



CONFIABILIZACIÓN DE UN INSTRUMENTO PARA EVALUAR COMPETENCIAS EN DIVERSOS CONTEXTOS DE DESEMPEÑO: UN ESTUDIO PRELIMINAR

Ma. de Lourdes Rodríguez Campuzano¹, Liliana Alatorre Adán² y Carlos Nava Quiroz³

Universidad Nacional Autónoma de México
Facultad de Estudios Superiores Iztacala

Resumen

El trabajo que aquí se expone se basa en el Modelo Psicológico de la salud propuesto por Ribes en 1990. Forma parte de una línea de investigación en la que se aborda, desde una perspectiva naturalista, el fenómeno llamado estrés, así como sus implicaciones en el estado de salud de las personas. Aquí se presenta un estudio preliminar para confiabilizar un instrumento diseñado para evaluar competencias en diversos contextos de desempeño. El instrumento incluye una parte en la que se obtiene información con respecto al estado de salud de los participantes. La parte que corresponde a competencias contiene reactivos en los que se presentan algunas situaciones con demandas de logro y las opciones de respuesta permiten evaluar lo que hacen los participantes, lo que creen y lo que sienten, particularmente reacciones de estrés. Los resultados obtenidos con una muestra voluntaria de 110 personas indican que el instrumento es confiable. Adicionalmente se presentan algunos datos descriptivos con respecto a la salud de los participantes. La discusión se enfoca en las posibilidades de aplicación.

Palabras clave: Modelo Psicológico de la salud, competencias, dimensión afectiva del comportamiento, dimensión valorativa del comportamiento, estrés.

¹ Profesora Titular del Área de Psicología Clínica. Proyecto de Aprendizaje Humano. Correo Electrónico: carmayu5@yahoo.com

² Psicólogo Egresado de la FES Iztacala.

³ Profesor Titular del Área de Métodos Cuantitativos.

Abstract

This work is based on the Psychological Model of Biological Health proposed by Ribes on 1990. It is part of a bigger research devoted to explore, from a naturalistic perspective, the phenomena called stress, such as its consequences on health. A preliminary study devoted to obtain the reliability of an instrument designed to evaluate competences on different contexts of performance is described here. This instrument has different parts, one of them is dedicated to get information about participants' health, other to evaluate competences. On this part, items composed by distinct situations with profit criteria are included. Response choices are built to evaluate what participants do, what do they believe and how do they feel on these situations, especially, if they experience stress reactions. Results from 110 volunteers showed that the instrument is reliably. Additionally some health descriptive data from participants are presented. Discussion deals about the possible different uses of this tool.

Key words: Psychological Model of Biological Health, competences, affective dimension of behavior, valuative dimension of behavior, stress.

Introducción.

El objetivo de este trabajo es presentar un estudio preliminar para confiabilizar un instrumento autoaplicable diseñado para evaluar competencias en diversos contextos de desempeño. El desarrollo de dicho instrumento responde al interés por entender, desde una perspectiva interconductual, el fenómeno denominado estrés/afrontamiento. El trabajo forma parte de una línea de investigación cuyo interés general es comprender la influencia del comportamiento en el estado de salud/enfermedad de las personas, lo cual resulta cada vez más relevante, dadas las crecientes evidencias de la participación de factores psicológicos en las enfermedades (Caballo, Buela-Casals y Carrobles, 1996).

Se plantea que el estado de salud/enfermedad de las personas se encuentra relacionado con diversos factores psicológicos: conflictos emocionales, trastornos de ansiedad, estrés, autoverbalizaciones disfuncionales, estrategias de afrontamiento al estrés, entre otros (Cameron, 1982; Lazarus y Folkman, 1984; Kaplan, 1988; De La Fuente, 1990; Caballo, 1995; Amigo, Fernández y Pérez;1998); y se han llevado a cabo diversas investigaciones para estudiar la influencia de dichos factores sobre el estado de salud. En particular se han obtenido evidencias de que el estrés produce fuertes alteraciones físicas que conllevan a enfermedades (De la Fuente, 1978; Castellar, 1996).

El término estrés se ha convertido en una de las palabras más utilizadas, tanto por los profesionales de las distintas ciencias de la salud, como en el lenguaje ordinario. Seyle (1978) definió al estrés como una respuesta general del organismo ante cualquier estímulo estresor o situación estresante. Actualmente persiste cierta ambigüedad en el uso de este término que se emplea para referirse, en general, a una reacción emocional, aunque también a otra diversidad de factores: condiciones ambientales en donde los eventos o circunstancias que se viven pueden ser percibidos como amenazantes o peligrosos, e interfieren con la actividad normal del organismo (Caballo, Buela-Casal y Carrobles, 1993); respuestas fisiológicas y psicológicas del organismo ante sucesos particulares (La Torre, Postigio y Beneit, 1991); o como denominación global del campo de estudio que examina los procesos por medio de los cuales se adaptan los organismos a los sucesos perturbadores (Lazarus y Folkman, 1991).

En general se pueden definir tres modelos para aproximarse a este fenómeno: el que lo entiende como respuesta, el que lo concibe como estímulo y el que lo define como proceso.

En el primer modelo se concibe al estrés como el Síndrome de adaptación general, que fue descrito por Hans Selye y que constituye, el primer trabajo elaborado específicamente acerca de este tema. De acuerdo con Claridge (1983), en este modelo el estrés es una respuesta normal de adaptación a una amenaza. Selye (1978) consideraba que el estrés podía observarse mediante cambios corporales que ocurren en un tiempo determinado y que el estado que resultaba de la continua exposición a los estresores daba lugar al síndrome general de adaptación. Propuso tres etapas para este síndrome: la reacción de alarma, la etapa de resistencia y la etapa de agotamiento. Sarafino (1998) describe las tres etapas como sigue. Una vez que se ha percibido una situación estresante, la reacción de alarma tiene la función de movilizar los recursos corporales, en ella se genera rápidamente un cambio en el funcionamiento fisiológico, primero disminuyendo y después superando los niveles normales. Al final de esta etapa, el cuerpo está completamente movilizado para resistir al estresor, aunque el organismo no puede mantener ese estado de activación fisiológica durante mucho

tiempo. A continuación se avanza a la etapa de resistencia, en la que el cuerpo trata de adaptarse al estresor, la activación fisiológica disminuye sin llegar a los niveles normales y el organismo muestra muy pocas señales de estrés. El organismo que experimenta constantemente esta reacción irá perdiendo habilidad para resistir y se volverá más propenso a padecer problemas de salud. Finalmente, en la etapa de agotamiento, la activación fisiológica ha sido tan prolongada que se debilita el sistema inmune y disminuyen las reservas de energía; si el estrés continúa es muy probable que se produzca enfermedad y daño en órganos internos o, incluso, muerte.

Cuando el estrés se concibe como estímulo, se plantea que se encuentra en el ambiente y que está constituido por una demanda para la persona, esto ha sido denominado por muchos autores como estresores. En una primera clasificación se consideran dos tipos: los psicosociales y los biológicos. Lo que define a los primeros es la evaluación cognoscitiva que la persona hace de ellos. Los segundos están definidos por sus propiedades físicas y se dice que son capaces de iniciar una respuesta de estrés sin generar alguna actividad cognoscitiva (Rodríguez y Rojas, 1998).

Sandín (1999) identifica tres categorías diferentes de estresores:

1. *Sucesos vitales altamente traumáticos*, se refiere a eventos extraordinarios como desastres naturales, situaciones bélicas, etcétera.
2. *Sucesos vitales mayores*, son acontecimientos relativamente usuales y hasta normativos de la vida de la gente. Algunos no son necesariamente traumáticos, como un ascenso en el trabajo, el matrimonio o el nacimiento de un hijo; otros pueden ser traumáticos en cierto grado, como la pérdida de un ser querido, sufrir un accidente, etcétera.
3. *Microeventos o sucesos vitales menores*, consisten en los pequeños problemas y contrariedades que ocurren cotidianamente.

Además de éstas, Sandín (1999) también plantea una cuarta categoría: *estresores ambientales*, a los que no se considera como sucesos vitales ya que se refieren a situaciones del contexto sociofísico, como el ruido, el tráfico, la contaminación, los hacinamientos.

En investigaciones recientes (Serrano y Flores 2005) se ha encontrado que los principales estresores son los sucesos vitales mayores citados anteriormente y en los adolescentes los microeventos o sucesos menores como los conflictos de pareja, conflictos con los padres y con los mejores amigos.

La aproximación que domina este campo es la transaccional, que sostiene que el estrés es un proceso que se concibe como ajustes y transacciones continuas entre el individuo y su medio, de modo que cada uno afecta y es afectado por el otro, en donde la persona actúa como agente activo que puede modificar el impacto del estresor a través de estrategias cognitivas (Lazarus y Folkman, 1991).

Lazarus y Folkman (1984) consideran que el estrés no se presenta solo en situaciones extraordinarias, sino que es un aspecto inevitable de la vida y proponen la siguiente definición “el estrés psicológico es, por lo tanto, una relación entre la persona y el medio ambiente que es apreciada por la persona como agotando o excediendo sus recursos y amenazando su bienestar” (p. 21). Mencionan que las interacciones del sujeto con su ambiente se basan en un proceso denominado evaluación cognitiva, que alude a un proceso mental en el cual se evalúan dos factores: la medida en que un estresor amenaza al sujeto y los recursos que éste tiene para enfrentarlo. Dichos factores dan lugar a la distinción entre evaluación primaria y la secundaria. La primaria es la que se hace con respecto al signo del estresor (positivo o negativo) y sus consecuencias posibles; la segunda es la apreciación que la persona hace de su disponibilidad de recursos para afrontar el desafío, amenaza o cambio que impone el evento.

Sugieren que el estrés tiene lugar ante demandas que suponen dificultades o superan los medios del sistema, para los que no se cuenta con respuestas adaptativas o automáticas (Meichenbaum, 1987). Los conceptos de valoración cognitiva y respuestas de afrontamiento son centrales en el modelo transaccional. Se plantea que una transacción que provoca estrés, concebido como reacción física y emocional, se origina con una valoración primaria en donde la situación demanda una respuesta eficaz para evitar el daño físico o psicológico y una segunda valoración que indica que no se dispone de ninguna respuesta. Posteriormente la persona intenta responder o no lo hace en absoluto. Las

respuestas (o su ausencia) tienen repercusiones y alteran la situación, por ello se dice que se da una serie de valoraciones y transformaciones situacionales. La secuencia transaccional deja de provocar estrés cuando la persona juzga que el peligro ha pasado, ya sea espontáneamente, o bien porque alguna respuesta de afrontamiento neutralizó el peligro. Dicha respuesta de afrontamiento puede consistir en actitudes, acciones concretas, pensamientos, etcétera (Meichenbaum, 1987).

Como se señalaba, las llamadas respuestas o estrategias de afrontamiento son medulares en esta perspectiva, Lazarus y Folkman (1991) definieron el concepto de afrontamiento como el cambio constante de los esfuerzos cognitivos y conductuales para responder a las demandas específicas de carácter externo/interno que se valoran como elementos que exceden los recursos de una persona. Se postula una relación estrecha entre la percepción del ambiente, los mecanismos de afrontamiento y el estrés (Valadez y Landa, 1998).

AUTOR	TIPOS DE AFRONTAMIENTO
Lazarus y Folkman	<ol style="list-style-type: none"> 1. Focalizado en el problema 2. Focalizado en la emoción 3. Focalización mixta
Moos y Billings	<ol style="list-style-type: none"> 1. Focalizado en la evaluación 2. Focalizado en el problema 3. Focalizado en la emoción
Törestad, Magnuson Y Oláh	<ol style="list-style-type: none"> 1. Constructivo 2. Pasivo 3. Escape
Enler y Parker	<ol style="list-style-type: none"> 1. Orientado a la tarea 2. Orientado a la emoción 3. Evitación

Figura 1. Tipos de Afrontamiento Identificados por Distintos Autores.

Las estrategias de afrontamiento pueden ser diversas, algunas se pueden encontrar en listas de chequeo y en cuestionarios; en ellos, las estrategias pertenecen a subtipos ideados por sus autores. Sandín (1999) presenta cuatro clasificaciones en las que se divide a las respuestas de afrontamiento según su objetivo sea trabajar sobre la valoración del problema, el problema mismo, la emoción experimentada o para alejarse de la situación (Figura 1). Algunos ejemplos de las estrategias que se incluyen en dichas clasificaciones son:

1. Confrontación: acciones directas dirigidas a la situación
2. Distanciamiento: olvidar, comportarse como si nada hubiese ocurrido, etcétera.
3. Autocontrol, guardar los problemas para sí mismo, etcétera.
4. Búsqueda de apoyo social: pedir consejo, exponer el problema a un amigo, etcétera.
5. Aceptación de la responsabilidad: disculparse, criticarse a sí mismo, etcétera.
6. Huída-evitación: beber, fumar.
7. Planificación de solución del problema: establecer un plan de acción y seguirlo, etcétera.
8. Re-evaluación positiva: la experiencia enseña, hay gente buena, etcétera.
9. Hacerse ilusiones: soñar, imaginar otras situaciones, desear poder cambiar lo que está pasando, etcétera.
10. Autoculpa: criticarse a sí mismo, etcétera.
11. Reducción de la tensión: tratar de sentirse mejor comiendo, fumando, etcétera.

Existen múltiples taxonomías de estrategias de afrontamiento, aunque hay autores que plantean que se pueden reducir a dos grandes categorías: las enfocadas en el problema y las que se enfocan en las emociones (Omar, 1995). Vale la pena decir que este concepto ha dado lugar a múltiples investigaciones. En algunas de ellas (Salanova, Grau y Martínez, 2005; Chacon; Flores, Borda y Pérez 2006; Gómez, Luengo, Romero, Villar y Sobral, 2006) se han encontrado diferencias importantes en términos de la edad o el género, por ejemplo que el uso de estrategias, ya sean pasivas o activas, aumentan con la edad y que los hombres utilizan mas estrategias de afrontamiento activas que las mujeres; sin embargo las estrategias de afrontamiento mas utilizadas son las centradas en la evitación y represión, en la búsqueda de apoyo social, y en la reevaluación positiva; y las menos empleadas son las centradas en el problema.

Se han desarrollado diversos instrumentos con el objeto de evaluar ampliamente el fenómeno estrés/afrontamiento de una forma mas precisa, para

ello se han tomado en cuenta múltiples variables ambientales, cognitivas, emocionales y motoras (Peralta, López, Godoy, Godoy, Basa y Perez, 2002).

Lazarus y sus colaboradores insistían en que los instrumentos de medición no debían entender el estrés como un estímulo ambiental objetivo sino que debían tener en cuenta cuestiones subjetivas como la valoración personal, las creencias, los objetivos y las responsabilidades

A partir de esta premisa comienzan a surgir diversos instrumentos como la Escala de Contrariedades y Satisfacciones de Kanner, Coyne, Schaefer y Lazarus (1981), el Inventario de Estrés Diario de Brantley, Waggoner, Jones y Rappaport (1987), la Escala de Experiencias Vitales Recientes de Konh y McDonald (1992) y la Escala de Apreciación del Estrés de Fernández y Mielgo (2001).

Otros instrumentos han tratado de medir el estrés a partir de reacciones fisiológicas dentro de las que se encuentran: la presión sanguínea, el pulso cardíaco, la respuesta galvánica de la piel y el ritmo respiratorio (Brannon y Feist, 2001).

Es innegable que se ha avanzado mucho en el conocimiento de este fenómeno; sin embargo, es nuestra convicción que una concepción teórica naturalista permitiría estudiar otros aspectos, así como reformular teóricamente el problema.

En los modelos de corte cognoscitivo el concepto clave para explicar la aparición o modulación de las reacciones de estrés es el afrontamiento. Dicho concepto, como se mencionó, surge de una postura en donde el estrés se entiende como un proceso o transacción que incluye: variables ambientales, cogniciones, emociones y respuestas. La clasificación de las diversas estrategias de afrontamiento parte de esta premisa general, y, por ende, excluye elementos, que desde una aproximación interconductual, son importantes. Por un lado, al centrarse en ocurrencias o variables margina los factores disposicionales relevantes para este comportamiento. Por otro, al considerarse un proceso cognoscitivo, el fenómeno se aborda desde una aproximación dualista (Ryle, 1949; Ribes, 1982; Ribes y López, 1985) con implicaciones de naturaleza conceptual, como la postulación de variables "internas", la explicación del

fenómeno a través de un proceso mental de evaluación, la confusión de componentes afectivos del comportamiento con etapas “internas” de un proceso, o la falta de distinción funcional con respecto a las contingencias del ambiente. A esto hay que agregar que el concepto ‘afrontamiento’ es multívoco y se emplea para referirse a fenómenos que corresponden a distintos niveles categoriales (acción directa, aceptación, distracción, catarsis, apoyo social, redefinición de la situación, evitación, estoicismo, no hacer nada, pensar, anticipar, cambiar el estado de ánimo, entre otros), refiriéndose, en algunas ocasiones a los diversos componentes de un comportamiento complejo y tratándolos como si fueran *el comportamiento* de estudio, y en otras, a diversos procesos de comportamiento cuya complejidad difiere en términos de su naturaleza funcional (Ribes y López, 1985).

Desde la perspectiva interconductual, el estrés se entiende como contingencias perfectamente delimitables, es decir, como situaciones ambientales (Levine, 1985; Mohberg, 1985). En dichas situaciones cada persona, dependiendo de su historia, responderá de diversas maneras, aunque, si responden directamente a las contingencias de la situación, presentarán reacciones de estrés; sin embargo, en las aproximaciones teóricas a este fenómeno no se entiende el estrés como contingencias ambientales, y lo que se estudia es el comportamiento *reportado como estrés* ante contingencias que muchas veces tienen que ver con logro, es decir, con situaciones que presentan demandas que hay que satisfacer, problemas que deben resolverse o resultados que tienen que producirse. Tal tipo de contingencias, como señalábamos, tienen que ver con logro y por ende, con lo que Ribes (1990) ha denominado ‘competencia’. El término competencia tiene que ver con capacidad y se usa de forma genérica. Ribes (op. cit.) lo define como ‘una colección de ocurrencias que tienen que ver con logro’. Así entendido, refiere una disposición y no una variable u ocurrencia. Las competencias se identifican a partir de ocurrencias o habilidades en la historia de interacción de una persona, es decir, se sabe que una persona es capaz de algo porque en el pasado lo ha hecho exitosamente.

Para estudiar las competencias se toman en cuenta diversos elementos: la estimulación ambiental presente, especialmente las demandas de la situación; el contexto disposicional; los elementos históricos; y las condiciones biológicas de la propia persona que pueden fungir como factores disposicionales. Se considera además el nivel de complejidad funcional de su comportamiento (Ribes, 1990).

Ribes (op. cit.) identifica cuatro niveles competenciales, con base en su complejidad funcional: situacional no instrumental (cuando la persona responde solamente reaccionando diferencialmente ante los objetos, personas y acontecimientos de la situación, pero sin alterar sus propiedades funcionales); situacional instrumental (cuando introduce cambios en la situación como efecto de su conducta, lo cual a su vez, afecta favorable o desfavorablemente su propio comportamiento); extrasituacional (cuando el individuo actúa frente a los elementos y contingencias presentes como si tuvieran las propiedades de otros elementos o contingencias; y responde trascendiendo las condiciones presentes aquí y ahora en una situación); y transituacional (cuando responde ante una situación determinada al margen de las condiciones presentes efectivas interactuando a nivel convencional). Estos niveles dan cuenta del comportamiento de logro, de acuerdo a su grado de desligamiento funcional con respecto a las condiciones concretas presentes en una situación.

El concepto 'competencia' permite deslindar conceptualmente aquellos fenómenos emocionales o afectivos que corresponden a contingencias de estrés, de otros fenómenos con componentes afectivos vinculados a la capacidad.

Partiendo de lo anterior, se diseñó un instrumento para evaluar las respuestas que indican capacidad o competencia en situaciones que no corresponden funcionalmente a contingencias productoras de estrés. En un primer momento el objetivo fue llevar a cabo un estudio para confiabilizar el propio instrumento. En etapas posteriores se pretende explorar diversas relaciones, por ejemplo, la que guardan las llamadas reacciones de estrés (dimensión afectiva del comportamiento) con otras dimensiones del propio comportamiento (efectiva y valorativa), así como con diversos aspectos y características de las situaciones. Aquí se expone el estudio piloto que se llevó a cabo para evaluar el instrumento,

en términos de su confiabilidad y realizar una aproximación preliminar a su validez de contenido.

MÉTODO.

Participantes. Participó una muestra intencional voluntaria de 110 personas, 39 hombres y 71 mujeres, que tenían entre 18 y 48 años de edad, 96 de los cuales eran solteros y 14 casados, el 80% de esta muestra tenía estudios de licenciatura y el 62% eran estudiantes.

Muestreo. La selección de la muestra fue a través del procedimiento denominado “Muestreo por oportunidad”, el cual consiste en seleccionar aquellos sujetos voluntarios y que presentan mayor oportunidad de ser seleccionados (Coolican, 1994).

Tipo de estudio. La investigación se llevó a cabo a través de un diseño descriptivo de tipo transversal que consiste en examinar a varias personas en un solo punto del tiempo (Salkind, 1998).

Variables e Instrumentos

Variables demográficas. Edad, sexo, ocupación y estado civil.

Variables Dependientes. Las opciones de respuesta a los reactivos evaluaron el grado de competencia en sus tres dimensiones: efectiva (hacer), afectiva (sentir) y valorativa (creer). Dichas variables se evaluaron en cada una de las situaciones planteadas en los distintos reactivos y estos corresponden a tres arreglos de contingencias: a) logro o persistencia, b) tolerancia a la frustración y c) flexibilidad al cambio, que se definen más adelante.

El instrumento consta de seis partes. Al principio se evalúan datos demográficos como la edad, el estado civil, el género, el nivel de estudios y la ocupación. En la segunda parte se preguntan algunos datos relacionados con el estado de salud-enfermedad, como el tipo de enfermedades padecidas, la frecuencia con la que el participante enferma y las acciones que lleva a cabo cuando esto ocurre.

La tercera, cuarta, quinta y sexta partes están diseñadas para evaluar competencias. Cada parte corresponde a un contexto de desempeño: escuela, trabajo, familia y pareja. En ellas, los reactivos se elaboraron diseñando situaciones que implicaran una demanda y que no correspondieran a contingencias de estrés. Cada reactivo está formulado en forma de pregunta. Como se indicó, se consideraron tres distintos arreglos contingenciales: a) logro o persistencia, b) tolerancia a la frustración y c) flexibilidad al cambio:

a) Logro o persistencia. Este tipo de situaciones, de acuerdo a Ribes (1990) se definen porque: “El individuo se encuentra en una situación en la que se demanda un esfuerzo cada vez mayor para obtener consecuencias en las que se sabe que se le exige mas para obtener lo mismo; sabe que se le exige mas y obtendrá mas; está advertido de que va a obtener más sin esfuerzo adicional, y son importantes en la situación la presencia de instrucciones respecto a los requerimientos y consecuencias (p. 39).

b) Tolerancia a la frustración. “Situación en la que el individuo desarrolla alguna actividad y de manera no advertida lo que obtiene como consecuencia de su conducta: 1) es menor de lo esperado, 2) se demora, 3) no se otorga, 4) se le retira sin razón, 5) se requiere de una ejecución mayor para obtenerlo, 6) se le impide desarrollar la conducta (Ribes, 1990, p. 39).

c) Flexibilidad al cambio. “El sujeto se enfrenta a situaciones en la que las demandas cambian de manera no predecible; los cambios son frecuentes o variados en las características de las demandas y en las que las consecuencias y estas últimas son múltiples e independientes entre si” (Ribes, 1990, p.40).

Para el diseño de los reactivos también se consideró que la demanda de la situación implicara competencias de distintos niveles de complejidad funcional, esto es, que el logro o ajuste a la situación correspondiera en algunas ocasiones a un nivel situacional no instrumental, en otras a uno situacional instrumental, extrasituacional o transituacional.

Las cuatro partes del instrumento están diseñadas de la misma manera. Cada reactivo presenta 6 opciones de respuesta que van de ‘Nunca’ a ‘Siempre’ y que permiten evaluar el grado de competencia en sus tres dimensiones: efectiva,

afectiva y valorativa. Nueve reactivos evalúan la dimensión efectiva de las competencias, es decir, las acciones (lo que hacen) de los participantes; nueve la dimensión afectiva (sentimientos, sensaciones y reacciones reportadas como estrés); y nueve la dimensión valorativa (creencias con respecto a la situación).

La parte tres corresponde al contexto escolar, la cuatro al de trabajo, la cinco al familiar, y la seis al contexto de las relaciones de pareja. El número total de reactivos es de 108. La figura 2 presenta algunos ejemplos de reactivos.

	1	2	3	4	5	6
1. En la escuela el profesor le pide que responda un cuestionario que evalúa comprensión de lectura.						
2. Un profesor muy exigente le pide un trabajo muy importante para el día siguiente, cuando lo está terminando una herramienta escolar que es muy necesaria para terminarlo se descompone ¿cumple con el trabajo?						
3. Sus compañeros le piden que desarrolle un tema de exposición para el día siguiente. Cuando llega a la escuela le dicen que se confundieron y que usted en ese momento tiene que preparar otro tema de exposición.						
4. A usted en su trabajo le encargan corregir el trabajo de otras personas o llamarles la atención. ¿Reacciona con estrés o angustia?						
5. En su trabajo usted lleva a cabo su labor mediante varias máquinas. Una de éstas, la cual es indispensable para llevar a cabo el trabajo, se descompone, y usted necesita entregar al final del día un pedido que le ha hecho un consumidor. ¿Reacciona con estrés o angustia?						
6. Usted está muy ocupado desarrollando un trabajo y en ese momento su jefe le pide que vaya a otro lugar, que está lejos, a atender otro compromiso de trabajo. ¿Reacciona con estrés o angustia?						

Figura 2. Ejemplos de Reactivos del Instrumento

Procedimiento

El instrumento se aplicó a 110 participantes de forma individual. Se les dieron las instrucciones de llenado, se prometió confidencialidad y se explicaron los objetivos generales. Los investigadores estuvieron presentes para aclarar cualquier duda.

Los participantes respondieron el cuestionario en una sola sesión de aproximadamente una hora. Se les agradeció su colaboración.

Una vez aplicado el instrumento y después de llevar a cabo pruebas de confiabilidad, con el fin de hacer una aproximación preliminar a su validez de contenido (Nunally y Bernstein, 1995), éste se entregó a tres expertos en la materia a los que se solicitó: a) que identificaran el constructo que se estaba evaluando, b) que señalaran si los reactivos cubren el espectro de elementos que conforma este constructo y c) que dieran comentarios y sugerencias.

Resultados

En primer lugar se presentan algunos datos que corresponden a la segunda parte del instrumento, es decir a aquella que evalúa aspectos relativos a la salud de los participantes. De la muestra evaluada, 82 reportaron no padecer enfermedades crónicas, mientras que 28 reportaron tener el diagnóstico médico de alguna enfermedad crónica.

Para el análisis de los resultados se construyeron 12 subescalas que corresponden a las tres dimensiones contempladas en el constructo 'competencia', cada una en un contexto específico. Las subescalas son las siguientes:

Competencia Efectiva en la escuela: Esta subescala incluye 9 reactivos que evalúan las acciones de logro de los participantes en el contexto escolar, en una escala cuyos rangos van de 0 a 5. El 0 equivale a 'no he vivido una situación así', del 1 al 5 se evalúa el grado de competencia, el 1 equivale a no competencia y el 5 al máximo grado de competencia o capacidad.

Competencia Afectiva en la escuela: Esta subescala se compone de 9 reactivos, evalúa la dimensión afectiva de las competencias, es decir, las sensaciones y sentimientos del comportamiento. Se enfoca particularmente a las reacciones que los participantes reportan como estrés en el contexto escolar y las mide del 1 al 5, el 1 corresponde a la ausencia de estas reacciones y el 5 a sentirlas siempre.

Competencia Valorativa en la escuela: Esta subescala también comprende 9 reactivos, evalúa la dimensión valorativa de las competencias, es decir, la forma

en que los participantes valoran las situaciones presentadas en los reactivos. Se

Contexto	Dimensión	Rango de Alpha en los 9 reactivos	Alpha total de la escala
<i>Escuela</i>	Efectiva	.61-.67	.666
	Afectiva	.80-.83	.834
	Valorativa	.82-.85	.860
<i>Trabajo</i>	Efectiva	.88-.89	.905
	Afectiva	.87-.88	.893
	Valorativa	.88-.90	.906

centra en la valoración que hacen de una situación como difícil o amenazante y la mide en una escala que va del 1 al 5, en donde el 1 indica que la situación nunca se valora como difícil y el 5 que siempre se valora como amenazante o difícil.

Las siguientes subescalas también incluyen 9 reactivos cada una y evalúan lo mismo que las tres descritas anteriormente, pero en contextos diferentes:

Competencia Efectiva en el trabajo.

Competencia Afectiva en el trabajo.

Competencia Valorativa en el trabajo.

Competencia Efectiva en la familia.

Competencia Afectiva en la familia.

Competencia Valorativa en la familia.

Competencia Efectiva en la pareja.

Competencia Afectiva en la pareja.

TABLA 1. ÍNDICES DE CONFIABILIDAD PARA LAS 12 SUBESCALAS DEL INSTRUMENTO. *Competencia Valorativa en la pareja*

<i>Familia</i>	Efectiva	.71-.75	.754
	Afectiva	.73-.77	.773
	Valorativa	.76-.80	.802
<i>Pareja</i>	Efectiva	.81-.84	.843
	Afectiva	.83-.86	.863
	Valorativa	.86-.89	.893

Una vez que se construyeron las diversas subescalas del instrumento, se procedió a confiabilizar el instrumento con la prueba Alfa de Cronbach. Esta prueba se llevó a cabo para cada una de las 12 subescalas que evalúan competencia.

Como se puede apreciar en la tabla 1, el índice más bajo se obtuvo para la subescala de competencia efectiva en el contexto escolar. Las demás subescalas obtuvieron índices que van de moderados a altos.

Posteriormente se llevaron a cabo algunos análisis descriptivos que corresponden a la parte del instrumento que evalúa el estado de salud de los participantes. Cabe recordar que esta investigación preliminar forma parte de un proyecto interesado en evaluar las competencias o capacidades cotidianas y su afectación a la salud, por ello, se presentan algunos de los datos relativos al estado de salud reportado.

TIPO DE ENFERMEDAD	PORCENTAJE
Gastrointestinales	43%
Respiratorias	21.4%
Otras enfermedades	18%
Cardiovasculares	14.4%
Músculoesqueléticas	3.2%

TABLA 2. PORCENTAJE PARA CADA UNA DE LAS ENFERMEDADES CRÓNICAS DIAGNOSTICADAS

En esta tabla (2) se presentan los porcentajes de cada una de las enfermedades crónicas diagnosticadas para los 28 participantes que reportaron padecerlas. Como se puede observar el porcentaje más alto es para las enfermedades gastrointestinales.

En el instrumento también se cuestionó a todos los participantes, independientemente de si tenían o no el diagnóstico de alguna enfermedad crónica, si padecían otras enfermedades, con qué frecuencia y qué hacían cuando se enfermaban.

	Menos de 1 vez al año	1 o 2 veces al año	1 vez cada cuatro o seis meses	Una vez cada dos o tres meses	Una vez al mes	Una vez por quincena	Una o mas veces por semana
Piel	0%	7.1%	0%	0%	3.6%	3.6%	3.6%
Respiratorias	17.9%	10.7%	25%	14.3%	10.7%	3.6%	0%
Cardiovasculares	7.1%	10.7%	0%	0%	7.1%	7.1%	3.6%
Gastrointestinales	3.6%	3.6%	14.3%	17.9%	7.1%	14.3%	7.1%
Menstruales	0%	0%	0%	3.6%	14.3%	0%	0%
Sensoriales	0%	0%	3.6%	3.6%	0%	0%	0%
Musculoesqueléticas	3.6%	10.7%	7.1%	14.3%	0%	17.9%	7.1%
Otras	0%	0%	3.6%	0%	0%	0%	0%

TABLA 3. PORCENTAJE DE PARTICIPANTES CON ENFERMEDAD CRÓNICA DIAGNOSTICADA QUE REPORTAN OTRAS ENFERMEDADES

En la tabla 3 se muestra el porcentaje de participantes con enfermedad crónica diagnosticada que reporta otras enfermedades. Se puede apreciar que algunos participantes reportan padecer enfermedades gastrointestinales y musculoesqueléticas con mucha frecuencia. También se reportan síntomas menstruales, y enfermedades respiratorias.

	Menos de 1 vez al año	1 o 2 veces al año	1 vez cada cuatro o seis meses	Una vez cada dos o tres meses	Una vez al mes	Una vez por quincena	Una o mas veces por semana
Piel	2.4%	1.2%	0%	1.2%	0%	1.2%	0%
Respiratorias	13.4%	35.4%	28%	8.5%	3.7%	0%	0%
Cardiovasculares	1.2%	1.2%	1.2%	1.2%	0%	0%	1.2%
Gastrointestinales	12.2%	11.0%	3.7%	6.1%	7.3%	4.9%	3.7%
Menstruales	0%	4.9%	4.9%	2.4%	8.5%	0%	0%
Sensoriales	1.2%	6.1%	0%	0%	0%	0%	0%
Musculoesqueléticas	4.9%	4.9%	2.4%	7.3%	7.3%	2.4%	6.1%
Otras	1.2%	1.2%	0%	0%	0%	0%	0%

TABLA 4. PORCENTAJE DE PARTICIPANTES SIN ENFERMEDAD CRÓNICA DIAGNOSTICADA QUE REPORTAN ENFERMEDADES

La tabla 4 muestra el porcentaje de participantes que no tienen enfermedades crónicas diagnosticadas, que reportan enfermarse. Como en la tabla anterior, un pequeño porcentaje de ellos reporta padecer, con mucha frecuencia, de musculoesqueléticas y gastrointestinales. También se reportan síntomas

menstruales y un mayor porcentaje de estos participantes padece, con menor frecuencia, de enfermedades respiratorias.

	No hago caso	Tomo algún medicamento por mi cuenta	Dejo de hacer algunas actividades	Me pongo en total reposo	Le hablo al médico	Voy a ver al médico	Ingreso a un hospital
Piel	7.1%	3.6%	0%	0%	0%	7.1%	0%
Respiratorias	3.6%	42.9%	0%	7.1%	7.1%	21.4%	0%
Cardiovasculares	0%	10.7%	0%	10.7%	0%	10.7%	0%
Gastrointestinales	3.6%	17.9%	0%	17.9%	7.1%	25%	0%
Menstruales	3.6%	3.6%	0%	10.7%	0%	0%	0%
Sensoriales	3.6%	0%	0%	0%	0%	3.6%	0%
Musculoesqueléticas	25.0%	17.9%	0%	7.2%	0%	10.7%	0%

TABLA 5. RESPUESTAS A LA ENFERMEDAD EN PARTICIPANTES CON ENFERMEDAD CRÓNICA DIAGNOSTICADA

La tabla 5 presenta las diversas opciones de respuesta ante la enfermedad para aquellos participantes que tienen diagnóstico de enfermedad crónica. Se puede observar que casi la mitad de ellos se automedica cuando padece enfermedades respiratorias, y un porcentaje menor lo hace cuando tiene alguna enfermedad gastrointestinal o musculoesquelética.

	No hago caso	Tomo algún medicamento por mi cuenta	Dejo de hacer algunas actividades	Me pongo en total reposo	Le hablo al médico	Voy a ver al médico	Ingreso a un hospital
Piel	1.2%	1.2%	0%	0%	0%	3.7%	0%
Respiratorias	8.5%	50%	0%	2.4%	1.2%	25.6%	1.2%
Cardiovasculares	0%	3.7%	0%	2.4%	0%	0%	0%
Gastrointestinales	7.3%	20.7%	0%	3.6%	2.4%	13.4%	0%
Menstruales	4.9%	6.1%	0%	7.3%	0%	2.4%	0%
Sensoriales	0%	1.2%	0%	3.6%	0%	3.7%	0%
Musculoesqueléticas	6.1%	19.5%	0%	6.1%	0%	2.4%	0%

TABLA 6. RESPUESTAS A LA ENFERMEDAD EN PARTICIPANTES SIN ENFERMEDAD CRÓNICA DIAGNOSTICADA

La tabla 6 contiene la misma información que la tabla anterior, pero para los participantes que no tienen diagnóstico de enfermedad crónica. También en este

caso la mitad de ellos se automedica cuando padece enfermedades respiratorias, y, en menor porcentaje, lo hacen cuando tienen enfermedades gastrointestinales o musculoesqueléticas. Las visitas al médico las hacen por enfermedades respiratorias.

	Menos de 1 vez al año	1 o 2 veces al año	1 vez cada cuatro o seis meses	Una vez cada dos o tres meses	Una vez al mes	Una vez por quincena	Una o mas veces por semana
Piel	2.6%	0%	0%	0%	0%	2.6%	0%
Respiratorias	15.8%	36.8%	23.7%	7.9%	5.3%	2.6%	0%
Cardiovasculares	5.3%	2.6%	2.6%	0%	0%	0%	2.6%
Gastrointestinales	7.9%	13.2%	2.6%	5.3%	2.6%	5.3%	5.3%
Menstruales	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
Sensoriales	2.6%	7.9%	0%	2.6%	0%	0%	0%
Musculoesqueléticas	7.9%	10.5%	0%	2.6%	7.9%	5.3%	0%
Otras	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%

TABLA 7. FRECUENCIA DE ENFERMEDADES EN HOMBRES

	Menos de 1 vez al año	1 o 2 veces al año	1 vez cada cuatro o seis meses	Una vez cada dos o tres meses	Una vez al mes	Una vez por quincena	Una o mas veces por semana
Piel	1.4%	4.2%	0%	1.4%	1.4%	1.4%	1.4%
Respiratorias	14.1%	23.9%	29.6%	11.3%	5.6%	0%	0%
Cardiovasculares	1.4%	4.2%	0%	1.4%	2.8%	2.8%	1.4%
Gastrointestinales	11.3%	7.0%	8.5%	11.3%	9.9%	8.5%	4.2%
Menstruales	0%	5.6%	5.6%	4.2%	15.5%	0%	0%
Sensoriales	0%	2.8%	1.4%	0%	0%	0%	0%
Musculoesqueléticas	2.8%	4.2%	5.6%	12.7%	4.2%	7.0%	9.9%
Otras	1.4%	1.4%	1.4%	0%	0%	0%	0%

TABLA 8. FRECUENCIA DE ENFERMEDADES EN MUJERES

Las tablas 7 y 8 presentan información con respecto a la frecuencia de enfermedades por género. La tabla 7 contiene los datos relativos a los hombres y la 8 los relativos a mujeres. Se puede observar que para ambos las enfermedades

padecidas con más frecuencia son las gastrointestinales y las musculoesqueléticas, siendo el porcentaje un poco mayor para el caso de las mujeres.

	No hago caso	Tomo algún medicamento por mi cuenta	Dejo de hacer algunas actividades	Me pongo en total reposo	Le hablo al médico	Voy a ver al médico	Ingreso a un hospital
Piel	5.3%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
Respiratorias	13.2%	47.4%	0%	2.6%	0%	28.9%	0%
Cardiovasculares	0%	5.3%	0%	2.6%	0%	2.6%	0%
Gastrointestinales	5.3%	21.2%	0%	5.2%	0%	13.2%	0%
Sensoriales	0%	2.6%	0%	5.2%	0%	7.9%	0%
Músculoesqueléticas	10.5%	13.2%	0%	5.2%	0%	2.6%	0%

TABLA 9. RESPUESTAS A LA ENFERMEDAD EN HOMBRES

	No hago caso	Tomo algún medicamento por mi cuenta	Dejo de hacer algunas actividades	Me pongo en total reposo	Le hablo al médico	Voy a ver al médico	Ingreso a un hospital
Piel	1.4%	2.8%	0%	0%	0%	7.0%	0%
Respiratorias	4.2%	49.3%	0%	4.2%	4.2%	21.1%	1.4%
Cardiovasculares	0%	5.6%	0%	5.6%	0%	2.8%	0%
Gastrointestinales	7.0%	19.7%	0%	8.5%	5.6%	18.3%	1.4%
Menstruales	7.0%	8.5%	0%	12.7%	0%	2.8%	0%
Sensoriales	1.4%	0%	0%	1.4%	0%	1.4%	0%
Musculoesqueléticas	11.3%	22.5%	0%	7.0%	0%	5.6%	0%

TABLA 10. RESPUESTAS A LA ENFERMEDAD EN MUJERES

Las tablas 9 y 10 muestran los datos obtenidos con respecto a qué hacen hombres y mujeres cuando se enferman. Se puede apreciar que el porcentaje, tanto de hombres como de mujeres que se automedican, es muy alto para el caso de las enfermedades respiratorias.

Discusión

Como se señaló, el instrumento descrito se construyó con una perspectiva naturalista para explorar gradualmente un conjunto de fenómenos relacionados con lo que se concibe actualmente como estrés/afrontamiento. Su confiabilización constituye una fase preliminar para esta línea de investigación.

Las situaciones descritas en el instrumento se diseñaron considerando las características funcionales del ambiente y en esa medida, se elaboraron a partir de arreglos específicos de las contingencias que implicaran una demanda o requerimiento de respuesta. Igualmente, las diversas opciones de respuesta se diseñaron considerando el hacer de los participantes, su creer y su sentir en o con respecto a las situaciones ilustradas. Estas tres medidas forman parte del concepto de competencia, a partir de la definición de Ribes (1990).

Los resultados obtenidos con esta muestra permiten concluir, en primera instancia, que el instrumento es confiable. Las pruebas de confiabilidad se llevaron a cabo para 13 subescalas y se obtuvieron índices entre .754 y .906 para 12 de ellas, lo cual implica, en términos generales que el instrumento tiene consistencia interna. El índice más bajo fue de .666 para la subescala correspondiente a la dimensión efectiva de las competencias en el contexto escolar.

Con respecto a la posible validación de contenido, es conveniente hacer notar que los tres jueces dieron un dictamen favorable al instrumento; aunque esto es solamente una aproximación preliminar.

Con respecto a los datos relativos a la salud de los participantes llama la atención que no solamente aquellos participantes que reportan enfermedad crónica diagnosticada se enferman con frecuencia, sino que algunos de los participantes que no la reportan también enferman con frecuencia, el 6.1% de este grupo padece de enfermedades musculoesqueléticas una o más veces por semana, el 4.9% enfermedades gastrointestinales una vez por quincena y, una vez a l mes, tiene síntomas padecimientos menstruales y enfermedades tanto gastrointestinales como musculoesqueléticas. Reportar padecimientos con estas frecuencias sugiere, o bien que se trata de enfermedades crónicas que no han sido diagnosticadas, o bien que dichos participantes tienen una alta probabilidad de desarrollarlas. Cabe comentar que en este estudio se encontró que casi la

mitad de los participantes recurre a la automedicación, lo cual constituye un obstáculo para el diagnóstico oportuno.

Por lo anterior y, a reserva de llevar a cabo otras investigaciones, vale la pena investigar si hay una relación entre la capacidad para cumplir con los distintos criterios de efectividad que se presentan en la vida cotidiana y la afectación a la salud. Por supuesto existen muchos aspectos que habrán de evaluarse con distintas poblaciones. Cabe explorar competencias en diversos contextos de desempeño, con criterios de logro de diferente nivel de complejidad funcional, explorar la posible correspondencia entre las diversas dimensiones de las propias competencias y la relación de cada una de ellas con el estado de salud, entre otras.

El desarrollo de esta línea de investigación permitiría replantear, con criterios funcionales, un conjunto de aspectos que ahora se entienden como afrontamiento. Asimismo, distinguir cuándo se trata de un fenómeno relacionado con capacidad, y cuándo de una reacción directa a las contingencias ambientales.

El instrumento que aquí se presenta, susceptible de ser mejorado, puede resultar una herramienta útil para un conjunto de investigaciones futuras.

Referencias

- Amigo, V. I., Fernández, R. C. y Pérez, A. M. (1998). *Manual de Psicología de la Salud*. Madrid: Pirámide.
- Brannon, L. y Feist, J. (2001). *Psicología de la salud*. Madrid: Thompson Learning.
- Brantley, J., Waggoner, D., Jones, N. y Rappaport, B. (1987). A Daily Stress Inventory development, reliability and validity. *Journal of Behavioral Medicine*, 10, 61-74.
- Caballo, V., Buena-Casal, G. y Carrobbles, J. (1993). *Manual de psicopatología y trastornos psiquiátricos*. Madrid: SigloXXI, Vol. 1.
- Caballo, V. (1995). *Manual de Psicología Clínica Aplicada*. Madrid: Siglo XIX.
- Cameron, N. (1982). *Desarrollo y Psicopatología de la personalidad*. México: Trillas.
- Castellar J. (1996). *Una introducción a la psicofisiología clínica*. Madrid: Pirámide.

- Claridge, G. (1983). Relaciones psicósomáticas en la enfermedad física. En: H. J. Eysenck. *Manual de psicología anormal*. México: El Manual Moderno.
- Coolican, H. (1994). *Métodos de investigación y estadística en psicología*. México: Manual Moderno.
- De La Fuente, J. (1990). *Cuadernos de Psicología Médica y Psiquiatría*. México: Facultad de Medicina, UNAM.
- Fernandez, S. y Mielgo, M. (2001). Escala de apreciación de estrés. Madrid: TEA Ediciones, S. A.
- Flores, E., Pérez, M., y Borda, M. (2006). Estrategias de afrontamiento en varones con SIDA, con antecedentes de politoxicomanía y en situación de exclusión social. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 6, 2, 285-300.
- Gomez, J., Luengo, A., Romero, E., Villar, P. y Sobral, J. (2006). Estrategias de afrontamiento en el inicio de la adolescencia y su relación con el consumo de drogas y la conducta problemática. *Internacional Journal of Clinical and Health Psychology*. 6, 3, 581-597.
- Kaplan, H. (1988). *Compendio de Psiquiatría*. España: Salvat.
- Karner, D., Coyne, C., Schaefer, C. y Lazarus, S. (1981). Comparison of two models of stress measurement: Daily Hassles and uplifts versus major life events. *Journal of Behavioral Medicine*. 4, 1-39.
- Kohn, M. y Macdonald, E. (1992). The Survey of Recent Life Experiences: a decontaminated Hassles scale for adults. *Journal of Behavioral Medicine*, 15, 221-236.
- Latorre, J. M., Postigio, P. y Beneit, P. J. (1991). *Psicología de la Salud*. Buenos Aires: Lumen.
- Lazarus, R. y Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal and coping*. New York: Springer Publishing Company.
- Lazarus, R. y Folkman, S. (1991). *Estrés y procesos cognitivos*. Barcelona: Martínez Roca.
- Levine, S. (1985). A definition of stress? En G. P. Moberg (Ed.). *Animal stress*. Bethesda: American Physiological Society.
- Levin, J. (1979). *Fundamentos de estadística en la investigación social*. México: Harla.

- Meichenbaum, D. (1987). *Supere el estrés*. Barcelona: Juan Granica.
- Mohberg, G. P. (1985). *Animal stress*. Bethesda: American Physiological Society.
- Nunnally J. C. y Bernstein, I. J. (1995). *Teoría psicométrica*. México: McGraw-Hill.
- Omar, A. G. (1995). *Stress y coping. Las estrategias de coping y sus interrelaciones con los niveles biológico y psicológico*. Argentina: Lumen.
- Peralta, M., López, F., Godoy, J., Godoy, D., Blasa, M. y Pérez, M. (2002). Validación de la detección de cambio del inventario de estrés cotidiano. *Psicología Conductual*, 10, 2, 343-354.
- Ribes, E. (1982). *El Conductismo: Reflexiones críticas*. España: Fontanella.
- Ribes, E. (1990). *Psicología y salud: un análisis conceptual*. Barcelona: Martínez Roca.
- Ribes, E. y López, F. (1985). *Teoría de la conducta: un análisis de campo y paramétrico*. México: Trillas.
- Rodríguez, G. y Rojas, M. E. [Coords.] (1998). *La psicología de la salud en América Latina*. México: Facultad de Psicología, UNAM.
- Ryle, G. (1949). *The concept of mind*. New York: Barnes and Noble.
- Salanova, M, Grau, R. y Martínez, I. (2005). Demandas laborales y conductas de afrontamiento: el rol modulador de la autoeficacia profesional. *Psicothema*, 17, 3, 390-395.
- Salkind, N. J. (1998). *Métodos de investigación*. México: Pearson.
- Sandín, B. (1999). Estrés y salud: factores que intervienen en la relación entre el estrés y la enfermedad física. En: J. Buendía. *Familia y psicología de la salud*. Madrid: Pirámide.
- Sarafino, E. P. (1998). *Health Psychology. Biopsychosocial interactions*. USA : John Wiley & Sons, INC.
- Serrano, M. y Flores, M. (2005). Estrés, respuestas de afrontamiento e ideación suicida en adolescentes. *Psicología y Salud*, 15, 2, 221-230.
- Seyle, H. (1978). *The stress of life*. New York: McGraw Hill.
- Valadez, A. y Landa, P. (1998). Un modelo tentativo de análisis de la relación estrés-enfermedad. *Psicología y Salud*, 11,1, 63-69.