ansiedad, seleccionadas a partir de la aplicación del Inventario de Ansiedad de Beck (BAI) y controlando la ausencia de depresión a través de la aplicación del Inventario para la Depresión de Beck (BDI), esto con el fin de identificar estrategias de afrontamiento propias de la ansiedad. Para medir las estrategias de afrontamiento se utilizó la Escala de Estrategias de Coping Modificada (EEC-M). Los resultados muestran diferencias significativas en el uso de las estrategias: a) reevaluación positiva; y b) solución de problemas. Siendo más utilizadas por las personas sin ansiedad. De igual forma, se encontró diferencias significativas en: a) reacción agresiva; b) expresión de la dificultad de afrontamiento; c) búsqueda de apoyo profesional; y d) evitación emocional. Siendo más utilizadas en las personas con ansiedad.

Palabras clave: estrategias de afrontamiento, ansiedad, estrés.

COPING STRATEGIES IN PEOPLE WITH ANXIETY

ABSTRACT

The aim of this study was to identify differences in coping strategies in people with and without anxiety. The investigation was carried out through a descriptive design - comparative, with 60 people divided into two groups, 30 people with anxiety and 30 people without anxiety, selected from the application of the Beck Anxiety Inventory (BAI) and controlling absence of depression through the application of the Inventory Beck Depression (BDI), this in order to identify their own coping strategies for anxiety. To measure the coping strategies used the Coping Strategies Scale Modified (CSS-M). The results show significant differences in the use of strategies: a) positive reappraisal, and b) solving problems. Being more used by people without anxiety. Similarly, significant differences were found: a) aggressive reaction b) reflects the difficulty of coping; c) professional support, and d) emotional avoidance. Becoming more common in people with anxiety.

Keywords: coping strategies, anxiety, stress.

* Director de línea de investigación trastornos emocionales y afectivos. Especialización en psicología clínica. Facultad de psicología, Universidad Católica de Colombia. Mail: cgantiva@gmail.com

INTRODUCCIÓN

Los estilos de afrontamiento constituyen un fenómeno ampliamente estudiado desde la psicología, identificándose como una importante variable mediadora de la adaptación del paciente a eventos altamente estresantes. Según Fernández (1997) se pueden identificar tres dimensiones básicas, a lo largo de las cuales se sitúan los diferentes estilos de afrontamiento; estas son: a) el método empleado en el afrontamiento, dentro del cual se distinguen el estilo de afrontamiento activo, el pasivo y el evitativo; b) la focalización del afrontamiento, en la que están el estilo de afrontamiento dirigido al problema, a la respuesta emocional (López, Riu & Bscheid, 2005) y dirigido a modificar la evaluación inicial de la situación; y c) la actividad movilizada en el afrontamiento, dentro de la cual se distinguen el estilo de afrontamiento cognitivo y el conductual.

Los seres humanos se enfrentan a gran cantidad de eventos o situaciones que exigen diferentes tipos de respuestas, y los recursos con los cuales cuenta el individuo, determinarán la efectividad de dichas respuestas para dar solución a las demandas del medio. Estas respuestas son conocidas como estrategias de afrontamiento. El concepto de estrategia de afrontamiento ha sido trabajado por el campo de la salud mental, especialmente relacionado con el estrés, las emociones y la solución de problemas. Con relación al estrés, las estrategias de afrontamiento o *coping* son consideradas como un conjunto de recursos y esfuerzos, tanto cognitivos como comportamentales, orientados a resolver el problema, a reducir y a eliminar la respuesta emocional o a modificar la evaluación inicial de la situación. La utilización de una u otra estrategia está determinada por la evaluación cognitiva, el control percibido, las emocionales y la activación fisiológica (Lee-Baggley & Preece, 2005).

Lazarus (2000) define el afrontamiento como aquellos esfuerzos 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. La evaluación secundaria se refiere al análisis que el sujeto hace de las conductas, los recursos o las habilidades de las cuales se dispone para enfrentar la situación. Cuando en la evaluación encuentra que no los

hay o que son insuficientes, se desencadena la respuesta de estrés (psicofisiológica y emocional). Por eso es fundamental considerar otras dos clases: la percepción de anticipación y la percepción de control de la situación. Este último se refiere a que el sujeto descubra que una situación depende de él y la puede manejar con los recursos de que dispone. La anticipación, por su parte, es prepararse para un suceso, junto con su carácter positivo o negativo, deseable o no deseable. Estos dos factores son fundamentales en el estrés, puesto que se ha encontrado que los sucesos percibidos como incontrolables o impredecibles son los que tienen mayor impacto sobre la salud (Sandín, 1995; Quiceno, Vinaccia, Lozano, Castaño & Fernández, en prensa).

La ansiedad incluye sentimientos de incertidumbre, impotencia y activación fisiológica; se presenta un alto grado de sensibilidad, vigilancia o prontitud para prestar atención a los potenciales peligros o amenazas, (Sarason & Sarason, 2006; Byrne, 2008); en correspondencia con esto, Barlow y Durand (2005) afirman que, la ansiedad es un estado de ánimo caracterizado por un fuerte afecto negativo, síntomas corporales de tensión y aprensión respecto al futuro.

Las diversas teorías explicativas acerca del desarrollo de los trastornos de ansiedad, conceptualizan y comprenden la respuesta de ansiedad desde un punto de vista multifactorial y hacen propuestas terapéuticas multidimensionales.

Se considera que los factores ambientales influyen en la adquisición y mantenimiento de los trastornos de ansiedad a través del aprendizaje. Los principales modelos etiológicos o mecanismos de aprendizaje implicados son: el condicionamiento clásico, el condicionamiento operante o instrumental y el aprendizaje vicario u observacional (Bayés & Pinillos, 1998; Acosta, 2005).

El modelo cognitivo, por su parte, considera la ansiedad como el resultado de cogniciones patológicas. Se puede decir que el individuo “etiqueta” mentalmente la situación y la afronta con un estilo y conducta determinados. El modelo cognitivo postula que, la vulnerabilidad psicológica es una característica de quienes experimentan ansiedad: se sobrevalora el peligro y se subestiman los propios recursos (Díez & Sánchez, 2000). La percepción está alterada por los procesos atencionales que ayudan a decodificar la información del ambiente de forma ca-

tastrófica. Se atiende más a la información que pueda ser amenazante que a la neutral y casi cualquier dato o estímulo se interpreta en la misma dirección de peligro y riesgo. El modelo cognitivo propone que es la interpretación negativa o catastrofista de los hechos la que explica el surgimiento y mantenimiento de la ansiedad, dando cuenta de la activación de creencias disfuncionales a partir de un suceso real (Beck & Clark, 1988).

Por lo expuesto anteriormente y teniendo en cuenta las estadísticas arrojadas por el Estudio Nacional de Salud Mental realizado por el Ministerio de Protección Social (2003), en el cual se encontró que la población colombiana ha presentado alguna vez trastorno de ansiedad en el 19.3% de los casos y en la ciudad de Bogotá, D.C., es la región en la cual se presenta la prevalencia más elevada de cualquier trastorno de ansiedad con un 21,7%, surge la siguiente pregunta de investigación: ¿Existen diferencias en las estrategias de afrontamiento en personas adultas, con y sin ansiedad?

OBJETIVO GENERAL

Identificar las diferencias existentes en las estrategias de afrontamiento de sujetos adultos con y sin sintomatología ansiosa.

MÉTODO

DISEÑO

Se trabajó con un modelo de investigación empírico analítico y se utilizó un diseño descriptivo comparativo, con el fin de describir y comparar el comportamiento de la variable estrategias de afrontamiento en dos grupos distintos (personas con y sin ansiedad). Se controló la variable depresión en ambos grupos para que no generara interferencia en la identificación de las estrategias de afrontamiento propias de la ansiedad.

PARTICIPANTES

En la investigación participaron 60 personas, con una media de edad de 31 años, de las cuales el 63.3% eran mujeres y 36.7 % hombres. Respecto al estado civil, el 63.3% eran solteros, el 25% casados, el 8.3% vivían en unión libre, el 1.7% eran separados y el mismo porcentaje para viudos. En relación al estrato socioeconómico, el 53.3% pertenecían a un nivel medio bajo, el 21.6%

al nivel bajo y el 15% a un nivel medio, en el estrato bajo-bajo, medio alto y alto se encontró un 3.3% respectivamente. En cuanto al nivel educativo, el 96.6% tiene estudios superiores y el 3.3% estudios de secundaria.

Estas personas fueron divididas de acuerdo con el puntaje obtenido en el Inventario de Ansiedad de Beck (BAI), utilizando como punto de corte un resultado igual o superior a 22. El grupo de personas con ansiedad estuvo conformado por 30 participantes, 20 mujeres (media en el BAI = 29.55, con una desviación típica de 7.66) y 10 hombres (media en el BAI = 27.6 y una desviación típica de 4.67). El grupo de personas sin ansiedad (30 participantes), puntuaron 21 o menos en el BAI, 18 son mujeres (media en el BAI = 9.38, con una desviación típica de 5.85) y hombres (media en el BAI = 5.0, con una desviación típica de 3.77). La totalidad de las personas en ambos grupos puntuaron 9 o menos en el Inventario para la Depresión de Beck (BDI).

INSTRUMENTOS

Inventario de Ansiedad de Beck (BAI): Instrumento creado en por Beck, Brown, Epstein y Steer (1988). Cuestionario auto aplicado de 21 ítemes, donde la persona valora cada uno de 0 a 3, dependiendo del grado de intensidad en el que experimenta dicha afirmación en la última semana, pasando de “en absoluto” a “severamente”. La puntuación máxima que se puede obtener es 63 y la mínima 0; se reconocen 3 niveles de ansiedad: de 0 a 21 ansiedad muy baja, de 22 a 35 ansiedad moderada, y más de 36 ansiedad severa. La confiabilidad que proporciona este instrumento en las aplicaciones test-retest es de 0.75 y la consistencia interna es de 0.92 (Beck & cols. 1988). Se utilizó la versión revisada de Comeche, Díaz y Vallejo (1995).

Inventario de Depresión de Beck (BDI): Instrumento creado por Beck, A. (1976). Cuestionario auto aplicado de 21 ítemes, donde la persona elige de 4 opciones de respuesta, la que más se ajusta a sus manifestaciones, en términos de intensidad y frecuencia; a cada una de estas opciones se le asigna una puntuación de 0 a 3, en donde 0 es nunca y 3 es siempre. La puntuación máxima que se puede obtener es 63 y la mínima 0; se logra identificar sintomatología depresiva a partir de 10 puntos. Se aplicó la versión adaptada y traducida al castellano por Vázquez y Sanz (1991).

Escala de Estrategias de Coping Modificada (EEC-M): Escala modificada a partir de la versión de CSS-R de Sandin y Chorot (1993). La escala tiene dos variaciones; una consta de 14 componentes y 98 ítems y la otra de 69 ítems y 12 componentes. La adaptación a la población colombiana se validó eficazmente, dando una varianza acumulada del 58% y un alfa de Cronbach de 0,847 (Londoño, Henao, Puerta, Posada, Arango & Aguirre, 2006). El instrumento evalúa 12 estrategias de afrontamiento.

- a. Solución de problemas: se define como la secuencia de acciones orientadas a solucionar el problema, en el momento oportuno.
- b. Búsqueda de apoyo social: apoyo proporcionado por el grupo de amigos, familiares u otros, centrado en la disposición del afecto, recibir apoyo emocional e información para recibir apoyo emocional e información para tolerar o enfrentar la situación problema o las emociones generadas por el estrés.
- c. Espera: estrategia con componente cognitivo – comportamental, en la que se procede de acuerdo con la creencia de que la situación se arreglara por sí sola con el paso del tiempo de forma positiva.
- d. Religión: el rezo y la oración se consideran como estrategia para tolerar el problema o para generar soluciones ante el mismo. Soportada en la creencia de un Dios paternalista, el cual interviene en todas las situaciones estresantes.
- e. Evitación emocional: se refiere a la movilización de recursos enfocados a ocultar o inhibir las propias emociones. Se busca evitar las reacciones emocionales valoradas por el individuo como negativas, por la carga emocional o por las consecuencias, o por la creencia de una desaprobación social si se expresa.
- f. Búsqueda de apoyo profesional: consiste en el empleo de recursos profesionales para tener mayor información sobre el problema y sobre las alternativas para enfrentarlo. Se considera un tipo de apoyo social.
- g. Reacción agresiva: se refiere a la expresión impulsiva de la emoción de la ira dirigida hacia sí mismo, hacia los demás o hacia objetos, disminuyendo así la carga emocional que presenta la persona en determinado momento.

- h. Evitación cognitiva: esta estrategia busca neutralizar los pensamientos valorados como negativos o perturbadores, por medio de la distracción y la actividad. Se evita de esta forma pensar en el problema, se busca propiciar otros pensamientos y actividades que permitan evitar pensar en el problema.
- i. Reevaluación positiva: a través de esta estrategia se busca aprender de las dificultades, identificando los aspectos positivos del problema, esto contribuye a tolerar la problemática y a generar pensamientos positivos que favorecen enfrentar la situación.
- j. Expresión de dificultad de afrontamiento: describe la tendencia a expresar las dificultades para afrontar las emociones generadas por la situación, expresar las emociones y resolver el problema.
- k. Negación: describe la ausencia de aceptación del problema y su evitación por distorsión o desfiguración del mismo en el momento de su valoración, comportándose como si el problema no existiera, se trata de no pensar en él y alejarse de manera temporal de las situaciones que se relacionan con el problema como medida para tolerar el estado emocional que se genera.
- l. Autonomía: tendencia a responder ante el problema buscando de manera independiente las soluciones, sin contar con el apoyo de otras personas como amigos y familiares o profesionales.

PROCEDIMIENTO

FASE I. SELECCIÓN DE LA MUESTRA

La población clínica objeto de estudio se ubicó en Instituciones Prestadoras de Salud y la población no clínica en instituciones educativas y estatales.

Fase II. Aplicación de instrumentos

En un primer momento se aplicó el BAI con el objetivo de verificar la presencia o ausencia de ansiedad, posteriormente se aplicó el BDI con fines de exclusión. Si las personas no puntuaron para depresión se procedió a aplicar la Escala de Coping Modificada (EEC-M) y se asignó cada participante al grupo correspondiente.

FASE III. ANÁLISIS DE RESULTADOS

Los datos se analizaron con el paquete estadístico SPSS versión 15.0 para Windows, a través del cual se efectuó un análisis estadístico descriptivo y el análisis comparativo de medias.

CONSIDERACIONES ÉTICAS

Con fines éticos se diseñó un consentimiento informado en donde se comunicó a los participantes del estudio el objetivo de la investigación, los instrumentos aplicados y los medios a través de los cuáles recibirían la retroalimentación de los resultados de los instrumentos aplicados, así como los resultados de esta investigación.

RESULTADOS

De acuerdo con los puntajes obtenidos en la aplicación de los instrumentos (BAI y EEC-M), se lograron identificar, con las medidas de tendencia central y la prueba t de comparación de medias, diferencias estadísticamente significativas en las estrategias utilizadas por los participantes con y sin síntomas de ansiedad.

Se observan en la tabla 1 las diferentes medidas de tendencia central, para el puntaje obtenido en el BAI en cada grupo: sin síntomas de ansiedad ($M=7.67$, $DT=5.48$), y con síntomas de ansiedad ($M=28.90$, $DT=6.78$).

Tabla 1. Estadísticas descriptivas del BAI por grupos.

Grupo	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. Típ.
Sin Ansiedad	30	1	17	7.67	5.486
Con Ansiedad	30	22	47	28.90	6.789

ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO POR GRUPO: SIN ANSIEDAD Y CON ANSIEDAD

Como se registra en la tabla 2, para el grupo sin síntomas de ansiedad, las tres estrategias más utilizadas son: a) solución de problemas ($M=4,13$); b) reevaluación positiva ($M=3,78$); y c) búsqueda de apoyo social ($M=3.39$). En cuanto al grupo con síntomas ansiosos se encuentra que las tres más usadas son: a) solución de problemas ($M=3,54$); b) evitación cognitiva ($M=3,44$); y c) reevaluación positiva ($M=3.41$).

Finalmente, al comparar las medias de las estrategias de afrontamiento de los dos grupos, se

encontraron diferencias significativas en las medias de: a) reevaluación positiva ($\alpha=,000$) y b) solución de problemas ($\alpha=,004$); siendo siempre mayores las medias en el grupo sin síntomas de ansiedad.

De igual manera, se encontraron diferencias significativas en: a) reacción agresiva ($\alpha=,000$); b) expresión de la dificultad de afrontamiento ($\alpha=,002$); c) búsqueda de apoyo profesional ($\alpha=,019$); y d) evitación emocional ($\alpha=,047$); siendo mayores las medias en el grupo con síntomas de ansiedad.

Tabla 2. Comparación de las medias en el EEC-M entre grupos con ansiedad y sin ansiedad

Estrategia de Afrontamiento	Grupo	Media	Desviación típica	Sig. Prueba t
Solución de problemas	Sin ansiedad	4,13	0,85	,004*
	Con ansiedad	3,54	0,64	
Búsqueda de apoyo social	Sin ansiedad	3,39	1,09	,955
	Con ansiedad	3,41	0,95	
Espera	Sin ansiedad	2,14	0,62	,061
	Con ansiedad	2,47	0,72	

Estrategia de Afrontamiento	Grupo	Media	Desviación típica	Sig. Prueba t
Religión	Sin ansiedad	2,51	1,16	,315
	Con ansiedad	2,82	1,19	
Evitación emocional	Sin ansiedad	2,97	0,84	,047*
	Con ansiedad	3,44	0,92	
Búsqueda de apoyo profesional	Sin ansiedad	2,04	1,15	,019*
	Con ansiedad	2,73	1,07	
Reacción agresiva	Sin ansiedad	2,08	0,81	,000*
	Con ansiedad	3,23	1,02	
Evitación cognitiva	Sin ansiedad	2,87	0,76	,877
	Con ansiedad	2,85	0,55	
Reevaluación positiva	Sin ansiedad	3,78	1,00	,000*
	Con ansiedad	2,62	0,70	
Expresión de la dificultad de afrontamiento	Sin ansiedad	2,69	0,82	,002*
	Con ansiedad	3,35	0,74	
Negación	Sin ansiedad	2,67	0,89	,055
	Con ansiedad	3,13	0,95	
Autonomía	Sin ansiedad	2,77	0,97	,307
	Con ansiedad	3,02	0,90	

* $p < 0,05$

DISCUSIÓN

Los resultados muestran algunos elementos comunes, en la forma como las personas ansiosas y sin ansiedad, hacen frente a las exigencias de la vida (Lazarus & Folkman, 1986), lo cual indicaría que la diferencia no está en el uso, sino en la frecuencia y en las habilidades que se tiene para que dichas estrategias sean eficaces. De tal manera, que el estímulo en sí mismo no es el estresor, es quien lo experimenta quién le da tal valoración.

En el caso de los participantes sin ansiedad, las estrategias más utilizadas son aquellas relacionadas con la solución de problemas, la reevaluación positiva y la búsqueda de apoyo social; estas estrategias están dirigidas a minimizar los efectos del estresor abordándolo de forma directa. De hecho, el planteamiento de posibles soluciones, la búsqueda de apoyo en otras personas y la valoración de los aspectos positivos de la situación, implican un

estilo activo de afrontamiento, es decir, aquél que moviliza esfuerzos para los distintos tipos de solución de la situación (Fernández, 1997).

No obstante, las estrategias más utilizadas por los sujetos ansiosos, incluyen dos de las anteriores, (la solución de problemas y la reevaluación positiva), pero éstas son utilizadas de forma significativamente menor. También se evidencia la estrategia de evitación cognitiva, característica esencial del estilo de afrontamiento evitativo, es decir, el que se basa en intentar retraerse o huir del estresor y sus consecuencias (Fernández, 1997); caracterizado por el uso de estrategias, a su vez, pasivas que consisten en la ausencia de enfrentamiento o conductas de evitación, consideradas como desadaptativas (Lazarus & Folkman, 1986). A través de ésta el sujeto logra “descentrarse” de la situación problemática, evitando o disminuyendo las reacciones emocionales secundarias. Sin embargo, la evitación no constituye solución para el

problema sino la disminución de la reacción emocional momentánea.

Lo anterior corresponde al afrontamiento orientado a la emoción, que representa las acciones que se emplean con objeto de cambiar el significado de una situación estresante para, de esta forma, regular el resultado negativo de las emociones. La premisa básica es que se puede facilitar el ajuste o la adaptación, por medio de una regulación emocional que se alcanzaría evitando al agente estresor (Compas, 1987).

Al comparar las medias de las estrategias de afrontamiento para los dos grupos, se logra identificar que hay diferencias significativas en reevaluación positiva y solución de problemas, siendo mayor la media en el grupo sin ansiedad; lo cual, en el primer momento evidencia que el repertorio cognitivo-conductual enfocado en la reducción de los efectos evaluados como potencialmente dañinos de un estresor y la capacidad para identificar oportunidades en situaciones adversas es menor en el grupo con ansiedad.

De acuerdo con Barlow (2002), la ansiedad es el resultado de una falta de control y predictibilidad frente a eventos amenazantes, lo cual hace que la persona sienta la necesidad de estar a la defensiva y experimente una alta reactividad fisiológica; esta necesidad de estar vigilante se debe a que la persona no sabe cuándo va a afrontar el evento aversivo y, además, se siente insegura de su capacidad para manejarlo efectivamente, lo cual reduce notablemente la habilidad para planificar, organizar y orientar la conducta de forma acertada.

Los resultados obtenidos en la investigación son coherentes con lo propuesto por autores como Barlow (2002); Barlow, Chorpita y Turovsky (1996) y Mineka y Zinbarg (1996), los cuales plantean que la percepción de pérdida de control en relación a eventos internos y/o externos, de carácter positivo y/o negativo, se correlacionan con el mantenimiento de síntomas ansiosos, puesto que la autoeficacia, el déficit en solución de problemas y el pesimismo hace que se afronten los estresores con una mayor vulnerabilidad frente a los posibles efectos negativos (Bandura, 1988; Nezu & Ronan, 1985; Schill, Ramanaiah & Toves, 1982).

Si bien es cierto, la solución de problemas está orientada a la emisión de respuestas cognitivas y conductuales frente a un tipo de situación, también es indudable

que incluye un procesamiento cognitivo de la información relativa al estresor; en primera medida se sabe que sus atribuciones causales sobre un evento negativo pueden referirse a factores caracterológicos o situacionales, dependiendo siempre del contexto; en segunda medida, se conoce que los sujetos con síntomas ansiosos exponen un sesgo de memoria que favorece el recuerdo de información negativa ansiosa (Greenberg & Beck, 1989; Ingram et al., 1987; Strauman, 1992, Sanz, 1992); de igual manera, se ven afectados los procesos selectivos atencionales (Williams, 1989; Beck, 1988).

De conformidad con lo anterior, es posible que todos estos factores estén incidiendo tácitamente en el bajo empleo de la estrategia de reevaluación positiva en personas con síntomas de ansiedad. Según Lazarus y Folkman (1986), la valoración y el afrontamiento en personas ansiosas surge, porque se percibe la situación experimentada como una amenaza para sí mismo, y no se percibe que la capacidad o estrategias de afrontamiento para enfrentarse con dicha situación sean suficientes para neutralizar tal amenaza; valoración que inicialmente, guardará relación directa con la intensidad de la respuesta ansiosa. Dicha relación se suele cumplir en el caso de la valoración y la ansiedad, así como en la reinterpretación del evento que demarca cierto tipo de respuestas antes elicítadas (Dougher & Hayes, 2000; Hayes & Wilson, 1995; Luciano & Hayes, 2001).

En el grupo de participantes con ansiedad se evidencia que la media de la estrategia reacción agresiva es significativamente mayor que la del grupo sin ansiedad, lo cual podría explicarse como una respuesta impulsiva sin mediación cognitiva frente a la amenaza percibida como inminente y al temor de experimentar las emociones que se puedan desencadenar, permitiendo así la disminución de la carga emocional que representa esta situación (Lazarus & Folkman, 1986).

Una de las características centrales de la ansiedad es la alta activación emocional, que si bien, es adecuada frente al peligro, en situaciones poco amenazantes resulta excesiva y molesta, de ahí que los participantes con síntomas de ansiedad evidencien un mayor uso de la estrategia de evitación emocional, pues, a pesar de que estas emociones son signos de alerta, también denotan una falta de control frente a los estresores y un temor implícito frente a la experiencia de estas emociones. Esta tendencia ha

sido identificada anteriormente por Kohlmann (1993), quién afirma que la evitación representa una clara preferencia por no ejercer control (Averill, O'Brien & DeWitt, 1977). La poca tolerancia ante las emociones “negativas” como característica de las personas con trastornos emocionales, ha sido observada en estudios realizados por distintos autores (Hayes, Wilson, Gifford, Follete & Strosahl, 1996; Luciano & Hayes, 2001).

Por otra parte, estrategias como la expresión de la dificultad de afrontamiento y la búsqueda de apoyo profesional, presentan medias significativamente mayores en el grupo con sintomatología ansiosa. Dichas estrategias son de tipo conductual y están encaminadas al aprovechamiento de los recursos disponibles en el medio social en el que se desenvuelve la persona, que ante la imposibilidad percibida para enfrentar el evento conflictivo por sí misma, busca un control externo; lo que denota, nuevamente, la característica evitativa en los sujetos con ansiedad.

Los resultados de esta investigación muestran claramente que las estrategias de las personas ansiosas se caracterizan por la evitación y la percepción de pérdida de control, elementos fundamentales en las teorías etiológicas y de mantenimiento de la ansiedad (Barlow, 2002); sin embargo, también muestra que la personas con ansiedad, suelen utilizar estrategias que se consideran como adaptativas (solución de problemas y reevaluación positiva), lo que indicaría que estas personas hacen el intento de adaptarse, pero es posible que no cuenten con las habilidades suficientes para poner en práctica, de forma eficaz, éstas estrategias, lo que lleva a la frustración y por lo tanto, a retroalimentar la percepción de falta de control y la posterior evitación.

Lo anterior consolida la idea de basar los tratamientos de la ansiedad, en técnicas de exposición, entrenamiento en solución de problemas, reestructuración cognitiva y aceptación, elementos significativos de cada una de las estrategias señaladas anteriormente.

REFERENCIAS

Acosta, A. (2005). Fundamentos de las terapias de exposición contra las fobias: Una propuesta teórica integradora de la conducta de evitación. *Terapia Psicológica*, Junio, Vol. 23, número 001.

- Averill, J.R., O'Brien, L. & DeWitt, G.D. (1977). The influence of response effectiveness on the preference for warning and on psychophysiological stress reactions. *Journal of Personality*, 45, 395-418.
- Bandura, A. (1988). Self-efficacy conception of anxiety. *Anxiety Research*, 1, 77-98.
- Barlow, D., Chorpita, B. & Turovsky, J. (1996). Fear, panic, anxiety, and disorders of emotion. Miedo, pánico, ansiedad y trastornos de la emoción. In DA Hope (Ed.), *Nebraska Symposium on Motivation: Vol. Esperanza en DA* (Ed.), *Nebraska Simposio sobre Motivación: Perspectivas sobre la ansiedad, el pánico y el miedo*, vol.43. 43.Perspectives on anxiety, panic, and fear (pp. 251-328). 251-328. Lincoln: University of Nebraska Press. Lincoln: University of Nebraska Press.
- Barlow, D. (2002). *Ansiedad y sus trastornos: La naturaleza y el tratamiento de la ansiedad y el pánico* (2ª ed.). New York: Guilford Press. Nueva York: Guilford Press.
- Barlow, D. & Durand, V. (2005). *Psicopatología*. International Thomson Editores, Madrid
- Bayés, R. & Pinillos, J.L. (Eds.). (1998). *Aprendizaje y condicionamiento*. Tratado de psicología general. Vol.2. Madrid: Ed. Alhambra.
- Beck, A. (1976). *Cognitive therapy and the emotional disorders*. Madison: International Universities Press.
- Beck, A. (1988). Cognitive approaches to panic disorder. Theory and therapy. En S. Rachman & J.D. Maser (Eds.), *Panic: Psychological perspectives*. New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.
- Beck, A. & Clark, D. (1988). Anxiety and depression: An information processing perspective. *Anxiety Research*, 1, 23-36.
- Beck, A., Epstein, N., Brown, G. & Steer, R. (1988). An Inventory for Measuring Clinical Anxiety: Psychometric Properties. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56(6):893-97.
- Byrne, B. (2008). Relationships between anxiety, fear, and coping strategies, in *Journal of personality and psychology social*.

- Comeche, M.I., Díaz, M.I. & Vallejo, M.A. (1995). Cuestionarios, inventarios y escalas: Ansiedad, depresión y habilidades sociales. Madrid: UNED y Fundación Universitaria – Empresa.
- Compas, B. (1987). Coping with stress during childhood and adolescence. *Psychological Bulletin*, 3, 393-403.
- Chorot, P. & Sandín, B. (1993) *Escala de estrategias de coping revisada* (EEC-R). Madrid: UNED.
- Diez, C. & Sánchez, L. (2000). Etiopatogenia. En J. Vallejo & C. Gastó C. Trastornos afectivos, ansiedad y depresión (pp. 51 a 83) Masson, 2da Edición, Barcelona.
- Dougher, M. & Hayes, S. (2000). Clinical behavior analysis. En M.J. Dougher (Ed.), *Clinical behavior analysis*, 11-26. Reno, NV. Context Press.
- Fernández Abascal E.G. (1997). *Estilos y Estrategias de Afrontamiento. Cuaderno de prácticas de motivación y emoción*, Madrid: Pirámide.
- Greenberg, M. & Beck, A. (1989). Depression versus anxiety: A test of the content-specificity hypothesis. *Journal of Abnormal Psychology*, 98, 9-13.
- Hayes, S. & Wilson, K. (1995). The role of cognition in complex human behavior: A contextualistic perspective. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 26, 241-248.
- Hayes, S., Wilson, K.G., Gifford, E., Follete, V. & Strosahl, K. (1996). Experiential avoidance and behavior disorder: a functional dimensional approach to diagnoses and treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 1.152-1.168.
- Ingram, R., Kendall, P., Smith, T., Donnell, C. & Ronan, K. (1987). Cognitive specificity in emotional distress. *Journal of Personality and Social Psychology*, 53, 734-742.
- Kohlmann, C.W. (1993) *Rigid and Flexive Modes of Coping: Related to Coping Style*. Anxiety, Stress, and Coping, 6, 107-123.
- Lazarus, R. (1999): *Stress and emotion, a new synthesis*. Springer, London.
- Lazarus, S. & Folkman, S. (1986). *Estrés y procesos cognitivos*. Barcelona: Martínez Roca.
- Lazarus, R. (2000). *Estrés y Emoción. Manejo e implicaciones en nuestra salud*. España, Bilbao: Descleé de Brouwer.
- Lee-Baggley, D. & Preece, M. (2005). Coping With Interpersonal Stress: Role of Big, Five Traits, *Journal of Personality*, University of British Columbia, Blackwell Publishing.
- Londoño, N., Henao, G., Puerta, I. & cols. (2006). Propiedades psicométricas y Validación de la Escala de Estrategias de Coping Modificada (EEC-M) en una muestra Colombiana. *Revista Universitas Psychologica*, vol. 5, 327-349.
- López, I., Riu, C. & Forner, B. (2005). *Cuidados Enfermeros*. Ed. Elsevier: España.
- Luciano, M. & Hayes, S. (2001). Trastorno de evitación experiencial. *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud*, 1, 109-157.
- Mineka, S. & Zinbarg, R. (1996). Conditioning and ethological models of anxiety disorders: Stress-in-dynamic-context anxiety models. In D.A. Hope (Ed.) *Nebraska Symposium on Motivation: Perspectives on anxiety, panic, and fear* (Vol. 43, 135-210). Lincoln: University of Nebraska Press.
- Ministerio de la Protección Social (2003). Estudio Nacional de Salud Mental Colombia 2003, C&C Graficas Ltda, Colombia.
- Nezu, A. & Ronan, G. (1985). Life stress, current problems, problems solving, and depressive symptoms: An integrative model. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 53, 693-697.
- Quiceno, J., Vinaccia, S., Lozano, I., Castaño, Z. & Fernández, H. (en prensa). Estrés y estrategias de afrontamiento en un grupo de personas con VIH. En: Juan José Sánchez-Sosa, Julio Alfonso Pina López y Blanca Margarita Rivera Icedo (eds.). *Aportaciones de la psicología al problema de la infección por VIH: investigación e intervención*. México: Universidad Nacional Autónoma de México.
- Sandín, B. (1995). *El estrés*. En, A. Belloch, B. Sandín, y F. Ramos (eds.), *Manual de psicopatología* (vol. 2). Madrid: McGraw-Hill.

- Sanz, J. (1992). *Procesos cognitivos en la ansiedad y en la depresión*. Tesis Doctoral. Facultad de Psicología. Universidad Complutense de Madrid.
- Sarason, I. & Sarason, B. (2006). *Psicopatología anormal: el problema de la conducta inadaptada*, Pearson Ed, Mexico.
- Schill, T., Ramanaiah, N. & Toves, C. (1982). Defensive externality and vulnerability to life stress. *Psychological Reports*, 51, 878.
- Seligman, M. (1975). *Helplessness*. New York: Freeman. (Version española: Debate, Madrid, 1981).
- Strauman, T. (1992). Self-guides, autobiographical memory, and anxiety and dysphoria: Toward a cognitive model of vulnerability to emotional distress. *Journal of Abnormal Psychology*, 101, 87-95.
- Vázquez, C. & Sanz, J. (1997). Fiabilidad y valores normativos de la versión española del Inventario para la Depresión de Beck de 1978. *Clínica y Salud*, 8, 403-422.
- Williams, J. (1989). *Cognitive psychology and emotional disorders*. New York: Wiley.