



UNIVERSIDAD PARTICULAR DE CHICLAYO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE PSICOLOGÍA



TESIS

TÍTULO:

**AFRONTAMIENTO AL ESTRÉS Y RESENTIMIENTO EN
PACIENTES DIAGNOSTICADOS CON VIH QUE
ACUDEN A UN HOSPITAL ESTATAL. REGIÓN
LAMBAYEQUE, 2018.**

PARA OPTAR EL TÍTULO DE:

LICENCIADA EN PSICOLOGÍA

AUTORAS:

Bach. Becerra Pacheco Sandra Lizbeth

Bach. Segura Cumpa Luz Paola

ASESOR:

Lic. MARTÍN VALDIVIEZO ITURREGUI

Docente de la Universidad Particular de Chiclayo

CHICLAYO – PERÚ

2019

DEDICATORIA

*Esta tesis se la dedico a mi madre y a mi hermano
por ser mi motivación para alcanzar mis metas y
superarme cada día a pesar de las adversidades. Y a
mi padre que desde el cielo me cuida.*

-Sandra Lizbeth Becerra Pacheco

*Dedico el presente trabajo de investigación a mi
familia, por ser ellos quienes me inspiran y motivan
a obtener mis anhelos más deseados.*

-Luz Paola Segura Cumpa

AGRADECIMIENTO

*Agradezco a Dios por mi vida y por tanta
bendición.*

*A mi madre que estuvo conmigo en cada
momento.*

*A las personas con VIH por su tiempo y por ser
partícipe de esta investigación.*

-Sandra Lizbeth Becerra Pacheco

*Agradezco a Dios por guiarme y bendecirme a lo
largo de mi vida, a mi familia por sus consejos,
por su inmenso amor y por confiar en mí.*

*Asimismo, agradezco a los pacientes con VIH por
su tiempo y colaboración al ejecutar esta
investigación.*

-Luz Paola Segura Cumpa

ÍNDICE

DEDICATORIA.....	1
AGRADECIMIENTO.....	2
RESUMEN.....	4
ABSTRACT	5
1. INTRODUCCIÓN.....	6
1.1. Marco teórico	8
a) Situación problemática	8
b) Antecedentes.....	11
Internacionales	11
c) Base teórica	15
1.2. Problema.....	32
1.3. Hipótesis.....	33
1.4. Objetivos:.....	35
1.5. Justificación e Importancia:	37
1.6. Definición y Operacionalización de variables:	38
2. Materiales y Métodos	41
2.1. Tipo de Investigación.....	41
2.2. Diseño de Investigación	41
2.3. Población y muestra.....	41
2.4. Instrumentos y técnicas de recolección de datos.....	42
2.5. Análisis estadístico	51
3. RESULTADOS	52
4. DISCUSIÓN.....	66
5. CONCLUSIONES.....	69
6. RECOMENDACIONES.....	70
7. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS Y ANEXOS.....	71
ANEXOS.....	75

RESUMEN

El presente trabajo de investigación tuvo por objetivo determinar la relación entre afrontamiento al estrés y resentimiento en pacientes diagnosticados con VIH que acuden a un hospital estatal. Región Lambayeque, 2018. El tipo de estudio fue Descriptivo - Correlacional, con diseño No experimental - Transversal. La muestra estuvo constituida por 130 pacientes, de ambos sexos, los instrumentos utilizados fueron el Cuestionario de Modos de Afrontamiento al Estrés (COPE) y el Inventario De Actitudes Hacia La Vida (Escala De Resentimiento (Iahv-Er), ambos gozan de confiabilidad y validez. La hipótesis planteada fue que existe relación entre afrontamiento al estrés y resentimiento en pacientes diagnosticados con VIH que acuden a un hospital estatal. Región Lambayeque, 2018. El análisis de los datos se procesó a través del coeficiente de correlación de Pearson concluyéndose que entre las dimensiones retorno a la religión, negación, conducta inadecuada y la variable resentimiento existe una relación positiva muy baja ($r= 0,184$; $r=0,179$; $r=0,201$) significativa ($p<0,05$) entre la dimensión afrontamiento directo y la variable resentimiento existe una correlación negativa muy baja ($r=-0,188$) significativa ($p<0,05$). Entre las dimensiones planificación de actividades, supresión de actividades, retracción de afrontamiento, busca soporte social, busca soporte emocional, reinterpretación, aceptación, análisis de emociones, distracción y la variable resentimiento no existe relación significativa ($P>0,05$).

Palabras Claves: Afrontamiento al estrés, resentimiento.

ABSTRACT

The objective of this research work was to determine the relationship between stress treatment and resentment in patients diagnosed with HIV who go to a state hospital. Lambayeque Region, 2018. The type of study was Descriptive - Correlational, with Non-experimental design - Transversal. The sample consisted of 130 patients, of both sexes, the instruments used were the Stress Coping Modes Questionnaire (COPE) and the Inventory of Attitudes Towards Life (Resentment Scale (Iahv-Er), both enjoy reliability and Validity The hypothesis was the relationship between stress treatment and resentment in patients diagnosed with HIV who go to a state hospital Lambayeque Region, 2018. The data analysis was processed through the Pearson correlation coefficient, concluding that between the dimensions return to religion, denial, inappropriate behavior and the variable resentment there is a very low positive relationship ($r = 0.184$; $r = 0.179$; $r = 0.201$) significant ($p < 0.05$) between the direct coping dimension and the resentment variable there is a very low negative correlation ($r = -0.188$) significant ($p < 0.05$). Among the dimensions planning activities, suppression of activity life des, retraction of coping, seeks social support, seeks emotional support, reinterpretation, acceptance, analysis of emotions, distraction and variable resentment there is no significant relationship ($P > 0.05$).

Keywords: Coping with stress, resentment.

.

1. INTRODUCCIÓN

La adquisición del virus del VIH supone un grave impacto psicológico en la persona que lo padece y en su entorno derivado de tres hechos: la infección desemboca irreversiblemente en SIDA, afecta a una población joven y produce un progresivo deterioro físico (Gallar, 2002).

Cuando una persona se infecta con VIH, el virus entra en el cuerpo y se multiplica principalmente en los glóbulos blancos (células que normalmente protegen de las enfermedades). El virus del VIH debilita el sistema inmunológico, dejando al cuerpo vulnerable a las infecciones y otras enfermedades, que van desde la neumonía hasta el cáncer.

Actualmente, en muchas partes del mundo la inspección de los suplementos de sangre ha eliminado virtualmente el peligro de la infección por transfusiones de sangre. No obstante, algunas personas temen que el VIH se pueda transmitir de otras maneras (a través del aire, el agua o las picaduras de los insectos), pero no hay evidencia científica que apoye ninguno de estos temores. El VIH puede también afectar directamente al cerebro, causando deterioro en la memoria y el pensamiento; adicionalmente, algunos medicamentos que se emplean para combatir o aminorar sus efectos pueden tener consecuencias colaterales sobre la salud mental. Los problemas en la salud mental pueden afectar a cualquiera, pero las personas con VIH son más proclives a experimentar un amplio rango de condiciones de riesgo a su salud mental en el curso de sus vidas. Lo más común son los sentimientos vinculados a un agudo malestar emocional, depresión y ansiedad, que frecuentemente acompañan a las experiencias adversas de la vida.

Es por ello que la presente Investigación se dividió en seis capítulos; presentando en el capítulo I, el problema, planteamiento del problema de investigación, formulación del

problema de investigación, justificación del problema de investigación, limitaciones del problema de investigación, objetivos de investigación y las hipótesis de investigación.

En el capítulo II, se hace referencia al marco teórico, en que se exponen los antecedentes de investigación, así como las bases teóricas que sustentan la perspectiva desde la cual son planteados los aspectos centrales de la investigación como el afrontamiento al estrés y resentimiento, del mismo modo que se definen los conceptos básicos del estudio.

En el capítulo III, corresponde al marco metodológico, donde se mencionan las variables e indicadores de estudio, se describe el tipo de investigación, así como la población y muestra que se ha utilizado. Así también se mencionan los instrumentos utilizados en la investigación.

En el capítulo IV, está referido a la presentación y análisis e interpretación de los resultados alcanzados.

En el capítulo V, corresponde a la contrastación de las hipótesis.

En el capítulo VI, hace referencia a la discusión de resultados y finalmente en el capítulo VII se presenta las conclusiones y recomendaciones de la investigación.

Así también se presenta la bibliografía y anexos con los instrumentos utilizados para la investigación.

1.1. Marco teórico

a) Situación problemática

Las enfermedades infecciosas son el grupo de afecciones que mayor impacto ha tenido en la historia de la humanidad y que aún constituyen el principal motivo a nivel sanitario. Un informe de la OMS resalta que en el año 2010 las infecciones aún constituían la principal causa de muertes prematuras en el mundo, agrupando casi un tercio del total de fallecimientos 17% de un total de 52 millones, más de la mitad de los cuales 9 de los 17 millones afectaban a niños. De otro lado, la mitad de los habitantes del mundo continúan expuestos a infecciones endémicas de diversa índole como el VIH/SIDA en los últimos 25 años.

El SIDA o Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida es una condición en donde el sistema inmunológico es incapaz de luchar contra las infecciones. El SIDA es causado por el virus VIH o el virus de inmunodeficiencia humana. Cuando una persona se infecta con VIH, el virus entra en el cuerpo y se multiplica principalmente en los glóbulos blancos los cuales son células que normalmente protegen de las enfermedades. El virus del VIH debilita el sistema inmunológico, de tal forma que deja al cuerpo vulnerable a las infecciones y otras enfermedades, que van desde la neumonía hasta el cáncer.

El síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) que fue identificado como tal en 1981, es un síndrome clínico grave, que se expresa en una severa depresión del sistema inmunológico, lo que trae como consecuencia que el organismo humano esté más indefenso ante las enfermedades infecciosas. El SIDA representa la última etapa clínica de la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH).

El diagnóstico de enfermedad crónica en este caso VIH- SIDA cambia la forma como la persona se ve a sí misma y a su vida, afectando profundamente el auto concepto, el afrontamiento y la adaptación dependerá de una multiplicidad de factores, como la edad,

el género, el estatus social, el apoyo, la educación, las creencias religiosas, los patrones de personalidad, la inteligencia, los auto esquemas, el equilibrio o control emocional, etc. Igualmente, éstas aparecen, se mantienen o se agravan en función de las conductas individuales.

La adquisición del virus del VIH supone un grave impacto psicológico en la persona que lo padece y en su entorno derivado de tres hechos: la infección desemboca irreversiblemente en SIDA, afecta a una población joven y produce un progresivo deterioro físico (Gallar, 2002). Buendía (1991) señala que el estrés es experimentado por personas con diversas enfermedades, sobre todo por aquellas que en su etiología, característica y curso cuentan actualmente con escasas posibilidades de curación, como lo es el VIH/SIDA.

El impacto emocional de un padecimiento puede estar regulado por variables como el soporte social (Cobb, 1976) o el tipo de afrontamiento, al tener ambos como objetivo minimizar o resolver los efectos de dicho estresor (Baum & Posluszny, 1999). En este sentido, Gantiva, Luna, Dávila y Salgado (2010) mencionan que los estilos y estrategias de afrontamiento actúan como variables mediadoras ante la adaptación del paciente a eventos altamente estresantes. Lazarus y Folkman (1984) definen el afrontamiento como los esfuerzos cognoscitivos o conductuales que se desarrollan para manejar las demandas externas o internas que son evaluadas como desbordantes o superiores a los recursos de la persona y que, por consiguiente, son generadoras de estrés.

Dentro del afrontamiento se distingue entre estrategias y estilos. Las estrategias son acciones específicas para modificar las condiciones internas o externas a la persona que convierten a un estímulo en estresor. Las estrategias muestran variabilidad de una situación a otra dentro de un individuo. Los estilos de afrontamiento representan dimensiones más generales, abarcando las estrategias de afrontamiento dominantes en la persona, por lo que su descripción es más estable y depende menos del contexto. Como

estilos de afrontamiento se suelen distinguir dos: centrado en el problema, también denominado activo o positivo, y centrado en la emoción, también denominado pasivo o negativo.

El primero se refiere a los esfuerzos dirigidos a la fuente del estrés para modificarla, eliminarla o buscar una solución, y suele tener efectos más positivos para la salud y las relaciones personales. El segundo se refiere a los esfuerzos encaminados a regular emociones derivadas de la situación, y evidencia peores resultados (Folkman, 2011). En personas que viven con VIH/SIDA (PVVS), Safren, Gershuny y Hendriksen (2003) encontraron que la ansiedad ante la muerte está asociada con la gravedad de los síntomas entre las variables clínicas estudiadas y con la estrategia de evitación entre las variables psicológicas. Mueller, Plevak y Rummans (2001) señalaron que las personas pueden tener mayores necesidades espirituales durante la enfermedad.

El afrontamiento contiene todos los 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. Recibir el diagnóstico de cualquier enfermedad que amenace la vida es devastador. Pero las consecuencias emocionales, sociales y financieras del VIH/SIDA pueden hacer que el afrontamiento de esta enfermedad sea especialmente difícil debido a que las personas con VIH deben lidiar con un conjunto de situaciones estresantes durante el curso de la enfermedad que, en conjunto, constituyen una amenaza potencial a su salud física y mental.

Frente a estas condiciones de los pacientes que han sido diagnosticados con VIH, es que se plantea poner a prueba la relación entre el afrontamiento al estrés y el resentimiento en pacientes diagnosticados con VIH que acuden a un hospital estatal.

b) Antecedentes

Internacionales

Cayambe y Haro (2016) En su tesis “Estrategias de Afrontamiento y Calidad de Vida en Pacientes Diagnosticados con VIH en el Hospital Provincial General Docente Riobamba, Período octubre 2015- marzo 2016” su objetivo fue determinar las estrategias de afrontamiento y su relación con el nivel de calidad de vida de los pacientes diagnosticados con VIH del Hospital Provincial General Docente Riobamba. El diseño de investigación es de enfoque cuantitativo no experimental, de tipo transversal. La técnica de recolección fue la entrevista, su instrumento fue el de Evaluación de Calidad de Vida WHOQOL BREF y el Inventario de Valoración y Afrontamiento (IVA). Participaron 39 pacientes diagnosticados con VIH, comprendidos entre 18 y 64 años de edad. Los resultados evidenciaron que las personas con calidad de vida totalmente satisfactoria que equivalen al 10% de la muestra, presentan estrategias de afrontamiento que les permiten tener mayor control emocional, una reacción esperable ya que la dimensión mayormente afectada es la de las relaciones sociales y el paciente concentra sus esfuerzos en manejar el estigma característico de la enfermedad. En conclusión, las personas con calidad de vida bastante satisfactoria y totalmente satisfactoria utilizan en un 37 y 25 % estrategias de afrontamiento conductual motor dirigido a la emoción, las cuales surgirán frente a la necesidad de control emocional frente al estigma de la enfermedad.

Nacionales

Chesterton y Espinoza (2016) en su tesis “Genero y Estilos de Afrontamiento en pacientes con VIH/SIDA de Esnitss en el Hospital Goyeneche” su objetivo fue determinar la relación existente entre el Género y los Estilos de Afrontamiento de los pacientes con VIH/ SIDA de Esnitss del Hospital Goyeneche. La investigación fue descriptivo-

correlacional de tipo no experimental. Participaron 117 pacientes diagnosticados con VIH, comprendidos entre 18 – 48 años de edad, a quienes se les administró una ficha de recolección de datos y el Cuestionario de Modos de Afrontamiento al estrés (COPE). Se obtuvo como resultado que el 75% de pacientes de género masculino y el 51,7% del género femenino están orientados a un Estilo de Afrontamiento centrado en la emoción. En conclusión, existe relación significativa entre el género y los Estilos de Afrontamiento dirigido a la emoción, pero el género femenino tiene mayor tendencia a utilizar el Estilo de Afrontamiento centrado en el problema.

Martínez (2016) en su tesis “Resentimiento y Resiliencia en Mujeres con diagnóstico de VIH/SIDA de un hospital nacional de Lima Metropolitana, 2016”. Cuyo objetivo fue determinar si existe relación entre el resentimiento y la resiliencia en mujeres con diagnóstico de VIH/SIDA de un Hospital Nacional de Lima Metropolitana. El diseño del estudio es no experimental con corte transversal y de tipo correlacional. Participaron 160 mujeres con diagnóstico de VIH/SIDA, entre las edades de 18 y 60 años de edad, a quienes se les administró el Inventario de Actitudes Hacia la Vida (IAhv-ER) de León & Romero, y la Escala de Resiliencia (ER) de Walding & Young. Los principales resultados indican que no existe una relación significativa entre el resentimiento y la resiliencia en mujeres con diagnóstico de VIH/SIDA ($p > 0.05$, $r = 0.195$), lo que implica que a mayor resentimiento hay mayor perseverancia. Finalmente, se encontró relación inversa entre el resentimiento y la dimensión confianza en sí mismo ($p > 0.05$, $r = 0.312$), lo que indica que a mayor resentimiento hay menor autoconfianza. Por lo tanto, se concluye que no hay relación entre el resentimiento y la resiliencia en mujeres con diagnóstico de VIH/SIDA.

Arenas (2017) En su tesis “Resentimiento y depresión en pacientes con VIH-SIDA” Cuyo objetivo fue determinar la relación que existe entre resentimiento y depresión en pacientes con Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) -Síndrome de la Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) del programa TARGA en el Hospital Nacional Hipólito Unanue, Lima -2016 del distrito de El Agustino”. El enfoque empleado fue el cuantitativo y el método que se aplicó, el hipotético deductivo. La técnica de recolección fue la encuesta y su instrumento fue el Test de resentimiento elaborado por León y Romero, y el Inventario de Depresión de Beck (BDI-II). Se concluyó que existe una relación significativa baja entre resentimiento y depresión en pacientes con VIH-SIDA seleccionados, con valor del $Rho = 0.367$ ($sig = 0.033 < 0.05$).

Tucto (2017) en su tesis “Afrontamiento y adaptación según modelo teórico de Callista Roy en personas en salud con VIH/SIDA, en el hospital nacional Daniel Alcides Carrión 2016” cuyo objetivo fue determinar el Nivel afrontamiento y adaptación de los Usuarios Ambulatorios Adultos con VIH/SIDA según el Modelo Teórico de Callista Roy del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión el 2016. Metodología. Estudio descriptivo, de tipo no experimental, se aplicó un cuestionario que consta de 47 ítem, agrupados en los cinco factores del modelo a 92 pacientes. Resultados. Se obtuvo que el 51,1 % (47) presentan una mediana capacidad de afrontamiento y adaptación, seguido de un 30,4 % (28) que tienen una alta capacidad y por último encontramos que el 18,5 % (17) mantienen una baja capacidad de afrontamiento y adaptación. Conclusiones. Los Usuarios Ambulatorios Adultos con VIH/SIDA en la dimensión o factor 5 que es Conocer y relacionarse dimensión o factor 1 que es el Recesivo y Centrado presentan una baja capacidad de afrontamiento por otro lado la dimensión o factor 2 que es el reacciones físicas y enfocadas tienen una alta capacidad de adaptación y afrontamiento.

Crosby (2017) en su tesis “Afrontamiento al estrés y la Adherencia al Tratamiento antiviral de gran actividad (TARGA) en pacientes con VIH/sida del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins” tuvo como objetivo determinar la relación entre el afrontamiento al estrés con la adherencia al tratamiento en pacientes con VIH/SIDA del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins. El estudio de la presente investigación es descriptivo correlacional. Participaron 50 pacientes con VIH a quienes se les administró el Cuestionario de Modos de Afrontamiento al Estrés (COPE) y el Cuestionario de Valoración a la adherencia al tratamiento Antiviral de Gran Actividad TARGA. Se obtuvo como resultado relaciones significativas con por lo menos un modo de afrontamiento al estrés perteneciente a cada dimensión, de esta manera se encuentra que la adherencia al tratamiento se relaciona de manera positiva con el modo de afrontamiento centrado en el problema en la busca de soporte social y con el modo de afrontamiento centrado en la emoción en la busca de soporte emocional. En conclusión, existen correlaciones positivas significativas entre la dimensión del afrontamiento al estrés con la dimensión de la adherencia al tratamiento en pacientes con VIH SIDA.

De La Cruz y Lulo (2017) en su tesis “Afrontamiento y Vulnerabilidad en Pacientes con VIH/SIDA atendidos en el Hospital Regional Zacarias Correa Valdivia Huancavelica, 2017” tuvo como objetivo determinar la vulnerabilidad y estilos de afrontamiento en pacientes con VIH/SIDA atendidos en el Hospital Regional Zacarias Correa Valdivia. El diseño de la investigación presente es no experimental, transeccional y descriptivo. Participaron 30 pacientes con VIH/SIDA a quienes se le administró el Test de Vulnerabilidad y el Cuestionario de Estilos de Afrontamiento. Se obtuvo como resultado que el 53,3% de pacientes con VIH/SIDA refirieron un nivel medio de afrontamiento, el 26,7% un nivel alto de afrontamiento y el 20% un bajo nivel de afrontamiento. En conclusión, los pacientes con VIH/SIDA atendidos en el Hospital Regional “Zacarias

Correa Valdivia” obtuvieron un nivel de afrontamiento medio, a pesar del cumplimiento de su tratamiento, evidenciando que el cuidado de la salud está en manos de la misma persona.

c) Base teórica

Afrontamiento del Estrés

El estrés sistémico: teoría de Selye

La popularidad del concepto de la tensión en la ciencia y los medios de comunicación se deriva en gran parte de la obra del endocrinólogo Hans Selye. Selye (1976, pag. 64) define este estrés como un estado que se manifiesta por un síndrome que consiste en todos los cambios de forma no específica inducida en un sistema biológico. Este patrón de respuesta estereotipada, llamado el Síndrome de Adaptación General " (GAS), se procede en tres etapas. (A) La reacción de alarma comprende una fase de choque inicial y una fase contra descarga posterior. La fase de choque presenta excitabilidad autónoma, un aumento de la secreción de adrenalina, y úlceras gastrointestinales. La fase contra descarga marca la operación inicial de procesos defensivos y se caracteriza por una mayor actividad adrenocortical. (B) Si la estimulación nociva continúa, el organismo entra en la etapa de resistencia. En esta etapa, los síntomas de la reacción de alarma desaparecen, lo que aparentemente indica la adaptación del organismo al factor estresante. Sin embargo, mientras que la resistencia a los aumentos de la estimulación nociva, la resistencia a otros tipos de factores estresantes disminuye al mismo tiempo. (C) Si la estimulación aversiva persiste, la resistencia da paso a la fase de agotamiento. La capacidad del organismo de adaptarse al factor de estrés se ha agotado, los síntomas de la etapa (A) vuelven a aparecer, pero la resistencia ya no es posible. Daños irreversibles en los tejidos aparecen, y, si la estimulación persiste, el organismo muere. Aunque el trabajo de Selye ha influenciado a

toda una generación de investigadores de estrés, marcadas debilidades en su teoría pronto se hicieron evidente. En primer lugar, la concepción de Selye de estrés como reacción a una multitud de diferentes eventos tuvo la consecuencia fatal de que el concepto de la tensión se convirtió en el crisol de todo tipo de enfoques. Por lo tanto, al convertirse en un sinónimo de diversos términos, tales como, por ejemplo, la ansiedad, la amenaza, el conflicto o la excitación emocional, el concepto de estrés estaba en peligro de perder su valor científico (cf. Engel 1985). Además de esto, se han planteado cuestiones críticas específicas. Una crítica fue dirigida en supuesto de núcleo de la teoría de una causalidad no específica del GAS. Mason (1971, 1975) Señaló que los factores de estrés observados tan eficaz por Selye llevan un significado emocional común. Por lo tanto, el estado del animal podría ser descrito en términos de impotencia, incertidumbre, y la falta de control. En consecuencia, las respuestas hormonales GAS siguieron el impacto emocional. De acuerdo con esta hipótesis, Mason (1975) demostró que en los experimentos donde la incertidumbre se había eliminado no se observó GAS. La crítica principal a un segundo argumento, más profundo: a diferencia del estrés fisiológico investigado por Selye, el estrés experimentado por los seres humanos es casi siempre el resultado de una mediación cognitiva Selye, sin embargo, no especifica los mecanismos que pueden explicar la transformación cognitiva de eventos nocivos en la experiencia subjetiva de ser angustiado. Además, Selye no tiene en cuenta los mecanismos como mediadores importantes de la relación esfuerzo-resultado, ambos temas son centrales en las teorías psicológicas. Un derivado del enfoque sistémico es la investigación sobre situaciones críticas, un ejemplo es la hipótesis influyente de Holmes y Rahe (1967), basado en el trabajo de Selye, que los cambios en los hábitos, en lugar de la amenaza o el significado de los eventos críticos, está implicado en la génesis de la enfermedad. Los autores del supuesto consideran que son eventos críticos, independientemente de su calidad vida, el cambio que se produce es un reto para el organismo. La mayor parte de esta investigación,

sin embargo, no ha sido teóricamente impulsada y exhibió poco apoyo empírico para esta hipótesis. (Thoits 1983).

El estrés psicológico: La Teoría Lázaro

Considera el estrés como un relacional concepto, es decir, el estrés no se define como un tipo específico de estimulación externa ni un patrón específico de reacciones fisiológicas. En su lugar, el estrés es visto como una relación (transacción) entre los individuos y su entorno. El estrés psicológico se refiere a una relación con el medio ambiente que la persona valora como importante para su bienestar o exceden los recursos disponibles para hacer frente (Lazarus y Folkman 1986, pag. 63). Esta definición apunta a dos procesos como mediadores centrales dentro de la transacción persona y entorno.

Arnold (1960) en su investigación sobre la emoción se basa en lo planteado por Lazarus con respecto a los procesos de estrés (1966, Lázaro y Launier 1978), considerando que es un factor clave para la comprensión de los cambios generados por el estrés. Este concepto se basa en la idea de que los procesos emocionales (como el estrés) dependen de las expectativas reales que las personas manifiestan en relación con el significado y el resultado de un encuentro específico. Es necesario explicar que dependiendo de las diferencias individuales en la calidad, intensidad y duración de una emoción hará que las personas se comporten de diferentes maneras frente a una misma situación. En general se supone que el estado resultante es alterado por un patrón específico de transacciones. Estas evaluaciones, a su vez, están determinados por una serie de factores personales y situacionales. Los factores más importantes en el aspecto personal son disposiciones de motivación, metas, valores y expectativas generalizadas. Parámetros situacionales relevantes son la predictibilidad, controlabilidad, e inminencia de un evento potencialmente estresante. En su monografía sobre la emoción y la adaptación, Lázaro

(1991) Desarrolló una teoría emoción integral que incluye también una teoría del estrés (cf. Lázaro 1993).

Esta teoría distingue dos formas básicas de tasación, primaria y secundaria de evaluación (véase también Lázaro 1966). Estas formas se basan en diferentes fuentes de información; preocupaciones de valoración primarios se dan si algo de importancia para el bienestar del individuo se produce, mientras que las preocupaciones de valoración secundarios son opciones de afrontamiento. Dentro de valoración primaria, tres componentes se distinguen: relevancia o meta describe el grado en que un encuentro se refiere a cuestiones sobre las que la persona le importa, congruencia de objetivos define el grado en que proceden episodios de conformidad con los objetivos personales y tipo de implicación del ego designa los aspectos de compromiso personal, tales como la autoestima, los valores morales, ideal del yo, o ego-identidad. Del mismo modo, tres valoraciones secundarias se distinguen: culpa, resulta de la evaluación del individuo quien se siente responsable de un determinado evento, Lázaro refiere que la evaluación personal que se hace un individuo depende de las perspectivas de generación de ciertas operaciones cognitivas o de comportamiento que influirán de manera positiva o negativa en él mismo. Las expectativas futuras se refieren a la evaluación del curso adicional de un encuentro con respecto a la congruencia de objetivos o incongruencia, los patrones específicos de valoración primarios y secundarios conducen a diferentes tipos de estrés. Daño se refiere a la pérdida que ya ha sucedido. Reto resulta de exigencias que una persona siente confianza en el dominio. Estos diferentes tipos de estrés psicológico están incrustados en determinados tipos de reacciones emocionales, ilustrando así la estrecha relación de los campos de estrés y las emociones.

Lázaro (1991) Distingue 15 emociones básicas. Nueve de ellas son negativas (ira, miedo, ansiedad, culpa, vergüenza, la tristeza, la envidia, los celos, y la repugnancia), mientras que cuatro son positivas (felicidad, orgullo, alivio y amor). Dos emociones más (la esperanza y la compasión), tienen una valencia mixta. A un nivel molecular de análisis, la reacción de ansiedad, por ejemplo, se basa en el siguiente patrón de evaluaciones primarias y secundarias: debe haber alguna relevancia meta al encuentro. Por otra parte, los objetivos personales se ven frustrados. Por último, la implicación del ego se concentra en la protección de significado personal o la identidad del yo frente a las amenazas existenciales. A un nivel más moral, los patrones de evaluación específicos relacionados con el estrés o distintas reacciones emocionales se describen como temas centrales relacionales. El afrontamiento según Folkman y Lazarus (1980, pag. 223), es considerado como: “el que hacer frente a los esfuerzos cognitivos y conductuales realizados para dominar, tolerar o reducir las demandas y conflictos externos e internos entre ellos”.

Esta definición contiene las siguientes consecuencias. (A) Las acciones de afrontamiento no se clasifican en función de sus efectos (por ejemplo, como realidad-deformante), pero de acuerdo con ciertas características del proceso de afrontamiento. (B) Este proceso abarca reacciones de comportamiento, así como cognitivos en el individuo. (C) En la mayoría de los casos, el afrontamiento se compone de diferentes actos individuales secuencialmente organizados, formando ciclo. En este sentido, el afrontamiento a menudo se caracteriza por la ocurrencia simultánea de diferentes secuencias de acción y, por lo tanto, una interconexión de episodios de afrontamiento. (D) Las acciones de afrontamiento se pueden distinguir por su enfoque en diferentes elementos de un encuentro estresante (cf. También pueden relacionarse con los elementos internos y tratar de reducir un estado emocional negativo, o cambiar la valoración de la situación exigente (afrontamiento centrado en la emoción).

Las Teorías de Recursos de Estrés:

Un puente entre el enfoque tanto sistemático y cognitivos a diferencia de los enfoques discutidos hasta ahora, las teorías de recursos de estrés no se ocupan principalmente de factores que crean estrés, pero con los recursos que preservan bienestar en la cara de los encuentros estresantes. Mientras que la auto-eficacia y el optimismo son factores protectores individuales, resistencia y sentido de coherencia representan enfoques tripartitos. La resistencia es una amalgama de tres componentes: control interno, de compromiso, y un sentido de desafío a diferencia de amenaza. Del mismo modo, el sentido de la coherencia consiste en creer que el mundo es significativo, predecible, y básicamente benévolo. Dentro del campo de apoyo social, varios tipos han sido investigados, tales como instrumental, informativo, evaluación y apoyo emocional. La conservación de la teoría supone que el estrés se produce en cualquiera de los tres contextos: cuando las personas experimentan pérdida de recursos, cuando se ven amenazados los recursos, o cuando las personas invierten sus recursos sin aumento subsiguiente. Se proponen cuatro categorías de recursos: recursos de objetos (es decir, los objetos físicos tales como el hogar, prendas de vestir, o el acceso al transporte), los recursos de condición (por ejemplo, empleo, relaciones personales), los recursos personales (por ejemplo, las habilidades o la auto-eficacia), y los recursos energéticos (medios que faciliten la consecución de otros recursos, por ejemplo, el dinero, el crédito, o el conocimiento). Hobfoll y colaboradores describen una serie de hipótesis comprobables (llamados principios) derivados de supuestos básicos de COR (cf. Hobfoll et al. 1996).

1. La pérdida de recursos es la principal fuente de estrés. Este principio contradice la suposición fundamental de los enfoques sobre eventos críticos de la vida (cf.

Holmes y Rahe 1967) Que el estrés se produce cuando las personas se ven obligadas a ajustar a las circunstancias situacionales, pueden ser positivas estas circunstancias (por ejemplo, el matrimonio) o negativo (por ejemplo, la pérdida de un ser querido). En una prueba empírica de este principio básico, Hobfoll y Lilly (1993) Encontró que sólo la pérdida de los recursos estaba relacionado a la angustia.

2. Recursos actúan para preservar y proteger a otros recursos. La autoestima es un recurso importante que puede ser beneficioso para otros recursos. Hobfoll y Lieberman (1987), Por ejemplo, observaron que las mujeres que estaban en alta autoestima hicieron buen uso del apoyo social cuando se enfrentan con el estrés, mientras que los que carecían de autoestima interpretaban el apoyo social como una indicación de insuficiencia personal y, en consecuencia, utilizaban mal el apoyo.
3. A raíz de circunstancias estresantes, los individuos tienen un fondo de recursos cada vez más escasos para combatir el estrés adicional. Este agotamiento deteriora la capacidad de hacer frente a la tensión adicional. Para este punto de vista del proceso de inversión de recursos es necesario centrarse en cómo la interacción entre los recursos y las demandas de la situación cambia. Además, este principio demuestra que es importante investigar no sólo el efecto de los recursos en el resultado, sino también del resultado de los recursos.

Teorías de Afrontamiento

Modelo de afrontamiento de Carver

Según Carver (1987, como se citó en Casuso, 1996). Proponen 13 modos de afrontamiento del estrés:

- a. Afrontamiento Activo: confrontando la situación estresante para atenuar sus efectos.
- b. Planificación: analizando y organizando los pasos a seguir al afrontar la situación estresante., proponiendo las estrategias a seguir y eligiendo las mejores alternativas.
- c. Supresión de otras actividades: dejando de lado otros proyectos, concentrándose en los esfuerzos necesarios para afrontar la situación estresante.
- d. Postergación del afrontamiento: actuando sobre la situación estresante en el momento apropiado sin precipitarse.
- e. Búsqueda de apoyo social por razones instrumentales: buscando el consejo, la asistencia o la información pertinente para afrontar la situación estresante.
- f. Búsqueda de soportes emocionales: buscando apoyo moral y afectivo, empatía y comprensión de otras personas para aliviar la tensión producida de la situación estresante.
- g. Reinterpretación positiva y desarrollo personal: evaluando asertivamente la situación estresante, asumiendo la experiencia como un aprendizaje valioso para el futuro.
- h. Aceptación - resignación: asumiendo la situación estresante como un hecho inmodificable con el que se tendrá que convivir.

- i. Acudir a la religión: empleando las creencias religiosas para aliviar la tensión producida por la situación estresante.
- j. Análisis de emociones: centrando la atención en la ansiedad experimentada y expresando los sentimientos producidos por la situación estresante.
- k. Negación: no creyendo que la situación estresante existe o actuando como si no fuera real.
- l. Conductas inadecuadas: disminuyendo los esfuerzos para afrontar la situación estresante, dándose por vencido al intentar lograr sus metas.
- m. Distracción: realizando diversas actividades para no pensar acerca de la dimensión conductual de la situación estresante.

Modelo de afrontamiento de Frydenberg y Lewis

Frydenberg y Lewis (2001), afirman que es posible hacer una distinción entre afrontamiento general y específico, es decir el modo con el que el adolescente encara cualquier situación (general) y una problemática particular (específico). En sus investigaciones identificó 18 estrategias que a continuación se detallan específicamente.

- a. Buscar apoyo social (As). Estrategia que consiste en una inclinación a compartir el problema con otros y buscar apoyo en su resolución. Ejemplo: «Hablar con otros sobre mi problema para que me ayuden a salir de él».
- b. Concentrarse en resolver el problema (Rp). Es una estrategia dirigida a resolver el problema que lo estudia sistemáticamente y analiza los diferentes puntos de vista u opciones. Ejemplo: «Dedicarme a resolver el problema poniendo en juego todas mis capacidades».
- c. Esforzarse y tener éxito (Es). Es la estrategia que describe compromiso, ambición y dedicación. Ejemplo: «Trabajar intensamente».

- d. Preocuparse (Pr). Se caracteriza por elementos que indican temor por el futuro en términos generales o, más en concreto, preocupación por la felicidad futura. Ejemplo: «Preocuparme por lo que está pasando».
- e. Invertir en amigos íntimos (Ai). Se refiere a la búsqueda de relaciones personales íntimas. Ejemplo: «Pasar más tiempo con el chico o chica con que suelo salir»
- f. Buscar pertenencia (Pe). Indica la preocupación e interés del sujeto por sus relaciones con los demás en general y, más concretamente, preocupación por lo que los otros piensan. Ejemplo: «Mejorar mi relación personal con los demás».
- g. Hacerse ilusiones (Hi). Es la estrategia expresada por elementos basados en la esperanza y en la anticipación de una salida positiva. Ejemplo: «Esperar que ocurra lo mejor».
- h. La estrategia de Falta de afrontamiento (Na). Consiste en elementos que reflejan la incapacidad personal para tratar del problema y el desarrollo de síntomas psicósomáticos. Ejemplo: «No tengo forma de afrontar la situación».
- i. Reducción de la tensión (Rt). Se caracteriza por elementos que reflejan un intento de sentirse mejor y relajar la tensión. Ejemplo: «Intentar sentirme mejor bebiendo alcohol, fumando o tomando otras drogas».
- j. Acción social (So). Se refiere al hecho de dejar que otros conozcan el problema y tratar de conseguir ayuda escribiendo peticiones u organizando actividades. Ejemplo: «Unirme a gente que tiene el mismo problema».
- k. Ignorar el problema (Ip). Es la estrategia de rechazar consciente-mente la existencia del problema. Ejemplo: «Ignorar el problema».

- l. Autoinculparse (Cu). Indica que ciertos sujetos se ven como responsables de los problemas o preocupaciones que tienen. Ejemplo: «Sentirme culpable».
- m. Reservarlo para sí (Re). Es la estrategia expresada por elementos que reflejan que el sujeto huye de los demás y no desea que conozcan sus problemas. Ejemplo: «Guardar mis sentimientos para mí solo».
- n. Buscar apoyo espiritual (Ae). Se trata de elementos que reflejan el empleo de la oración y la creencia en la ayuda de un líder o de Dios. Ejemplo: «Dejar que Dios se ocupe de mi problema».
- o. Fijarse en lo positivo (Po). Es la estrategia que trata de buscar atentamente el aspecto positivo de la situación. Incluye el ver el lado bueno de las cosas y considerarse afortunado. Ejemplo: «Fijarme en el aspecto positivo de las cosas y pensar en las cosas buenas».
- p. Buscar ayuda profesional (Ap). Es la estrategia consistente en buscar la opinión de profesionales, como maestros u otros consejeros. Ejemplo: «Pedir consejo a una persona competente».
- q. Buscar diversiones relajantes (Dr). Se caracteriza por elementos que describen actividades de ocio como leer o pintar. Ejemplo: «Encontrar una forma de relajarme; por ejemplo, oír música, leer un libro, tocar un instrumento musical, ver la televisión».
- r. Distracción física (Fi). Se trata de elementos que se refieren a hacer deporte, mantenerse en forma, etc. Ejemplo: «Mantenerme en forma y con buena salud».

Modelo de afrontamiento de Morales

Según Morales et al. (2012), plantea las siguientes estrategias de afrontamiento que se presentan en los niños:

- a. Solución activa: Indica que se intenta solucionar el problema utilizando todos los medios disponibles.
- b. Comunicar el problema a otros: Refleja si se utiliza la comunicación con otras personas (familiares, amigos/as, profesores/as, etc.) para solventar el problema.
- c. Búsqueda de información y guía. Indica si se pide consejo a otras personas (familiares, amigos/as, profesores/as, etc.) sobre la forma de actuar.
- d. Actitud positiva. Indican que el escolar piensa que el problema se va a solucionar.
- e. Indiferencia. Refleja una actitud de indiferencia hacia el problema.
- f. Conducta agresiva. Indica la utilización de conductas de tipo agresivo, como peleas o discusiones, como reacción al problema.
- g. Reservarse el problema para sí mismo. Refleja si se ocultan a otras personas los sentimientos sobre el problema.
- h. Evitación cognitiva. Refleja la búsqueda de distracciones cognitivas para no pensar en el problema.
- i. Evitación conductual. Indica la realización de otras acciones para no pensar en el problema.

Modelo de afrontamiento de Moos

Moos et al. (2010) en su modelo de afrontamiento plantea las mismas como formas de respuestas ante determinados eventos, su modelo refiere que dichas respuestas pueden ser de aproximación o de evitación según sea el caso, acercándose de esa forma a pretensiones anteriores sobre el afrontamiento centro en el problema y el centrado en la emoción

Respuesta de Aproximación

1. Análisis Lógico. Intentos cognitivos de comprender y prepararse mentalmente para enfrentar un estresor y sus consecuencias
2. Revalorización Positiva. Intentos cognitivos de construir y reestructurar un problema en un sentido positivo mientras se acepta la realidad de una situación.
3. Búsqueda de Apoyo /Orientación. Intentos conductuales de buscar información, apoyo y orientación.
4. Resolución de Problemas. Intentos conductuales de realizar acciones conducentes directamente al problema.

Respuestas de Evitación

1. Evitación cognitiva. Intentos cognitivos de evitar pensar en el problema de forma realista.
2. Aceptación o Resignación. Intentos cognitivos de reaccionar al problema aceptándolo.
3. Búsqueda de Gratificaciones Alternativas. Intentos conductuales de involucrarse en actividades substitutivas y crear nuevas fuentes de satisfacción.
4. Descarga Emocional. Intentos conductuales de reducir la tensión expresando sentimientos negativos.

Resentimiento

Según **Nietzsche, F. (1996)**, (citado por Leonardo M. en el 2004), define al resentimiento como el odio impotente contra lo que no puede ser o no se puede tener. El resentimiento es parte del amargo y enraizado recuerdo de una injuria o insulto particular que provoca en uno la necesidad de obtener una satisfacción. El resentimiento es una resultante de humillaciones múltiples, ante las cuales las rebeliones sofocadas se acumulan como motivos para un futuro, ajuste de cuentas con la esperanza de que finalmente se traduzcan en actos de venganza.

Según **Marañón, G. (1995)** (Citado por Sánchez, M., Tirado, P. en el 2003) el resentimiento es la pasión de ánimo resultado de la agresión de los otros hombres o simplemente de la vida, en esa forma imponderable produciendo una reacción de fracaso y dolor”

Para **Scheler, M. (1994)**, la definición de resentimiento se divide en dos partes:

- a) El resentimiento es una determinada reacción emocional frente a otra persona, reacción que sobrevive repetidas veces; con lo cual ahonda y penetra cada vez más en el centro de la personalidad. Es un volver a sentir la emoción misma, un re-sentir.
- b) La palabra implica que la calidad de esta emoción es negativa, lo que expresa un movimiento de hostilidad y quizá la palabra rencor.

León, R. y Romero, C. (1990), definen el resentimiento como un “sentimiento permanente por haber sido maltratado o postergado, por alguien, un grupo de personas, una institución o por la vida o el destino en general; en el logro de determinados bienes materiales o espirituales a los que se creía tener derecho por lo que el sujeto considera que él ve cómo principios elementales de justicia y equidad que han sido violados en perjuicio suyo, que también tenía derecho a poseer y que le ha sido negado sin razón

valedera”. El resentimiento se origina por: sentimiento de inferioridad, fracasos de toda índole, la humillación y experiencias degradantes.

Sentimiento de Inferioridad

El sujeto se siente inferiormente dotado, física o mentalmente, asimismo experimenta angustia de no poder ser como los demás, ser objeto de burla, desprecio y lastima; los sentimientos de pena y angustia generalmente no los exterioriza, los cuales se van transformando en amargura que da lugar al resentimiento. El resentimiento se evidencia en personas que se sienten minimizadas en el plano social, moral y económico.

Fracasos de Toda Índole

Generados en lo sentimental, económico, familiar y social. El resentimiento puede modificarse según el género y edad del individuo, que experimenta el fracaso. El menor o mayor resentimiento lo ocasionan las distintas coyunturas en que este se produzca y la calidad moral de quien lo vivencie.

La Humillación

Emerge con fuerza en personas altamente susceptibles, cuando les advierten sus faltas; es así que una ofensa puede producir humillación, de esta manera la persona al sentirse humillada genera en si misma impotencia lo cual produce resentimiento.

Experiencias Degradantes

El sujeto al haber tenido experiencias degradantes y desagradables en diferentes condiciones reiteradas ocasiona que el sujeto sea predisponente al resentimiento.

Características del Resentimiento

Sánchez, H., Oliver, E., Reyes, C. (1993) proponen las siguientes características:

- Sentimiento de injusticia, de sentirse burlado y humillado.
- Manifestación de cólera, de sentirse abusado.
- Sentimiento de antipatía, de envidia y de rencor hacia las personas que sobresalen.

- Sentimientos de frustración y de fracaso.
- Sentimientos de postergación y marginación.

Honorio, S. (1938) menciona las siguientes características:

- Hostilidad, enojo y recelo.
- Falta de conciencia sobre sus propias acciones y emociones, y dificultad para conectarse con la realidad.
- Actitud agresiva difusa, envidia y rencor.
- Ensimismamiento y tendencia a rumiar de ideas y sentimientos desagradables del pasado.

Manifestación del Resentimiento

Campojo (2002), el resentimiento se manifiesta de tres maneras: como rasgo de personalidad, como parte de la sentimentalidad en las relaciones interpersonales y como resentimiento social.

Seguidamente se especifica cada uno de estos aspectos:

- El resentimiento como rasgo de personalidad, es característico de personas que con facilidad recuerdan imágenes de los hechos que motivaron un enojo y el deseo de la reparación de su daño; y aquella persona resentida mantiene un estado de resentimiento el cual refuerza continuamente con la intención de ejercer venganza o esperar una explicación compensatoria ante la presunta ofensa. Asimismo, el resentimiento no se manifiesta como un estado afectivo aislado, por el contrario, es una expresión de un rasgo estable de la personalidad.
- La manifestación del resentimiento como parte de la sentimentalidad en las relaciones interpersonales, nos permite inferir que, el resentimiento aparece en personas ligadas por el compromiso de reciprocidad en el afecto, las cuales se da entre parejas, entre amigos, entre padres e hijos. Emerge como resultado de una falta

en la expresión por el afecto; por lo general se desarrolla como sentimiento ambivalente. En esta situación el resentimiento se expresa como decepción, esperándose reparación por la ofensa recibida.

- La manifestación del Resentimiento Social, el cual se da en el contexto interpersonal, donde las personas afectadas por otras, expresan su resentimiento mediante reclamos y muestran una envidia específica sobre los privilegios que conlleva un estatus social. Por consiguiente, el resentimiento social no se utiliza para explicar o excusar una actitud, por el contrario, se evidencia como una debilidad moral de ambicionar los logros de otros sujetos, de darle mayor énfasis y tiempo a las quejas cotidianas y aquella actitud empobrece el esfuerzo y la intención de lograr metas y objetivos personales.

Componentes del Resentimiento

Reyes, V. (1947) afirma que el resentimiento posee los siguientes componentes:

- Represión: pues nace a partir de una “cólera reprimida”, surge cuando una reacción de dolor o de fracaso son violentamente reprimidos.
- Impotencia: Es un sentimiento escrutador en constante sublevación íntima, que no pudiendo desfogar al exterior, se resuelve en forma de una personalidad amargada.
- Permanencia: para llamarse resentimiento, es necesario que la reacción dolorosa quede “embotellada”.

Categorías de Resentimiento:

Según **León, R. (1987)**, existen tres categorías de resentimiento:

- Resentimiento Alto: Caracteriza a las personas que se sienten traicionadas, frustradas, impotentes, limitadas, víctimas de injusticias por lo que culpan a otros de sus fracasos, teniendo un rencor permanente hacia la vida y hacia las personas.
- Resentimiento Promedio: Se refiere a las personas que frente a las limitaciones y frustraciones que se les pueda presentar, enmascaran con una aparente tranquilidad el resentimiento, desagrado y disconformidad hacia las personas, cosas y situaciones que haya producido este.
- Resentimiento Bajo: caracteriza a las personas tolerantes a las frustraciones y las limitaciones que puedan presentar, asumiendo su responsabilidad en sus tropiezos, fracasos y logros, no adjudicándoselos a la vida o a los demás.

Estas categorías o niveles ofrecidas por León se pueden apreciar a través de los puntajes obtenidos en su Escala de Resentimiento, ubicando a la persona en cualquiera de los tres niveles: alto, medio y bajo. Ello también nos da una visión de la capacidad de las personas para superar heridas pasadas y de sus habilidades de afrontamiento.

1.2. Problema

Es preciso destacar que, los modos de afrontamiento al estrés pueden influir en los niveles de resentimiento en la mencionada población. Para esbozar la problemática en pacientes diagnosticados con VIH que acuden a un hospital estatal de la región Lambayeque, 2018.

¿Cuál es la relación entre afrontamiento al estrés y resentimiento en pacientes diagnosticados con VIH que acuden a un hospital estatal de región Lambayeque, 2018?

1.3. Hipótesis

- Hipótesis general:

- Existe relación entre afrontamiento al estrés y resentimiento en pacientes diagnosticados con VIH que acuden a un hospital estatal. Región Lambayeque, 2018.

- Hipótesis específicas:

1. Existen buenos niveles de afrontamiento al estrés en pacientes diagnosticados con VIH que acuden a un hospital estatal. Región Lambayeque, 2018.
2. Existen niveles altos de resentimiento en pacientes diagnosticados con VIH que acuden a un hospital estatal. Región Lambayeque, 2018.
3. Existe relación entre la dimensión afrontamiento directo y resentimiento en pacientes diagnosticados con VIH que acuden a un hospital estatal. Región Lambayeque, 2018.
4. Existe relación entre la dimensión planificación de actividades y resentimiento en pacientes diagnosticados con VIH que acuden a un hospital estatal. Región Lambayeque, 2018.
5. Existe relación entre la dimensión supresión de actividades y resentimiento en pacientes diagnosticados con VIH que acuden a un hospital estatal. Región Lambayeque, 2018.
6. Existe relación entre la dimensión retracción de afrontamiento y resentimiento en pacientes diagnosticados con VIH que acuden a un hospital estatal. Región Lambayeque, 2018.
7. Existe relación entre la dimensión busca soporte social y resentimiento en pacientes diagnosticados con VIH que acuden a un hospital estatal. Región Lambayeque, 2018.

8. Existe relación entre la dimensión busca soporte emocional y resentimiento en pacientes diagnosticados con VIH que acuden a un hospital estatal. Región Lambayeque, 2018.
9. Existe relación entre la dimensión reinterpretación y resentimiento en pacientes diagnosticados con VIH que acuden a un hospital estatal. Región Lambayeque, 2018.
10. Existe relación entre la dimensión aceptación y resentimiento en pacientes diagnosticados con VIH que acuden a un hospital estatal. Región Lambayeque, 2018.
11. Existe relación entre la dimensión retorno a la religión y resentimiento en pacientes diagnosticados con VIH que acuden a un hospital estatal. Región Lambayeque, 2018.
12. Existe relación entre la dimensión análisis de emociones y resentimiento en pacientes diagnosticados con VIH que acuden a un hospital estatal. Región Lambayeque, 2018.
13. Existe relación entre la dimensión negación y resentimiento en pacientes diagnosticados con VIH que acuden a un hospital estatal. Región Lambayeque, 2018.
14. Existe relación entre la dimensión conducta inadecuada y resentimiento en pacientes diagnosticados con VIH que acuden a un hospital estatal. Región Lambayeque, 2018.
15. Existe relación entre la dimensión distracción y resentimiento en pacientes diagnosticados con VIH que acuden a un hospital estatal. Región Lambayeque, 2018.

1.4. Objetivos:

Objetivo general:

- Determinar la relación entre afrontamiento al estrés y resentimiento en pacientes diagnosticados con VIH que acuden a un hospital estatal. Región Lambayeque, 2018.

Objetivos específicos:

1. Describir la variable afrontamiento al estrés en pacientes diagnosticados con VIH que acuden a un hospital estatal. Región Lambayeque, 2018.
2. Describir la variable resentimiento en pacientes diagnosticados con VIH que acuden a un hospital estatal. Región Lambayeque, 2018.
3. Explicar la relación entre la dimensión afrontamiento directo y resentimiento en pacientes diagnosticados con VIH que acuden a un hospital estatal. Región Lambayeque, 2018.
4. Demostrar la relación entre la dimensión planificación de actividades y resentimiento en pacientes diagnosticados con VIH que acuden a un hospital estatal. Región Lambayeque, 2018.
5. Verificar la relación entre dimensión supresión de actividades y resentimiento en pacientes diagnosticados con VIH que acuden a un hospital estatal. Región Lambayeque, 2018.
6. Comprobar la relación entre la dimensión retracción de afrontamiento y resentimiento en pacientes diagnosticados con VIH que acuden a un hospital estatal. Región Lambayeque, 2018.
7. Evidenciar la relación entre dimensión busca soporte social y resentimiento en pacientes diagnosticados con VIH que acuden a un hospital estatal. Región Lambayeque, 2018.

8. Contrastar la relación entre la dimensión busca soporte emocional y resentimiento en pacientes diagnosticados con VIH que acuden a un hospital estatal. Región Lambayeque, 2018.
9. Asociar la relación entre la dimensión reinterpretación y resentimiento en pacientes diagnosticados con VIH que acuden a un hospital estatal. Región Lambayeque, 2018.
10. Describir la relación entre la dimensión aceptación y resentimiento en pacientes diagnosticados con VIH que acuden a un hospital estatal. Región Lambayeque, 2018.
11. Verificar la relación entre la dimensión retorno a la religión y resentimiento en pacientes diagnosticados con VIH que acuden a un hospital estatal. Región Lambayeque, 2018.
12. Estimar la relación entre la dimensión análisis de emociones y resentimiento en pacientes diagnosticados con VIH que acuden a un hospital estatal. Región Lambayeque, 2018.
13. Interpretar la relación entre la dimensión negación y resentimiento en pacientes diagnosticados con VIH que acuden a un hospital estatal. Región Lambayeque, 2018.
14. Interpretar la relación entre la dimensión conducta inadecuada y resentimiento en pacientes diagnosticados con VIH que acuden a un hospital estatal. Región Lambayeque, 2018.
15. Asociar la relación entre la dimensión distracción y resentimiento en pacientes diagnosticados con VIH que acuden a un hospital estatal. Región Lambayeque, 2018.

1.5. Justificación e Importancia:

La presente investigación se realizará para contar con un conocimiento científico y confiable que establezca la posible relación entre el afrontamiento al estrés y el resentimiento en pacientes diagnosticados con VIH que acuden a un hospital estatal de Lambayeque, observándose así cuales son las características peculiares de ambas variables en los pacientes de dicha población.

Así mismo se considera que los datos que se obtengan en la presente investigación podrán servir como referencia a autoridades de los hospitales y profesionales que laboren en las mismas o que estén interesados en profundizar investigaciones futuras donde estén involucradas la problemática del afrontamiento al estrés y el resentimiento en pacientes diagnosticados con VIH que acuden a un hospital estatal de Lambayeque.

Por otro lado, permitirá un mayor conocimiento del problema a aquellas instituciones que trabajen con este tipo de población, facilitando la elaboración de programas y estrategias que ayuden a afrontar este problema. Aunado a ello permitirá la formulación y ejecución de un trabajo integral y sistemático; dirigido a colaboradores y estudiantes de aquellas instituciones interesadas.

Además de ello los resultados obtenidos contribuirán a incrementar investigaciones futuras con respecto a las variables el afrontamiento al estrés y el resentimiento en pacientes diagnosticados con VIH que acuden a un hospital estatal de Lambayeque. Lo que permitirá conocer mucho más acerca del vínculo y complejidad de ambas variables.

De este modo los futuros investigadores se verán beneficiados en temas similares, debido a que se podrá utilizar como antecedente, al mismo tiempo ampliará el número de investigaciones, y así se podrá obtener un conocimiento más profundo de este problema.

A nivel institucional servirá para el consultorio psicológico, a fin de tener datos precisos que permitan abordar el problema con técnicas terapéuticas apropiadas para cada caso.

1.6. Definición y Operacionalización de variables:

- **V1:** Modos de afrontamiento al estrés.
- **V2:** Resentimiento.

Variables	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensiones	Indicadores	Escala	Instrumento
V1 Afrontamiento al estrés	Lazarus y Folkman, (1984) 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.	Conjunto de comportamientos y cogniciones que permiten resolver de la mejor manera situaciones estresantes.	Afrontamiento directo	1,14,27,40	Ordinal	Escala tipo Likert Cuestionario de Modos de Afrontamiento al Estrés (COPE)
			Planificación de actividades	2,15,28,41		
			Supresión de actividades	3,16,29,42		
			Retracción de afrontamiento	4,17,30,43		
			Busca soporte social	5,18,31,44		
			Busca soporte emocional	6,19,32,45		
			Reinterpretación	7,20,33,46		
			Aceptación	8,21,34,47		
			Retorno a la religión	9,22,35,48		
			Análisis de emociones	10,23,36,49		
			Negación	11,24,37,50		
			Conducta inadecuada	12,25,38,51		

V2 Resentimiento	León, R. y Romero, C. (1990), definen el resentimiento como un “sentimiento permanente por haber sido maltratado o postergado, por alguien, un grupo de personas, una institución o por la vida o el destino en general.	Es un comportamiento que surge de reprimir las emociones negativas.	Escala general	1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28	Ordinal	Inventario De Actitudes Hacia La Vida (Escala De Resentimiento (lahv-Er))
---------------------	--	---	----------------	---	---------	--

2. Materiales y Métodos

2.1. Tipo de Investigación

Es un estudio cuantitativo de tipo correlacional, con el propósito de medir el grado de relación que existe entre las variables modos de afrontamiento al estrés y resentimiento, para observar si están o no correlacionadas. (Hernández, Fernández y Baptista, 2016).

2.2. Diseño de Investigación

La presente investigación es no experimental de diseño transaccional o transversal, “tiene como propósito describir variables y analizar su incidencia e interrelación en un momento dado”. (Hernández et al, 2016, p.154).

La gráfica del diseño se basa en el modelo de Hernández:



Dónde:

X1: Modos de afrontamiento al estrés.

Y1: Resentimiento



: Relación entre las variables de estudio

2.3. Población y muestra

Población: Estuvo constituida por 250 pacientes con diagnóstico de VIH que acuden a un hospital estatal de Lambayeque.

Criterios de Inclusión

- Pacientes con VIH de 17 a 40 años de edad.
- Pacientes con VIH que reciben su tratamiento en el Programa TARV.

Criterios de Exclusión

- Pacientes que recién conocen su diagnóstico y no pertenecen al programa TARV.
- Pacientes de 41 años de edad en adelante.

Muestra:

Es la muestra estuvo constituida por 130 pacientes con diagnóstico de VIH que acuden a un hospital estatal de Lambayeque.

Muestreo:

El muestreo es no probabilístico, la cual es dirigida según las características de investigación, y los elementos a elegir no dependen de la probabilidad (Hernández et al. 2014), es así que la muestra es por conveniencia ya que las elecciones son los elementos y no dependen de si es representativa o no de la población.

2.4. Instrumentos y técnicas de recolección de datos

Método

El presente estudio está basado en un enfoque cuantitativo, el cual se caracteriza según Hernández et al. (2016) por tener planteamientos acotados, mide fenómenos, utiliza estadística y prueba de hipótesis y teoría siendo también un

proceso basado en método deductivo, sigue una secuencia, es probatoria y analiza la realidad objetiva.

Técnicas

Para la presente investigación se utilizó la Técnica de Evaluación Psicométrica en donde se utilizó la Batería de Pruebas correspondiente.

Instrumentos Utilizados.

Instrumento 1

MODOS DE AFRONTAMIENTO AL ESTRÉS

Ficha Técnica

Nombre: Cuestionario de Modos de Afrontamiento al Estrés (COPE)

Autores : Carver.

Traducción : Salazar C. Víctor (1993)

Colaboración : Computarización de la Doctora Montero Doig, Ana Maria.

DESCRIPCIÓN

El objetivo del Cuestionario de Modos de Afrontamiento al Estrés (COPE) es conocer cómo las personas reaccionan o responden cuando enfrentan a situaciones difíciles o estresantes. Con este propósito, Carver y Colaboradores han construido un cuestionario de 52 ítems, que comprenden 13 modos de responder al estrés; los ítems alternativos de cada modo vienen a indicar qué cosas hace o siente con más frecuencia el sujeto, cuando se encuentra en tal situación. Este instrumento trata de determinar cuáles son las alternativas QUE MAS USA. Las respuestas están

organizadas en una Escala de 13 posibilidades, o formas de afrontamiento. Cada una de ellas consta de 4 alternativas o formas de afrontar las cargas de estrés.

INSTRUCCIONES

Se entrega el cuestionario, indicándole que en la Hoja de respuestas deberá colocar bajo el número correspondiente un aspa (X) en la Palabra Si o No si la alternativa coincide o no, con su forma de reaccionar frecuentemente.

Se le dice:

Nuestro interés es conocer cómo las personas responden cuando enfrentan a situaciones difíciles o estresantes. Con este propósito en el presente cuestionario se pide indicar qué cosas hace o siente con más frecuencia cuando se encuentra en tal situación. Seguro que diversas situaciones requieren respuestas diferentes, pero piense en aquellos **QUE MAS USA**. No olvide responder todas las preguntas deben ser respondidas teniendo en cuenta las siguientes alternativas:

NUNCA (NO)

SIEMPRE (SI)

CALIFICACIÓN

Para la calificación se suman los puntajes obtenidos en cada una de las 13 áreas. Al puntaje obtenido multiplíquelo por la constante 0.25. Posteriormente ubique el puntaje hallado en el Perfil considerando que dicho perfil está presentado en % multiplique el puntaje obtenido por 10.

VALIDEZ Y CONFIABILIDAD.

Salazar y Sánchez, (1993) han hallado niveles significativos en el Coeficiente de Confiabilidad Alfa en las 13 sub escalas, con un rasgo de posibles valores para las escalas de 4-16. Mientras que el Coeficiente de Correlación entre las escalas disposicionales del COPE tiene correlaciones mayores a .26 significativas a un nivel $p < 0.01$.

AREAS DE EVALUACIÓN

Esta Escala permite determinar hasta 13 modos de afrontar el Estrés:

1. Afrontamiento Directo (Activo): 1,14,27,40
2. Planificación de Actividades : 2,15,28,41
3. Supresión de Actividades Competitivas: 3,16,29,42
4. Retracción (demora) del afrontamiento: 4,17,30,43
5. Búsqueda de soporte social: 5,18,31,44
6. Búsqueda de soporte emocional: 6,19,32,45
7. Reinterpretación positiva de la experiencia: 7,20,33,46
8. Aceptación; 8,21,34,47
9. Retorno a la religión: 9,22,35,48
10. Análisis de las emociones : 10,23,36,49
11. Negación: 11,24,37,50
12. Conductas inadecuadas: 12,25,38,51
13. Distracción (Afrontamiento Indirecto): 13,26,39,52

Instrumento 2

ESCALA DE RESENTIMIENTO

Ficha Técnica

Nombre : Inventario De Actitudes Hacia La Vida Escala De Resentimiento (Iahv-Er)

Autor : Ramón León y Cecilia Romero

Año Edición : 1988

Versión Final : León & Romero (1990)

Forma aplicación: Individual y/o colectiva.

Tiempo aplicación: No hay tiempo determinado.

Significación: Escala psicométrica para obtener puntajes y categorías del grado de resentimiento.

a) Características de la escala de Resentimiento

El presente trabajo estudia el resentimiento desde un punto de vista histórico, filosófico y psicológico. Es un fenómeno íntimamente asociado con la agresión y la violencia, para actos como Nietzsche y Max Scheler es muy importante en el estudio de la moral. Con el fin de investigar el resentimiento, los autores desarrollaron una escala usando la metodología psicométrica más avanzada. La escala final tiene 19 ítems (más otros 9 tomados de la escala L de mentiras de Eysenck).

La escala consta de 19 ítems que evalúan resentimiento (1, 3, 4, 5, 7, 8, 10, 11, 12, 15, 16, 18, 19, 21, 22, 24, 25, 27, 28), mas 9 de la escala L del Inventario de Personalidad de Eysenck, previamente transformados en afirmaciones.

La escala propone respuestas en términos de “**SI**” y “**NO**” arrojando un puntaje genérico de evaluación de resentimiento sin que se especifiquen factores con respecto a él. Cada ítem tiene un puntaje de 1 ó 2 según que la respuesta indique presencia o ausencia de resentimiento, respectivamente, de tal modo que, cuanto más alto es el puntaje tanto menor es teóricamente el resentimiento.

b) Validez de la Escala

La validez de la escala está determinada por un estudio de los autores de la misma de las bases teóricas comprender al tema y con ello respaldada por una definición igualmente elaborada.

Sin embargo, se da una mayor consistencia a esta validez a través de un estudio de contenido ejecutado por un conjunto de jueces, profesionales que, laborando tanto en el área diagnóstica como terapéutica, fueron considerados como conocedores del tema.

Estos dieron sus calificativos en término de si los ítems “si” discriminaban resentimiento, o “no” lo hacían, entendiéndose como aprobatorios a aquellos ítems en los cuales 4 o más jueces consideraron que “si”. Fue así como de los 60 ítems originalmente planteados quedaron 34 que reunían una validez de contenido aceptable.

c) Confiabilidad de la Escala

Con el fin de otorgar, mayor consistencia a la escala, ésta fue aplicada a una muestra de estudiantes universitarios, resultados que al recibir el tratamiento estadístico inferencial a través de un análisis de regresión lineal multivariada,

demostró que cada uno de estos ítems colaboraba con un grado de ajuste de 0.99% en la detección de la presencia de resentimiento. Para evaluar la confiabilidad de la escala se aplicó el análisis de varianza de dos vías a los 19 ítems, conteniéndose el coeficiente de confiabilidad de Kerlinger (1975). El coeficiente de Kerlinger es de 0.55 que es aceptable (León & Romero, 1990). Alegre (2001) con el mismo método seña un coeficiente de Kerlinger $V_{ft} = 0.65$.

d) Estandarización

Para el presente estudio se confeccionó normas estandarizadas con una muestra de 50 adolescentes tomándose ésta de los protocolos de las estudiantes seleccionándolas al azar y por estratos de edad, resultados que se presenta en la tabla 1.

TABLA 1

Baremos de la Escala de Resentimiento para adolescentes

Rango PC	Puntajes Brutos	Categorías de resentimiento
0 - 15	0 - 17	Tendencia Muy
16 - 25	18 - 27	Acentuada
26 - 50	28 - 31	Tendencia Acentuada
51 - 76	32 - 33	Nivel medio
76 - 99	34 - 38	Nivel bajo
		No Presenta

e) Construcción de la escala

Antecedentes. Basándose en la definición de resentimiento se elaboró un conjunto de 60 ítems, preparados de modo independiente por los autores Ramón León y Cecilia Romero, seleccionando ellos 52 ítems, los cuales fueron sometidos a un conjunto de jueces, conformado por personas que poseían experiencia como psicoterapeutas o psicodiagnósticos o que tenían conocimiento teórico del tema. Estos jueces fueron: Leopoldo Chiappo (Psicólogo) Amelia Aréstegui (Psicóloga), Leonardo Gonzáles Norris (Psiquiatra de Orientación psicoanalítica), José Aguayo (Psicólogo especializado en Psicoterapia de la familia), Rosa Puente (Psicóloga especializada en psicoterapia con niños adolescentes).

A cada uno de ellos le fue entregado el conjunto de ítems que había sido seleccionado instruyéndolos para que calificaran de modo independiente cada uno de los ítems en términos de si evaluaban o no el resentimiento. Para el efecto se les dio a conocer la definición del trabajo indicados asimismo, que tomaran en consideración su propio concepto.

Tras ser recabadas las respuestas de todos los jueces se procedió por seleccionar solo aquellos ítems que habían obtenido como mínimo la afirmación de jueces 80% de acuerdo en el sentido de que efectivamente evaluaban resentimiento, quedando un total de 34 ítems.

Elaboraba así la escala se procedió segregar a los ítems que la integraban los nueve de la Escala L del Inventario de Personalidad de Eysenck, previamente transformados en afirmaciones (ejemplo: “Dejo algunas veces para mañana lo que debería hacer hoy”: “Contesto siempre una carta personal tan pronto como puedo después de haberla leído”).

Sujetos. La muestra a la que se aplicó – de modo grupal y anónimo estuvo

conformada por alumnos de psicología de dos universidades particulares de Lima (Hombres 33; Mujeres: 109, cuya edad promedio fue de 20 para ambos sexos). Para efectos de la aplicación la escala fue presentada como “Inventario de Actitudes hacia la vida”.

Procedimiento. Para la aplicación se procedió a la calificación de la escala L, descartando a todos aquellos sujetos que obtenían un puntaje de 04 o más. Otro grupo de sujetos fue descartado por no haber respondido completamente a la prueba, quedando finalmente la muestra constituida por 111 sujetos (hombres: 28; mujeres: 83).

Resultado. Se procedió a determinar cuáles eran los ítems que mostraban hallarse influidos por el sexo de los sujetos. Para el efecto se aplicó una tabla de contingencias que permitió observar que dos ítems (el 2 “mis padres no han sido capaces de considerarme como una persona con derechos, sentimientos y necesidades iguales a las de ellos, y 28: Muy pocas veces reniego por todo lo que he vivido y vivo”) eran sensibles al factor sexo, razón por la cual fueron descartados.

Con los ítems restantes se procedió a determinar un puntaje equivalente a la suma total de todos los ítems, de tal modo que un mayor puntaje significaba mayor número de respuestas “no” que indicaban ausencia de resentimiento (salvo en algunos ítems, en los que “no” precisamente indica la presencia de resentimiento. Previamente, se había asignado el puntaje 1 a las respuestas que denotaban resentimiento, y 2 a las que no lo denotaban).

A fin de precisar la “colaboración” de cada ítem a puntajes totales se aplicó una

regresión lineal multivariada entre estos, determinando así que 23 ítems contribuían de modo significativo al puntaje total.

Los 23 ítems preseleccionados fueron ordenados de mayor a menor, de acuerdo con el grado con el que colaboraban en el puntaje total de la escala, seleccionando finalmente 19 de ellos (quedando descartados los ítems 10, 11, 32 y 35).

Se colocó, nuevamente el puntaje total basado en estos 19 ítems, siendo este el puntaje de la escala propuesta. Seguidamente se procedió a aplicar solo a estos ítems un nuevo análisis de regresión lineal a fin de comprobar la “bondad de ajuste de los ítems seleccionados.

2.5. Análisis estadístico

Después de la aplicación de los instrumentos y de la corrección, los datos fueron procesados por el programa IBM, versión 23. Se utilizaron análisis de porcentajes y análisis de frecuencias. Posteriormente, se aplicó la prueba de Chi cuadrada para determinar la relación de ambas variables.

3. RESULTADOS

Tabla 1

Análisis correlacional entre afrontamiento al estrés y resentimiento en pacientes diagnosticados con VIH que acuden a un hospital estatal. Región Lambayeque, 2018.

Dimensiones		Resentimiento
Afrontamiento directo	r	-,188*
	p	.032
	N	130
Planificación de actividades	r	-.037
	p	.675
	N	130
Supresión de actividades	r	.055
	p	.537
	N	130
Retracción de afrontamiento	r	.071
	p	.421
	N	130
Busca soporte social	r	-.093
	p	.291
	N	130
Busca soporte emocional	r	.015
	p	.870
	N	130
Reinterpretación	r	-.052
	p	.559
	N	130
Aceptación	r	-.095
	p	.284
	N	130

Retorno a la religión	r	,184*
	p	.036
	N	130
Análisis de emociones	r	.021
	p	.815
	N	130
Negación	r	,179*
	p	.042
	N	130
Conducta inadecuada	r	,201*
	p	.022
	N	130
Distracción	r	.155
	p	.079
	N	130

Fuente: Instrumentos aplicados.

En la tabla 1 se puede observar que entre las dimensiones retorno a la religión, negación, conducta inadecuada y la variable resentimiento existe una relación positiva muy baja ($r=0,184$; $r=0,179$; $r=0,201$) significativa ($p<0,05$); por otro lado entre la dimensión afrontamiento directo y la variable resentimiento existe una correlación negativa muy baja ($r=-0,188$) significativa ($p<0,05$); finalmente entre las dimensiones planificación de actividades, supresión de actividades, retracción de afrontamiento, busca soporte social, busca soporte emocional, reinterpretación, aceptación, análisis de emociones, distracción y la variable resentimiento no existe relación significativa ($p>0,05$).

Tabla 2

Análisis descriptivo de la variable afrontamiento al estrés en pacientes diagnosticados con VIH que acuden a un hospital estatal. Región Lambayeque, 2018.

Dimensiones		R	%
Afrontamiento directo	Depende de las circunstancias	59	45.4%
	Frecuente	62	47.7%
	Pocas veces	9	6.9%
Planificación de actividades	Depende de las circunstancias	63	48.5%
	Frecuente	59	45.4%
	Pocas veces	8	6.2%
Supresión de actividades	Depende de las circunstancias	108	83.1%
	Frecuente	9	6.9%
	Pocas veces	13	10.0%
Retracción de afrontamiento	Depende de las circunstancias	97	74.6%
	Frecuente	11	8.5%
	Pocas veces	22	16.9%
Busca soporte social	Depende de las circunstancias	45	34.6%
	Frecuente	68	52.3%
	Pocas veces	17	13.1%
Busca soporte emocional	Depende de las circunstancias	48	36.9%
	Frecuente	68	52.3%
	Pocas veces	14	10.8%

Reinterpretación	Depende de las circunstancias	28	21.5%
	Frecuente	99	76.2%
	Pocas veces	3	2.3%
Aceptación	Depende de las circunstancias	44	33.8%
	Frecuente	79	60.8%
	Pocas veces	7	5.4%
Retorno a la religión	Depende de las circunstancias	55	42.3%
	Frecuente	63	48.5%
	Pocas veces	12	9.2%
Análisis de emociones	Depende de las circunstancias	72	55.4%
	Frecuente	35	26.9%
	Pocas veces	23	17.7%
Negación	Depende de las circunstancias	81	62.3%
	Frecuente	24	18.5%
	Pocas veces	25	19.2%
Conducta inadecuada	Depende de las circunstancias	54	41.5%
	Frecuente	14	10.8%
	Pocas veces	62	47.7%
Distracción	Depende de las circunstancias	80	61.5%
	Frecuente	35	26.9%
	Pocas veces	15	11.5%

Fuente: Instrumentos aplicados.

En la tabla 2 se puede observar que en la dimensión afrontamiento directo el 47,7% utiliza de forma frecuente esta forma de afrontamiento, el 48,5% utiliza la forma de afrontamiento planificación de actividades dependiendo de las circunstancias, el 83,1% utiliza la forma de afrontamiento supresión de actividades dependiendo de las circunstancias; el 74,6 utiliza la forma de afrontamiento retracción de afrontamiento dependiendo de las circunstancias; el 52,3% busca soporte social de manera frecuente, el 52,3% busca soporte emocional de manera frecuente, el 76,2% utiliza de forma frecuente la reinterpretación como modo de afrontamiento, asimismo el 60,8% utiliza de forma frecuente la aceptación como modo de afrontamiento; por otro lado el 48,5% utiliza de forma frecuente el retorno a la religión como modo de afrontamiento; el 55,4% utiliza el análisis de emociones dependiendo de las circunstancias, el 62,3% utiliza la negación dependiendo de las circunstancias; el 47,7% utiliza pocas veces la conducta inadecuada como su forma de afrontamiento; finalmente el 61,5% utiliza la distracción como modo de afrontamiento dependiendo de las circunstancias.

Figura 1

Análisis descriptivo de la variable afrontamiento al estrés en pacientes diagnosticados con VIH que acuden a un hospital estatal. Región Lambayeque, 2018.

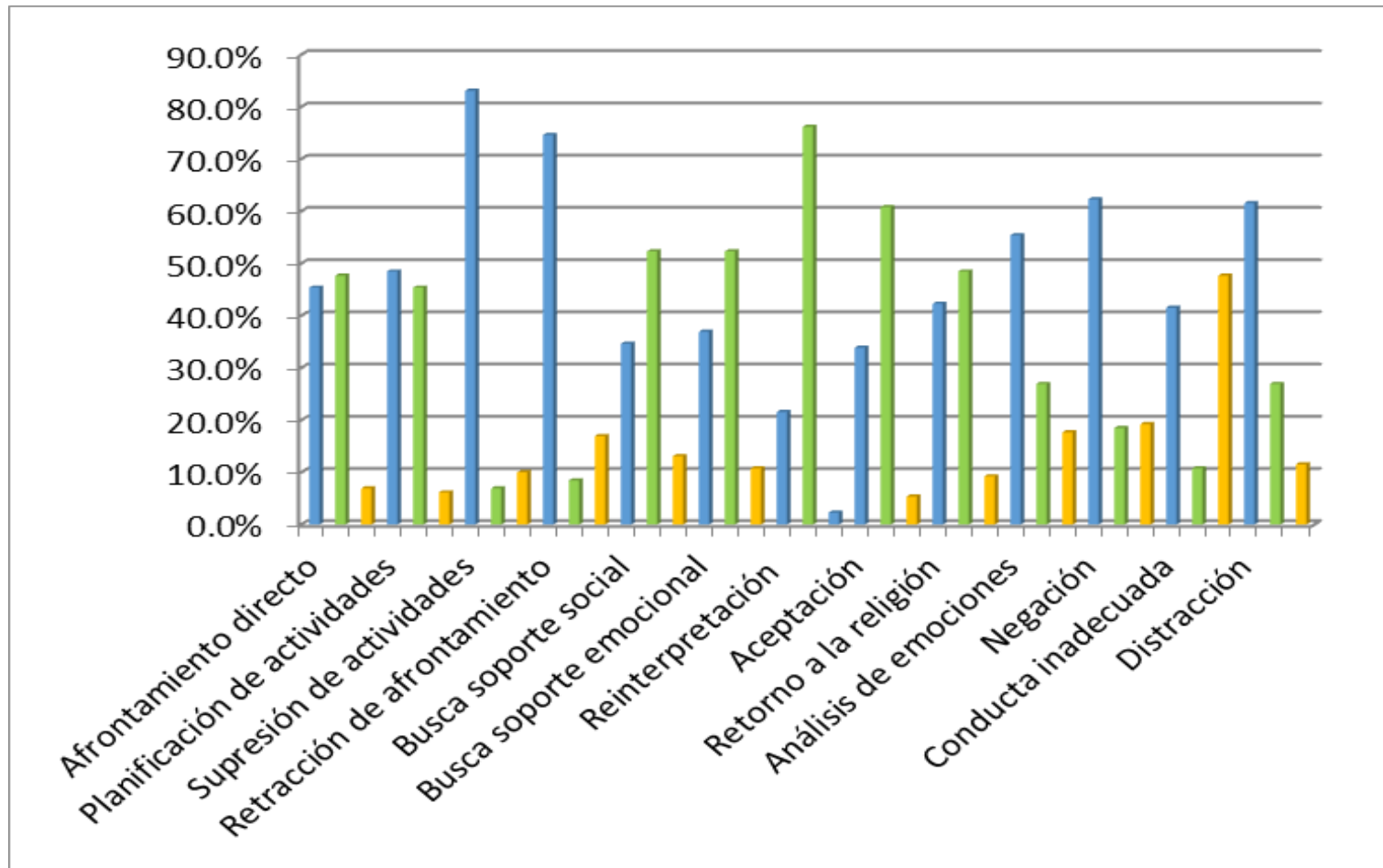


Tabla 3

Análisis descriptivo de la variable resentimiento en pacientes diagnosticados con VIH que acuden a un hospital estatal. Región Lambayeque, 2018.

Resentimiento		
	f	%
Acentuada	32	24.6
Tendencia muy marcada	98	75.4
Total	130	100.0

Fuente: Instrumentos aplicados.

Se puede apreciar en la tabla 3 que el 75,4% de los evaluados presenta una tendencia muy marcada de resentimiento y sólo el 24,6% encuentra acentuado el resentimiento.

Figura 2

Análisis descriptivo de la variable resentimiento en pacientes diagnosticados con VIH que acuden a un hospital estatal. Región Lambayeque, 2018.

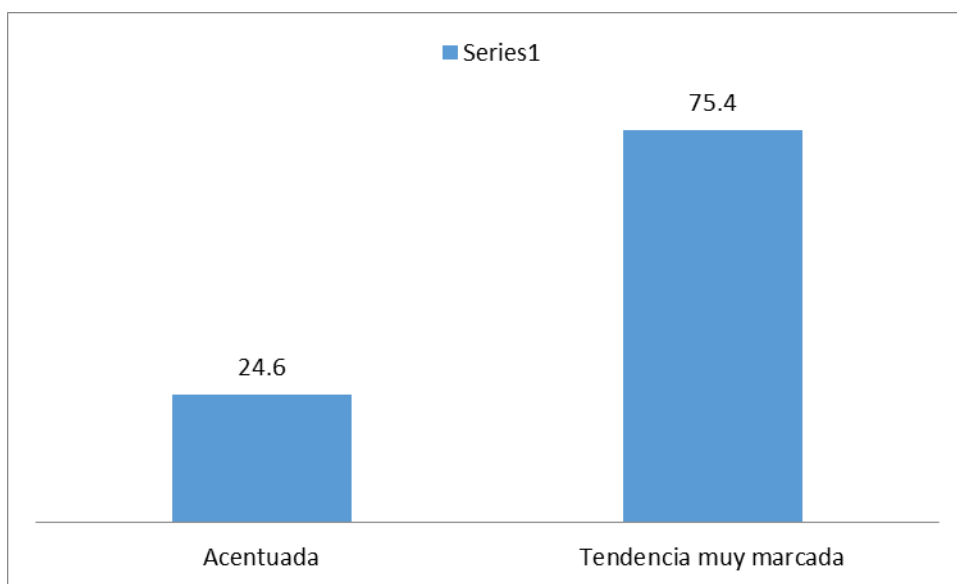


Tabla 4

Análisis correlacional entre afrontamiento directo y resentimiento en pacientes diagnosticados con VIH que acuden a un hospital estatal. Región Lambayeque, 2018.

Dimensión		Resentimiento
	r	-,188*
Afrontamiento directo	p	.032
	N	130

Fuente: Instrumentos aplicados.

En la tabla 4 se puede observar que entre la dimensión afrontamiento directo y el resentimiento existe una correlación negativa muy baja ($r = -0,188$) significativa ($p < 0,05$).

Tabla 5

Análisis correlacional entre planificación de actividades y resentimiento en pacientes diagnosticados con VIH que acuden a un hospital estatal. Región Lambayeque, 2018.

Dimensión		Resentimiento
Planificación de actividades	r	-.037
	p	.675
	N	130

Fuente: Instrumentos aplicados.

En la tabla 5 se puede observar que entre la dimensión planificación de actividades y el resentimiento existe una correlación negativa muy baja ($r = -0,037$) no significativa ($p > 0,05$).

Tabla 6

Análisis correlacional entre supresión de actividades y resentimiento en pacientes diagnosticados con VIH que acuden a un hospital estatal. Región Lambayeque, 2018.

Dimensión		Resentimiento
Supresión de actividades	r	.055
	p	.537
	N	130

Fuente: Instrumentos aplicados.

En la tabla 6 se puede observar que entre la dimensión supresión de actividades y el resentimiento existe una correlación positiva muy baja ($r= 0,055$) no significativa ($p>0,05$).

Tabla 7

Análisis correlacional entre retracción de afrontamiento y resentimiento en pacientes diagnosticados con VIH que acuden a un hospital estatal. Región Lambayeque, 2018.

Dimensión		Resentimiento
Retracción de afrontamiento	r	.071
	p	.421
	N	130

Fuente: Instrumentos aplicados.

En la tabla 7 se puede observar que entre la dimensión retracción de afrontamiento y el resentimiento existe una correlación positiva muy baja ($r= 0,071$) no significativa ($p>0,05$).

Tabla 8

Análisis correlacional entre busca soporte social y resentimiento en pacientes diagnosticados con VIH que acuden a un hospital estatal. Región Lambayeque, 2018.

Dimensión		Resentimiento
Busca soporte social	r	-.093
	p	.291
	N	130

Fuente: Instrumentos aplicados.

En la tabla 8 se puede observar que entre la dimensión busca soporte social y el resentimiento existe una correlación negativa muy baja ($r = -0,093$) no significativa ($p > 0,05$).

Tabla 9

Análisis correlacional entre busca soporte emocional y resentimiento en pacientes diagnosticados con VIH que acuden a un hospital estatal. Región Lambayeque, 2018.

Dimensión		Resentimiento
Busca soporte social	r	.015
	p	.870
	N	130

Fuente: Instrumentos aplicados.

En la tabla 9 se puede observar que entre la dimensión busca soporte emocional y el resentimiento existe una correlación positiva muy baja ($r = 0,015$) no significativa ($p > 0,05$).

Tabla 10

Análisis correlacional entre reinterpretación y resentimiento en pacientes diagnosticados con VIH que acuden a un hospital estatal. Región Lambayeque, 2018.

Dimensión		Resentimiento
Reinterpretación	r	-.052
	p	.559
	N	130

Fuente: Instrumentos aplicados.

En la tabla 10 se puede observar que entre la dimensión reinterpretación y el resentimiento existe una correlación negativa muy baja ($r = -0,052$) no significativa ($p > 0,05$).

Tabla 11

Análisis correlacional entre aceptación y resentimiento en pacientes diagnosticados con VIH que acuden a un hospital estatal. Región Lambayeque, 2018.

Dimensión		Resentimiento
Aceptación	r	-.095
	p	.284
	N	130

Fuente: Instrumentos aplicados.

En la tabla 11 se puede observar que entre la dimensión aceptación y el resentimiento existe una correlación negativa muy baja ($r = -0,095$) no significativa ($p > 0,05$).

Tabla 12

Análisis correlacional entre retorno a la religión y resentimiento en pacientes diagnosticados con VIH que acuden a un hospital estatal. Región Lambayeque, 2018.

Dimensión		Resentimiento
Retorno a la religión	r	.184
	p	.036
	N	130

Fuente: Instrumentos aplicados.

En la tabla 12 se puede observar que entre la dimensión retorno a la religión y el resentimiento existe una correlación positiva muy baja ($r = .184$) significativa ($p < 0,05$).

Tabla 13

Análisis correlacional entre análisis de emociones y resentimiento en pacientes diagnosticados con VIH que acuden a un hospital estatal. Región Lambayeque, 2018.

Dimensión		Resentimiento
Análisis de emociones	r	.021
	p	.815
	N	130

Fuente: Instrumentos aplicados.

En la tabla 13 se puede observar que entre la dimensión análisis de emociones y el resentimiento existe una correlación positiva muy baja ($r = 0,021$) no significativa ($p > 0,05$).

Tabla 14

Análisis correlacional entre negación y resentimiento en pacientes diagnosticados con VIH que acuden a un hospital estatal. Región Lambayeque, 2018.

Dimensión		Resentimiento
	r	.179
Negación	p	.042
	N	130

Fuente: Instrumentos aplicados.

En la tabla 14 se puede observar que entre la dimensión negación y el resentimiento existe una correlación positiva muy baja ($r = 0,179$) significativa ($p < 0,05$).

Tabla 15

Análisis correlacional entre conducta inadecuada y resentimiento en pacientes diagnosticados con VIH que acuden a un hospital estatal. Región Lambayeque, 2018.

Dimensión		Resentimiento
	r	.201
Conducta inadecuada	p	.022
	N	130

Fuente: Instrumentos aplicados.

En la tabla 15 se puede observar que entre la dimensión conducta inadecuada y el resentimiento existe una correlación positiva muy baja ($r = 0,201$) significativa ($p < 0,05$).

Tabla 16

Análisis correlacional entre distracción y resentimiento en pacientes diagnosticados con VIH que acuden a un hospital estatal. Región Lambayeque, 2018.

Dimensión		Resentimiento
Distracción	r	.155
	p	.079
	N	130

Fuente: Instrumentos aplicados.

En la tabla 16 se puede observar que entre la dimensión distracción y el resentimiento existe una correlación positiva muy baja ($r= 0,155$) no significativa ($p>0,05$).

4. DISCUSIÓN

En el presente trabajo de investigación el cual tuvo como objetivo determinar la relación entre afrontamiento al estrés y resentimiento en pacientes diagnosticado con VIH que acuden a un hospital estatal. Región Lambayeque, 2018. Pertenece al diseño no experimental de tipo descriptivo- correlacional. Entre los resultados generales se encontró que entre las dimensiones retorno a la religión, negación, conducta inadecuada y la variable resentimiento existe una relación positiva muy baja ($r=0,184$; $r=0,179$; $r=0,201$) significativa ($p<0,05$) esto quiere decir que estas dimensiones de la variable afrontamiento al estrés y resentimiento dependen una de la otra, es decir cuando haya resentimiento aparecerá el retorno a la religión, negación, conducta inadecuada. Para Carver (1987) el retorno a la religión emplea las creencias religiosas para aliviar la tensión producida por la situación estresante; en la negación el sujeto no cree que la situación estresante existe o actuando como si no fuera real; y la conducta inadecuada disminuye los esfuerzos para afrontar la situación estresante, dándose por vencido al intentar lograr sus metas. Por otro lado para Sánchez, O. y Reyes, C. (1993) el resentimiento “es un estado de desajuste afectivo, que consiste en volver a experimentar un sentimiento esencialmente doloroso, de rencor inconsciente, de envidia, odio impotente, manifestándose en cólera hacia el mundo por un maltrato real o imaginario”. Prosiguiendo con el análisis se encontró que entre la dimensión afrontamiento directo y la variable resentimiento existe una correlación negativa muy baja ($r=-0,188$) significativa ($p<0,05$). Esto quiere decir que a menos afrontamiento directo, más resentimiento se puede encontrar. Para Carver (1987) el afrontamiento directo se utiliza confrontando la situación estresante para atenuar sus efectos. Por otro lado para Sánchez, O. y Reyes, C. (1993) el resentimiento “es un estado de desajuste afectivo, que consiste en volver a experimentar un

sentimiento esencialmente doloroso, de rencor inconsciente, de envidia, odio impotente, manifestándose en cólera hacia el mundo por un maltrato real o imaginario”.

Por otro lado entre las dimensiones planificación de actividades, supresión de actividades, retracción de afrontamiento, busca soporte social, busca soporte emocional, reinterpretación, aceptación, análisis de emociones, distracción y la variable resentimiento no existe relación significativa ($P>0,05$). Esto quiere decir que ambas variables actúan de forma independiente. Para Carver (1987) la planificación de actividades se usa analizando y organizando los pasos a seguir al afrontar la situación estresante, proponiendo las estrategias a seguir y eligiendo las mejores alternativas; la supresión de actividades dejando de lado otros proyectos, concentrándose en los esfuerzos necesarios para afrontar la situación estresante; retracción de afrontamiento actuando sobre la situación estresante en el momento apropiado sin precipitarse; busca soporte social buscando el consejo, la asistencia o la información pertinente para afrontar la situación estresante; busca soporte emocional buscando apoyo moral y afectivo, empatía y comprensión de otras personas para aliviar la tensión producida de la situación estresante; reinterpretación evaluando asertivamente la situación estresante, asumiendo la experiencia como un aprendizaje valioso para el futuro; aceptación asumiendo la situación estresante como un hecho inmodificable con el que se tendrá que convivir; análisis de emociones centrando la atención en la ansiedad experimentada y expresando los sentimientos producidos por la situación estresante; distracción realizando diversas actividades para no pensar acerca de la dimensión conductual de la situación estresante. Por otro lado para Sánchez, O. y Reyes, C. (1993) el resentimiento “es un estado de desajuste afectivo, que consiste en volver a experimentar un sentimiento esencialmente doloroso, de rencor inconsciente, de envidia, odio impotente, manifestándose en cólera hacia el mundo por un maltrato real o imaginario”.

Por otro lado se encontró también que los modos Afrontamiento directo, busca soporte social, busca soporte emocional, reinterpretación, aceptación, retorno a la religión suelen usarlas frecuentemente; mientras que los modos planificación de actividades, supresión de actividades, retracción de afrontamiento, análisis de emociones, negación, conducta inadecuada, distracción las utilizan dependiendo de las circunstancias. Esto quiere decir que hay tendencias marcadas hacia ciertos modos de afrontamiento al estrés.

Finalmente se encontró que el 75,4% de los evaluados presenta una tendencia muy marcada de resentimiento y sólo el 24,6% encuentra acentuado el resentimiento esto quiere decir que las personas que se sienten traicionadas, frustradas, impotentes, limitadas, víctimas de injusticias por lo que culpan a otros de sus fracasos, teniendo un rencor permanente hacia la vida y hacia las personas.

5. CONCLUSIONES

Después de conocer los resultados de la presente investigación se llega a las siguientes conclusiones:

- Entre las variables afrontamiento al estrés y resentimiento existe una correlación muy débil, pero estadísticamente significativa.
- Entre las dimensiones retorno a la religión, negación, conducta inadecuada y la variable resentimiento existe una relación positiva muy baja ($r= 0,184$; $r=0,179$; $r=0,201$) significativa ($p<0,05$)
- Entre la dimensión afrontamiento directo y la variable resentimiento existe una correlación negativa muy baja ($r=-0,188$) significativa ($p<0,05$).
- Entre las dimensiones planificación de actividades, supresión de actividades, retracción de afrontamiento, busca soporte social, busca soporte emocional, reinterpretación, aceptación, análisis de emociones, distracción y la variable resentimiento no existe relación significativa ($P>0,05$).
- Los modos Afrontamiento directo, busca soporte social, busca soporte emocional, reinterpretación, aceptación, retorno a la religión suelen usarlas frecuentemente; mientras que los modos planificación de actividades, supresión de actividades, retracción de afrontamiento, análisis de emociones, negación, conducta inadecuada, distracción las utilizan dependiendo de las circunstancias.
- El 75,4% de los evaluados presenta una tendencia muy marcada de resentimiento y sólo el 24,6% encuentra acentuado el resentimiento.

6. RECOMENDACIONES

Después de conocer las conclusiones del presente trabajo de investigación se recomienda las siguientes actividades:

- Realizar talleres que se centren en la toma de decisiones que permitan mejorar los modos de afrontamiento al estrés en pacientes diagnosticados con VIH que acuden a un hospital estatal.
- Crear y desarrollar talleres de inteligencia emocional, con orientación cognitivo conductual que permitan mejorar los niveles de resentimiento en pacientes diagnosticados con VIH.
- Crear programas que involucren a la familia, con la finalidad de que los pacientes diagnosticados con VIH tomen conciencia de que no se encuentran solos y que en ellos encontrarán una motivación para afrontar dicha enfermedad.
- Realizar otras investigaciones con distintas variables con la finalidad de obtener nuevos hallazgos en la misma población.
- Promover campañas con fin de dar a conocer a la población la importancia de la prevención y el rol que cumple la familia para que los pacientes puedan salir adelante con dicha enfermedad.

7. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS Y ANEXOS.

- American Psychological Association (2010b). Manual de publicaciones de la American Psychological Association. México: Editorial El Manual Moderno.*
- Arenas, R. D. (2017). Resentimiento y depresión en pacientes con VIH-SIDA. Lima.*
- Arce, R., Seijo, D., & Vásquez, M. J. (2014) Capacidad para el afrontamiento de situaciones estresantes de los penados por violencia de género en la fase de ingreso. En T. Ramiro y M. T. Ramiro (Comps.), Avances en Ciencias de la Educación y del Desarrollo (pp. 1231-1236). Granada. Asociación Española de Psicología Conductual. Recuperado de: <https://goo.gl/DyrxdN>*
- Averill, J. R., & Rosenn, M. (1972). Vigilant and nonvigilant coping strategies and psychophysiological stress reactions during the anticipation of electric shock. Journal of Personality & Social Psychology, 23(1), 128-141.*
- Baker, B. J. (1980). Family Change and Coping Patterns of Wives of Prisoners. Dissertation Abstracts International, 41(4), 1791.*
- Bakhiyi, C. L., Calati, R., Guillaume, S., & Courtet, P. (2016). Do reasons for living protect against suicidal thoughts and behaviors? A systematic review of the literature. Journal of Psychiatric Research, 77, 92-108. doi:10.1016/j.jpsychires.2016.02.019*
- Beck, A. T., Kovacs, M., & Weissman, A. (1979) Assessment of suicidal intention: The Scale for Suicide Ideation. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 47(2), 343-352. <http://dx.doi.org/10.1037/0022-006X.47.2.343>*

- Bell, M. (Ed.) (1937). *Coping with crime: Yearbook of the National Probation Association* (Book). *Social Forces*, 17(4), 589-590.
- Carver, C.H., Scheier, M. & Weintraub, J. (1989). *Assessing coping strategies: A theoretically based approach. Journal of Personality and Social Psychology*, 56(2), 267-283.
- Carver, C.H. & Scheier, M. (1994). *Situational coping and coping dispositions in a stressful transaction. Journal of Personality and Social Psychology*, 66(1), 184-195.
- Cassaretto, M., & Martínez, P. (2012) *Razones para vivir en jóvenes y adultos: validación del RFL-YA. Revista de Psicología*, 39(1), 170-188
- Chesterton & Espinoza (2016). *Genero y Estilos de Afrontamiento en pacientes con VIH/SIDA de Esnitss en el Hospital Goyeneche*
- Cayambe & Haro (2016). *Estrategias de Afrontamiento y Calidad de Vida en Pacientes Diagnosticados con VIH en el Hospital Provincial General Docente Riobamba*
- Crosby (2017). *Afrontamiento al estrés y la Adherencia al Tratamiento antiviral de gran actividad (TARGA) en pacientes con VIH/sida del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins*
- De La Cruz & Lulo (2017). *Afrontamiento y Vulnerabilidad en Pacientes con VIH/SIDA atendidos en el Hospital Regional Zacarias Correa Valdivia Huancavelica*
- Folkman, S., Lazarus, R., Gruen, R. & De Longis, A. (1986). *Appraisal, coping, health status and psychological symptoms. Journal of Personality and Social Psychology*, 50(3), 571-579.

- Frydenberg, E. (1997). *Adolescent coping: Theoretical and research perspective*. Londres: Routledge.
- Frydenberg, E. & Lewis, R. (1993). Boys play sport and girls turn to others: Age, gender and ethnicity as determinants of coping. *Journal of Adolescence*, 16, 253-266.
- Frydenberg, E. & Lewis, R. (1997). *Manual: escalas de afrontamiento para adolescentes (ACS)*. Madrid: TEA ediciones.
- Frydenberg, E. & Lewis, R. (1999). Things don't get better just because you're older: A case for facilitating reflection. *British Journal of Educational Psychology*, 69, 81-94.
- Frydenberg, E., Lewis, R., Ardila, R., Cairns, E., & Kennedy, G. (2001). Adolescent concern with social issues: An exploratory comparison between Australian, Colombian, and Northern Irish students. *Peace and Conflict: Journal of Peace Psychology*, 7(1), 59-76.
- Gaviria, A. M. (2009). *Estrategias de Afrontamiento y Ansiedad-Depresión en Pacientes Diagnosticados con VIH/Sida*. Medellín.
- Hernández, R., Fernández, C., & Baptista, P. (2006). *Metodología de la investigación* (Vol. 4). México.
- Sampieri, R. H. (2018). *Metodología de la investigación: las rutas cuantitativa, cualitativa y mixta*. McGraw Hill Mexico.
- Martínez, L. K. (2016). *resentimiento y resiliencia en mujeres con diagnóstico de VIH/SIDA de un hospital nacional de Lima Metropolitana*, 2016. Lima.

TUCTO, Z. C. (2017). Afrontamiento y adaptación según modelo teórico de callista Roy en personas en salud con VIH/SIDA, en el hospital nacional Daniel Alcides Carrión 2016. Lima.

ANEXOS

ANEXO 1

CONSENTIMIENTO INFORMADO

La presente investigación es conducida por las bachilleres en Psicología de la Universidad Particular de Chiclayo con el objetivo de encontrar la relación entre afrontamiento al estrés y resentimiento en pacientes diagnosticados con VIH que acuden a un hospital estatal. Región Lambayeque, 2018.

Si usted accede a participar en este estudio, se le pedirá completar los cuestionarios. Su participación es estrictamente voluntaria.

La información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación. Sus respuestas al cuestionario serán anónimas. Si tiene alguna duda sobre este proyecto, puede hacer preguntas en cualquier momento durante su participación en él. Igualmente, puede retirarse en cualquier momento sin que eso lo perjudique en ninguna forma. Desde ya agradezco su participación.

.

PACIENTE

INVESTIGADORA FIRMA

ANEXO 2

CUESTIONARIO

MODOS DE AFRONTAMIENTO DEL ESTRÉS

Edad:

Sexo:

Procedencia:

Coloque un “X” debajo de la Columna V, si su respuesta es afirmativa o si coincide con la afirmación, o debajo de la columna F si su respuesta es distinta al enunciado

1.	Ejecuto acciones adicionales para deshacerme del problema		
2.	Elaboro un plan de acción para deshacerme del problema		
3.	Dejo de lado otras actividades para concentrarme en el problema		
4.	Me esfuerzo esperando el momento apropiado para enfrentar el problema.		
5.	Pregunto a personas que han tenido experiencias similares sobre lo que hicieron		
6.	Hablo con alguien sobre mis sentimientos		
7.	Busco algo bueno de lo que está pasando		
8.	Aprendo a convivir con el problema.		
9.	Busco la ayuda de Dios		
10.	Emocionalmente me perturbo y libero mis emociones		
11.	Me niego a aceptar que el problema ha ocurrido.		
12.	Dejo de lado mis metas		
13.	Me dedico a trabajar o realizar otras actividades para alejar el problema de mi mente		
14.	Concentro mis esfuerzos para hacer algo sobre el problema		
15.	Elaboro un plan de acción		
16.	Me dedico a enfrentar el problema, y si es necesario dejo de lado otras actividades		

17.	Me mantengo alejado del problema sin hacer nada, hasta que la situación lo permita		
18.	Trato de obtener el consejo de otros para saber qué hacer con el problema		
19.	Busco el apoyo emocional de amigos o familiares		
20.	Trato de ver el problema en forma positiva		
21.	Acepto que el problema ha ocurrido y no podrá ser cambiado		
22.	Deposito mi confianza en Dios		
23.	Libero mis emociones		
24.	Actúo como si el problema no hubiera sucedido realmente.		
25.	Dejo de perseguir mis metas		
26.	Voy al cine o miro la TV, para pensar menos en el problema		
27.	Hago paso a paso lo que tiene que hacerse		
28.	Me pongo a pensar más en los pasos a seguir para solucionar el problema		
29.	Me alejo de otras actividades para concentrarme en el problema		
30.	Me aseguro de no crear problemas peores por actuar muy pronto.		
31.	Hablo con alguien para averiguar más sobre el problema		
32.	Converso con alguien sobre lo que me está sucediendo.		
33.	Aprendo algo de la experiencia		
34.	Me acostumbro a la idea de que el problema ya ha sucedido		
35.	Trato de encontrar consuelo en mi religión		
36.	Siento mucha perturbación emocional y expreso esos sentimientos a otros		
37.	Me comporto como si no hubiese ocurrido el problema		
38.	Acepto que puedo enfrentar al problema y lo dejo de lado		
39.	Sueño despierto con otras cosas que no se relacionen al problema		
40.	Actúo directamente para controlar el problema		
41.	Pienso en la mejor manera de controlar el problema		

42.	Trato que otras cosas no interfieran en los esfuerzos que pongo para enfrentar el problema		
43.	Me abstengo de hacer algo demasiado pronto		
44.	Hablo con alguien que podría hacer algo concreto sobre el problema		
45.	Busco la simpatía y la comprensión de alguien.		
46.	Trato de desarrollarme como una persona a consecuencia de la experiencia		
47.	Acepto que el problema ha sucedido		
48.	Rezo más de lo usual		
49.	Me perturbo emocionalmente y estoy atento al problema		
50.	Me digo a mí mismo : “Esto no es real”		
51.	Disminuyo los esfuerzos que pongo para solucionar el problema		
52.	Duermo más de lo usual.		

ANEXO 3

ESCALA DE RESENTIMIENTO

Inventario De Actitudes Hacia La Vida

Edad:.....Sexo:.....Fecha:.....

INSTRUCCIONES: A continuación, Usted va a leer un conjunto de afirmaciones, luego de leerlas debe colocar un aspa (X) en la hilera correspondiente a SI o NO, según lo que indique mejor sus sentimientos hacia la afirmación. Usted debe responder de acuerdo con sus propios sentimientos y no de acuerdo con lo que crea debe ser. Aquí no hay respuestas buenas ni malas. Conteste por favor lo más rápido que pueda.

1. Con frecuencia me han echado injustamente la culpa por cosas.
2. Se me hace más fácil ganar que perder un juego.
3. Los seres que quiero me tratan con desconsideración a pesar de todo lo que hago por ellos.
4. Cuando puedo, hago sentir quien soy yo.
5. Quisiera que los que despreciaron mi afecto llegaran a arrepentirse y terminarán pidiéndome perdón.
6. Pocas veces me jacto de las cosas.
7. Comprendo que algunas personas, por sus errores y conflictos me traten injustamente.
8. Siento cólera hacia la gente que ha abusado de mi bondad e ingenuidad.
9. A veces me enojo.
10. A pesar de que otras personas son menos simpáticas que yo, veo que tienen mejor suerte en la vida, la amistad y el amor.

11. Muchas veces siento envidia.
12. A veces siento que soy marginado injustamente por las personas.
13. Estoy completamente libre de prejuicios de cualquier tipo.
14. Dejo algunas veces para mañana lo que debería hacer hoy.
15. A veces me lamento de que mi infancia haya sido menos feliz que la de otros.
16. Creo que mis anhelos e ilusiones nunca se realizarán por las pocas oportunidades que los otros me brindan.
17. Contesto siempre una carta personal tan pronto como puedo después de haberla leído.
18. Mis cualidades personales no han sido debidamente reconocidas.
19. Eso de que "las apariencias engañan" es muy cierto, sobre todo con gente que parece muy buena o muy amable.
20. Me río a veces de chistes groseros.
21. A veces pienso que otros tienen, sin merecerlo, más cosas que yo.
22. Me molesta saber que no tengo tanta ropa como otros.
23. En mi infancia hacía siempre lo que me decían, sin refunfuñar.
24. Me parece que mis padres fueron demasiado severos conmigo.
25. Es duro reconocer que siempre existiremos los oprimidos por debajo de los opresores.
26. He dicho algunas veces mentiras en mi vida.
27. He sido discriminado por mi raza.
28. Me complace saber que hay personas que viven más felices en sus hogares, de lo que yo vivo.