

CAPÍTULO
11

Estrés, salud y enfermedad: teoría

Objetivos de aprendizaje

Al terminar este capítulo, el lector deberá tener una idea clara sobre:

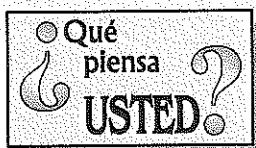
- Estrés como estímulo (factores estresantes).
- Estrés como resultado de la interacción entre un suceso y un individuo.
- El papel crítico de la valoración cognitiva.
- El carácter del estrés agudo y crónico.
- Los procesos psicológicos desencadenados por experimentar estrés.
- Cómo se manifiesta el estrés en diversas enfermedades.

DESCRIPCIÓN DEL CAPÍTULO

El principio de este capítulo pone de relieve las principales ideas sobre el estrés en cuanto a su naturaleza y definición, y destaca tres formas principales de estudiar el estrés: como estímulo, como transacción entre un suceso que actúa como estímulo y la valoración que hace el individuo del mismo, y como respuesta biológica y fisiológica. Se describe detalladamente el modelo psicológico del estrés propuesto por Richard Lazarus y sus colaboradores, con el que se describe el papel central de la valoración cognitiva. Esto se consigue analizando cómo nos afecta a todos el estrés en nuestra vida privada y laboral, y analizando los factores estresantes agudos y crónicos. La última parte del capítulo muestra la evidencia empírica de los procesos fisiológicos por los que el estrés, y nuestra respuesta al mismo, ejercen una influencia sobre la salud física, centrándose en particular en el cáncer, las enfermedades cardiovasculares y el VIH, aunque también se abordan otras enfermedades. Al final del capítulo deberá estar clara la naturaleza del estrés y de los procesos por los que éste puede tener un impacto sobre la enfermedad.

Conexión de estrés

El término «estrés» se utiliza extensamente, y con varios significados: probablemente todo el mundo cree que sabe qué es lo que significa, pero hay pocas personas que lo definan exactamente de la misma manera.



¿Qué significa para usted el término «estrés»? ¿Qué le hace sentirse estresado? ¿Cómo reacciona?

Piense en algún acontecimiento reciente que haya considerado estresante. ¿Por qué le resultó estresante? Reflexione sobre sus respuestas a estas preguntas a medida que vaya avanzando por el capítulo.

Por lo general, se ha analizado el estrés de una de las tres formas siguientes: como un estímulo o suceso externo a un individuo; como una transacción psicológica entre un suceso que actúa como estímulo y las características cognitivas y emocionales del individuo; o como una reacción física o biológica. Cada una de estas perspectivas, y sus metodologías correspondientes, tiene sus propias ventajas e inconvenientes, que se destacan en las próximas secciones.

Estrés como un estímulo

Al pensar en el estrés como un estímulo, los investigadores se centran en los propios sucesos estresantes y en el ambiente externo; es decir, una persona atribuirá su tensión a un suceso o sucesos, como mudarse de casa o casarse. Se considera que el suceso, y sus características, son susceptibles de medición y de tener una definición objetiva; por ejemplo, se puede etiquetar el suceso (por ejemplo, una boda) y se pueden evaluar aspectos del mismo como su proximidad (por ejemplo, la semana que viene, el año que viene). Los investigadores que recurren a este enfoque han estudiado el impacto de una amplia variedad de factores estresantes para individuos o grupos, incluyendo *sucesos catastróficos*, como un terremoto, una inundación o un accidente aéreo, y de manera más común, *eventos vitales importantes*, como perder el empleo o empezar un nuevo trabajo, casarse o divorciarse, tener un hijo, perder a un ser querido o irse de vacaciones. Se considera que estos acontecimientos vitales requieren un ajuste significativo por parte del individuo que los experimenta, y podrían incluir tanto acontecimientos positivos como negativos (por ejemplo, Pearlin, 1983).

Eventos vitales

Un término utilizado para describir acontecimientos de la vida de un individuo que se pueden considerar positivos o negativos, pero que requieren cierto ajuste por parte del individuo (por ejemplo, casarse o perder el empleo). Estos sucesos están implicados en la experiencia de estrés.

■ Teoría de los eventos vitales

Los principales defensores de este enfoque fueron Holmes y Rahe que, en 1967, propusieron su teoría sobre los eventos vitales. Propusieron que los eventos vitales que se producen de manera natural no tienen simplemente

consecuencias únicas para el individuo, sino efectos acumulativos; en otras palabras, cuantos más eventos vitales se experimentan, por ejemplo, durante el año pasado, mayor es la probabilidad de que se tengan problemas de salud física. Además, afirmaban que se pueden comparar los tipos de sucesos específicos. Para hacer estas afirmaciones, Holmes y Rahe hicieron una serie de interesantes estudios. Primero, invitaron a más de 5.000 participantes a generar una lista de los sucesos que consideraban más estresantes. A continuación, Holmes y Rahe generaron una lista representativa de 43 eventos mencionados comúnmente, incluyendo sucesos positivos, negativos, frecuentes e infrecuentes. Después pidieron a una nueva muestra de casi 400 personas que clasificaran los sucesos de la lista en función del grado de perturbación que les había causado el evento si lo habían experimentado. Además, pidieron a los participantes que clasificaran cada uno de los sucesos respecto a casarse, evento al que los investigadores habían asignado de manera arbitraria un valor de 500. Por ejemplo, si uno de los entrevistados consideraba que un divorcio requería dos veces más ajuste que una boda, asignaba al divorcio un valor de 1.000. Al hacer la media de las puntuaciones recibidas por cada uno de los sucesos y, después, jerarquizarlos, Holmes y Rahe fueron capaces de generar una escala conocida como la escala de apreciación de reajuste social (SRRS: *Social Readjustment Rating Scale*; Holmes y Rahe, 1967; véase la Tabla 11.1), con unos valores que ascendían hasta 100 (el máximo de 100 se asignó al fallecimiento del cónyuge, que, de media, constituyó el suceso que requería más ajuste). Los valores se denominaron unidades de cambio vital. El reajuste social se definió como «la intensidad y periodo de tiempo necesarios para acomodarse a un evento vital, *independientemente de la deseabilidad de*

Tabla 11.1 Ítems representativos de los eventos vitales tomados de la escala de apreciación del reajuste social y sus unidades de cambio vital (UCV)

Suceso	Clasificación en UCV (1-100)
Fallecimiento del cónyuge	100
Divorcio	75
Fallecimiento de un familiar próximo	63
Enfermedad o lesión personal	53
Matrimonio	50
Pérdida del puesto de trabajo	47
Jubilación	45
Problemas sexuales	39
Fallecimiento de un amigo cercano	37
Cambio a un nuevo trabajo	36
Solicitud de un préstamo o una hipoteca	30
Abandono del hogar por parte de los hijos	29
Logro personal destacable	28
Inicio o final de la escolarización	26
Problemas con un superior	23
Cambio de residencia	20
Cambio de actividades sociales	18
Vacaciones	13
Navidades	12

Fuente: Holmes y Rahe (1967).

este suceso» (Holmes y Masuda, 1974: 49), poniendo de relieve el hecho de que, tanto los eventos positivos (por ejemplo, el matrimonio), como los negativos (por ejemplo, ser despedido por una reducción de plantilla) requerirían cierto ajuste por parte del individuo. Un estudio posterior de 88 médicos (Rahe, 1974) concluyó que cuanto mayor era la puntuación en unidades de cambio vital, mayor era el riesgo de tener mala salud. De los 96 grandes cambios de salud referidos por los participantes, 89 se produjeron en individuos con una puntuación superior a 150 unidades de cambio vital; y cuando la puntuación era superior a 300, más del 70 por ciento de los médicos informaban de haber presentado posteriormente problemas de salud. Los individuos que tenían una puntuación inferior a 150 unidades de cambio vital tendían a informar de una buena salud. Holmes y Masuda (1974) definían la *crisis vital leve* como una crisis relacionada con una puntuación de entre 150 y 199 unidades de cambio vital; una *crisis vital moderada* como aquella producida cuando las puntuaciones se situaban entre 200 y 299, una *crisis vital grave* cuando la puntuación era superior a 300. Estos autores recurrieron no sólo a su propio trabajo, sino al de otros investigadores de la época para respaldar sus hipótesis de que los cambios vitales pueden ser causa de una mala salud.

Limitaciones de la medición de los eventos vitales

Se ha puesto en duda la evidencia empírica de las relaciones entre las unidades de cambio vital y la mala salud (física y/o mental), (por ejemplo, Dohrenwend y Dohrenwend, 1982). Muchos de los propios estudios de Holmes y sus colaboradores, por ejemplo, partían de una evaluación retrospectiva, por la que se preguntaba a los participantes que ya estaban enfermos si habían experimentado o no eventos vitales antes de la aparición de la enfermedad. En aquellos estudios que recurrían a diseños prospectivos, la relación encontrada entre los eventos vitales y la enfermedad era mucho más débil o inexistente. Existen otras limitaciones en cuanto a los elementos que se han incluido en la escala. Por ejemplo, en función de la edad, muchos de los eventos mostrados no pueden ser aplicados (un divorcio, el nacimiento de un hijo, etc.). Algunos de los eventos enumerados pueden, sencillamente, no producirse con la suficiente frecuencia como para permitir que muchos individuos los mencionen o para que se experimenten sus efectos sobre la salud (por ejemplo, cambiar de casa, ir a la cárcel) y otros pueden estar entremezclados y cancelarse mutuamente o potenciar los efectos del otro (por ejemplo, el matrimonio requiere ajustes positivos pero coincide con una mudanza, percibida en términos negativos). Otros de los eventos considerados son vagos y ambiguos; por ejemplo, referirse a un «cambio de actividades sociales» podría significar muchas cosas. Finalmente, la asignación de unidades de cambio vital a los eventos supone que todas las personas van a clasificar los sucesos de la misma manera. Sin embargo, piense en el caso del divorcio. Para algunos individuos esto podría ser un suceso positivo que refleja el final de una relación insatisfactoria, mientras que para otros puede ser devastador y, posiblemente, un contratiempo inesperado. El enfoque de los eventos vitales

sobre el estrés no consigue, por tanto, abordar de manera sistemática muchos factores (internos y externos) que podrían moderar la relación entre los eventos estresantes y las enfermedades. El Capítulo 12 describe muchos de estos factores con más detalle.

A pesar de sus muchas limitaciones, estos trabajos pusieron de relieve el hecho de que los principales eventos vitales pueden ser estresantes, y muchos estudios longitudinales prospectivos siguen evaluando la experiencia de acontecimientos vitales de los sujetos estudiados partiendo de la base de que pueden influir sobre otras variables de interés para sus trabajos: por ejemplo, se puede ver minado el ajuste a la enfermedad por la ocurrencia de importantes cambios vitales.

Molestias de la vida

Además de los grandes y, a menudo, infrecuentes eventos vitales, la investigación ha puesto de relieve la naturaleza estresante de las *molestias* cotidianas. Kanner, Coyne, Schaefer *et al.* (1981, pág. 3) definieron estas complicaciones como «demandas irritantes, frustrantes, perturbadoras, que, hasta cierto punto, caracterizaron las transacciones cotidianas con el entorno» señalando aspectos como no tener suficiente dinero para comida o para ropa, perder cosas, tener una sobrecarga de responsabilidades, cometer pequeños errores tontos, o tener una discusión con la pareja. A diferencia de los grandes eventos vitales, estas complicaciones no suelen requerir un gran ajuste por parte del individuo que las experimenta. Se pensó que su impacto resultaría particularmente evidente si fueran frecuentes, crónicas o se repitieran durante cierto periodo de tiempo. Para comprobar esta hipótesis, Kanner y sus colaboradores desarrollaron una herramienta para evaluar las molestias cotidianas y encontraron que éstas están fuertemente asociadas a resultados físicos y mentales negativos, incluso cuando se controlaba la influencia de sucesos vitales mayores. Los sucesos considerados positivos, descritos como «satisfacciones» (por ejemplo, salirse con la suya, culminar una tarea, dar o recibir un regalo o cumplido, reírse) se consideraban más relevantes en esta propuesta que en la teoría de los eventos vitales. Kanner estudió tres grupos de personas (personas de mediana edad, profesionales y estudiantes) y encontró que estos grupos diferían en cuanto a la importancia que otorgaban a determinados sucesos, en concreto respecto a la importancia que otorgaban a los problemas económicos, las presiones de tiempo y trabajo, y las molestias sociales. En términos de satisfacciones, los grupos diferían en su valoración sobre tener buena salud, dedicar tiempo a la familia, y elementos hedonistas como ver a amigos y pasárselo bien. Esto plantea la importante pregunta de *cómo* se perciben y valoran los sucesos, y la influencia que puede tener la etapa de la vida o el papel que se desempeña sobre las percepciones de los potenciales estresores. Por tanto, este enfoque se aleja de la consideración del estrés simplemente en términos de estímulos.

Kanner también señala una curiosa diferencia entre sexos según la cual las mujeres experimentan síntomas psicológicos después de experimentar satisfacciones además de molestias, mientras que los hombres no se ven

afectados por las satisfacciones, lo que sugiere que tal vez las mujeres se vean afectadas por el «cambio», ya sea éste positivo o negativo. Estos hallazgos ponen de relieve la necesidad de reconocer que hay variaciones de las respuestas a los sucesos en función de cada individuo. Dos personas podrían experimentar el mismo número de sucesos y valorarlos de la misma manera, pero podrían experimentar efectos sobre la salud muy distintos. ¿A qué podría deberse? Se ha sugerido que sólo las molestias consideradas negativas dan lugar a resultados adversos, y que satisfacciones pueden «moderar» el impacto de los sucesos negativos (por ejemplo, Cohen y Hoberman, 1983), pero la evidencia empírica acerca de esto no es concluyente. Volveremos sobre este tema en el Capítulo 12.

Si los indicadores de salud se ven afectados por este tipo de acontecimientos, ¿cuáles son los procesos (psicofisiológicos o conductuales) que producen este efecto? El enfoque del estrés como estímulo ha resultado atractivo para muchos epidemiólogos que han intentado identificar sucesos estresantes significativos y calcular su efecto sobre los resultados adversos para la salud, por ejemplo, los estudios sobre los efectos del desempleo en la morbilidad y la mortalidad (por ejemplo, House *et al.*, 1982, 1987). Sin embargo, estos estudios no nos dicen *cómo* afecta el desempleo a las enfermedades o, incluso, a las tasas de mortalidad, o *por qué* afecta a unos individuos pero no a otros (Marmot y Madge, 1987). Para responder a la pregunta de «*cómo*» tenemos que analizar las teorías fisiológicas del estrés (el estrés se manifiesta en respuestas biológicas) mientras que, para responder a la pregunta de «*por qué*», tenemos que analizar las teorías psicológicas del estrés (que incluyen la valoración cognitiva y la emoción). Un interesante estudio que apunta a las variables fisiológicas correlacionadas con el estrés es el de Burns, Carroll, Drayson *et al.* (2003). Estos autores analizaron los efectos de eventos vitales importantes y menores sobre la respuesta de los anticuerpos a la vacuna contra la gripe en una muestra de estudiantes universitarios a los que se hizo un seguimiento durante cinco meses. Encontraron que los participantes que tenían unos niveles de anticuerpos bajos a los cinco meses de haberse vacunado referían un número significativamente superior de eventos vitales en el periodo transcurrido. Aunque se trata de un estudio a una escala relativamente pequeña, señala la importancia de las vías fisiológicas por las que el estrés de los eventos vitales puede tener efectos sobre la salud y, en este caso, si se replicara este trabajo en estudios más amplios, tendrían repercusiones sobre el éxito a largo plazo de los programas de vacunación. En una sección posterior se analizarán plenamente otras investigaciones que identifican las vías fisiológicas de los procesos de estrés pero, primero, vamos a centrarnos en las explicaciones psicológicas.

El estrés como una transacción

Según la teoría psicológica, el estrés es una experiencia subjetiva, un estado interno que puede, o no, ser considerado por un observador externo como adecuado a la situación que ha evocado esa respuesta. Como decía

John Milton (1608-1674) en *El paraíso perdido*: «la mente es su propio mundo y, por sí sola, puede hacer un infierno del cielo, y un cielo del infierno». Esta afirmación apunta a lo que se ha convertido en el principio central de las teorías psicológicas del estrés: que la valoración que uno hace es central para considerar si un evento es estresante o no. La figura clave en este campo es Richard Lazarus que, con sus colaboradores (por ejemplo, Lazarus y Launier, 1987; Lazarus y Folkman, 1984), propuso lo que se denomina un modelo cognitivo transaccional del estrés. La evidencia de la importancia de los procesos psicológicos se obtuvo de anteriores estudios experimentales de Lazarus y sus colaboradores (por ejemplo, Speisman *et al.*, 1964), que expusieron sencillamente a los estudiantes participantes a películas estresantes al tiempo que registraban los niveles de estrés autoinformados y la activación fisiológica (es decir, ritmo cardíaco y conductancia de la piel). Un ejemplo incluía un desagradable vídeo sobre ritos de iniciación tribales que incluían una cirugía genital. Antes de ver la película, se dividió a los participantes en cuatro situaciones experimentales, mostrándose a cada uno distintas presentaciones y bandas sonoras. Un grupo escuchó una descripción intelectual de los ritos desde una perspectiva cultural (para incitar una respuesta de distanciamiento); otro escuchó un discurso que quitaba hierro al dolor que estaban experimentando los iniciados «voluntariamente» y destacaba la excitación que sentían (para incitar una respuesta de negación); otro escuchó una narración que ponía el énfasis en el dolor y el trauma que padecían los iniciados (para destacar la amenaza percibida), y un grupo de control no recibió ningún tipo de información. Los resultados demostraron claramente que las presentaciones influían sobre cómo se veía la película, lo que quedaba reflejado tanto por el estrés autoinformado como por la conductancia de la piel, produciéndose un estrés significativamente inferior en el primer y segundo grupo (distanciamiento y negación), que en el tercero. Aunque estos estudios estaban inicialmente diseñados para estudiar la idea de las «defensas del yo» (es decir, lo que hacen los individuos para protegerse ante una amenaza), Lazarus se dio cuenta de que los procesos de valoración estaban mediando en las respuestas de estrés y de aquí que su trabajo posterior permitiera desarrollar una teoría del estrés que en la actualidad es de las más influyentes en psicología de la salud.

Según Lazarus, el estrés es el resultado de la interacción entre las características y valoraciones de un individuo, el entorno del suceso interno o externo (factor estresante) y los recursos internos o externos de que dispone una persona. Se considera que las variables cognitivas y motivacionales son centrales. El modelo inicial de Lazarus sostenía que, cuando los individuos tienen que hacer frente a un entorno nuevo o cambiante, desarrollan un proceso de valoración que puede ser de dos tipos: valoración primaria y secundaria.

■ Procesos de valoración primarios

En la valoración primaria el individuo analiza la calidad y la naturaleza del suceso-estímulo. Lazarus distinguía tres tipos de factores estresantes posi-

Respuesta de distanciamiento

Adoptar una perspectiva distante, a menudo científica, de un suceso o estímulo, para reducir la activación emocional.

Respuesta de negación

Adoptar una perspectiva que niega cualquier repercusión negativa de un suceso o estímulo. Si es una respuesta inconsciente, se considera un mecanismo de defensa.

Valoraciones

Interpretaciones de las situaciones, sucesos o comportamientos que hace un individuo.

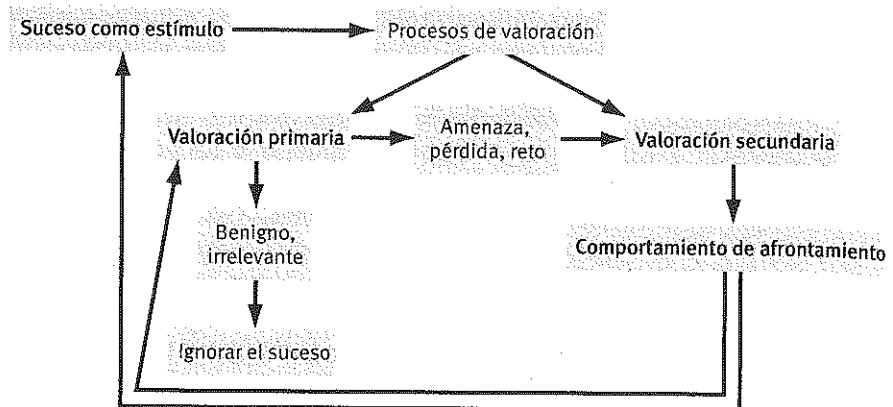


Figura 11.1 Modelo transaccional inicial del estrés de Lazarus.

Fuente: Adaptado de Lovallo (1997: 77).

bles: los que perjudican, los que amenazan y los que plantean un reto. El perjuicio se considera como un daño que ya se ha producido, es decir, una pérdida o un fracaso; la amenaza es la expectativa de un perjuicio futuro; y el reto se debe a las demandas que se valoran como oportunidades de crecimiento personal u oportunidades que el individuo se considera capaz de afrontar. Los sucesos que no son valorados ni como un perjuicio, ni como una amenaza ni como un reto se consideran sucesos benignos que no requieren ninguna acción. Las preguntas que uno mismo se plantea son del tipo «¿es esto algo de lo que me tengo que ocupar?» «¿Es relevante para mí?» «En caso afirmativo, ¿qué está en juego?». «¿Se trata de algo positivo, negativo o neutro? Si es potencialmente negativo, o directamente negativo, ¿me está planteando un reto o un posible perjuicio/amenaza?». Al mismo tiempo que se hacen estas valoraciones, pueden surgir emociones que desencadenen varias respuestas fisiológicas, como describiremos más adelante.

■ Procesos de valoración secundaria

Al mismo tiempo que se hacen las valoraciones primarias, Lazarus propuso que se inician valoraciones secundarias por las que uno evalúa los propios recursos y capacidades para afrontar el factor estresante (potencial de afrontamiento). Las preguntas que uno se plantea en esta etapa son del tipo: «¿cómo voy a resolver esto?», «¿qué es lo que puedo utilizar o a quien puedo llamar para que me ayuden?». Los recursos pueden ser tanto internos (por ejemplo, fortaleza, determinación) como externos (por ejemplo, apoyo social, dinero).

Utilizando como ejemplo un próximo examen, se pueden hacer varias valoraciones, por ejemplo:

- No tengo ninguna posibilidad de tener éxito. Sencillamente, sé que voy a suspender (amenaza + falta de recursos = estrés).
- Esto va a ser realmente difícil. Sencillamente, no soy tan listo como los otros estudiantes (amenaza + recursos internos limitados = estrés).

- A lo mejor lo consigo si estudió mucho (reto + posibles recursos internos = estrés).
- A lo mejor lo consigo si me ayudan un poco mis amigos (reto + recursos externos = menos estrés).
- No tengo ningún problema. Me lo sé ya todo (benigno).
- Conseguí aprobar la última vez, también lo conseguiré ésta (benigno).

Los primeros trabajos de Lazarus sostenían que se experimentaría estrés cuando el perjuicio o la amenaza percibidos fueran elevados, pero la capacidad percibida de afrontamiento era baja, mientras que cuando la capacidad percibida de afrontamiento era valorada como alta (es decir, cuando se consideraba que se disponía de recursos para afrontar la amenaza) era probable que el estrés fuera mínimo. En otras palabras, el estrés surgía debido al desajuste entre las demandas y los recursos percibidos, que pueden cambiar a lo largo del tiempo. Es importante destacar que el estrés se considera un proceso dinámico.

■ Desarrollos en el enfoque de Lazarus

En la década de 1990 Lazarus consideró cada vez más que el proceso de estrés formaba parte de un campo más general de emociones y modificó consecuentemente su teoría de la valoración cognitiva del estrés (Lazarus, 1991a). También colaboró con un eminente colega de la época (Smith y Lazarus, 1993), aunque los dos académicos diferían ligeramente en cuanto a los elementos propuestos de la valoración. Smith proponía que la valoración primaria estaba compuesta por dos valoraciones secuenciales: una de *relevancia motivacional*, es decir, el grado en que se considera que el suceso es relevante para las metas o compromisos actuales de uno; y la otra de la *congruencia motivacional*, es decir, el grado en que se percibe que la situación es compatible con las metas actuales. Es probable que se produzca estrés cuando la relevancia es alta y la compatibilidad baja. A continuación se ilustra esta situación:

VALORACIÓN	
Relevancia motivacional «El examen propuesto en clase es importante para mí»	Congruencia motivacional «Preferiría irme de fiesta»
Relevancia alta	Compatibilidad baja

Lazarus también incluía en la valoración primaria una valoración de la *participación del ego* por la que las valoraciones de la amenaza a la autoestima o la estima social provocarían ira, los sucesos que violaran el código moral propio darían lugar a sentimientos de culpabilidad, y cualquier amenaza existencial crearía ansiedad.

Eliminar las valoraciones de la amenaza/reto y del perjuicio/pérdida de la definición cognitiva central de la valoración primaria y, en su lugar, adjuntar éstas a los tipos de emociones es relevante para la forma que tenemos de pensar sobre el estrés. Antes de este cambio se solía ignorar el

hecho de que las valoraciones están relacionadas con las emociones, a pesar de que esta relación tiene sentido desde un punto de vista intuitivo. Por ejemplo, la valoración de un suceso como una amenaza precederá probablemente a la emoción del miedo, mientras que es probable que la valoración de una pérdida preceda a una emoción de tristeza (Smith y Lazarus, 1993). Las valoraciones relacionadas con las emociones positivas no están tan bien definidas, pero las valoraciones positivas, como las de beneficios, ganancias o retos, pueden preceder a emociones como la alegría o la esperanza. Uno de los primeros investigadores del estrés, Hans Selye (1974), conocido generalmente por su trabajo sobre las respuestas fisiológicas a los estímulos estresantes (*véase* una sección posterior), ha diferenciado entre estrés bueno y malo; entre «eustrés», (*eustress*) es decir, estrés bueno relacionado con sentimientos positivos o estados saludables, y «distrés» (*distress*), es decir, un tipo de estrés malo relacionado con sentimientos negativos y estados corporales alterados. Aunque no detalló de qué manera diferían estos dos tipos de estrés en cuanto a la respuesta fisiológica, su distinción sigue siendo importante, y los intentos de investigación, como aquellos que analizan las emociones relacionadas con las distintas formas de valorar el estrés, avanzan en cierta medida en la consideración de esta distinción.

Tabla II.2 Emociones relacionadas con la valoración (Lazarus, 1993)

- Pérdida/daño: tristeza, depresión, angustia, desesperanza
- Amenaza: ansiedad, miedo, ira, celos
- Reto: preocupación, esperanza, confianza

La valoración secundaria también se hizo más compleja con la colaboración de Smith, constando de cuatro valoraciones (Smith) o de tres (Lazarus):

1. *Responsabilidad internal/externa* («culpa/mérito», Lazarus): hace referencia a la atribución de la responsabilidad de un suceso. Permite diferenciar entre emociones de ira (se culpa a otros) y de culpa (se culpabiliza a uno mismo). El reconocimiento se estudia menos que la culpabilidad, pero se puede relacionar con emociones como el orgullo.
2. *Potencial de afrontamiento centrado en los problemas*: analiza el grado en que se percibe que se puede cambiar la situación mediante opciones de afrontamiento instrumentales (prácticas, centradas en los problemas). Si no se percibe que se puede cambiar la situación, se despertarán emociones de miedo y ansiedad.
3. *Potencial de afrontamiento centrado en las emociones*: hace referencia a la percepción de la capacidad de afrontar emocionalmente la situación. La percepción de no ser capaz de afrontar la situación puede estar relacionada con emociones de miedo, ansiedad o tristeza.
4. *Expectativa futura sobre el cambio de situación*: hace referencia a las posibilidades percibidas de que se pueda cambiar la situación. La tristeza está relacionada con percepciones de imposibilidad de cambiar.

Lazarus combinó los puntos 2 y 3, haciendo referencia, sencillamente, al «potencial de afrontamiento».

El factor importante que hay que retener de estos desarrollos de la teoría de Lazarus es que se tiene en cuenta tanto el papel de las emociones como el de las cogniciones, estando ambas facetas interrelacionadas en una transacción continua y dinámica. Además, esta teoría propone que se almacenan impresiones emocionales de los sucesos en la memoria, y que éstas influirán en la forma en que valoraremos el mismo suceso si vuelve a producirse en el futuro.

■ Críticas al enfoque de Lazarus

Parece que el enfoque transaccional y su teoría de la valoración cognitiva tienen muchas ventajas; es compatible tanto con el modelo biológico como con el social, ya que tiene en cuenta el papel de los estímulos, de las respuestas emocionales y conductuales, las diferencias individuales y del entorno externo. Sin duda, en la literatura psicológica hay un gran cuerpo conocimiento empírico que respalda este enfoque, y se realizan pocos estudios sobre cómo se asume el estrés o la enfermedad sin tener en cuenta el papel central de las valoraciones y las diferencias individuales. En el próximo capítulo quedará patente. Sin embargo, ningún modelo o teoría consigue evitar las críticas, ya que ésta es la forma en que progresó el conocimiento científico. Algunos han criticado el enfoque de Lazarus por su circularidad. Por ejemplo, hay pocas investigaciones que hayan intentado analizar la naturaleza de la interacción entre la valoración primaria y la secundaria, es decir, entre las demandas percibidas y los recursos de afrontamiento percibidos. La demanda y la capacidad de afrontamiento no se definen de forma independiente, lo que da lugar a la crítica de que el modelo es tautológico (Hobfoll, 1989); dicho de forma sencilla, esto significa que el que se considere que un suceso sea exigente o no depende de la capacidad de afrontamiento percibida, y que el que se considere que la capacidad de afrontamiento es adecuada o no depende de las demandas (o exigencias) percibidas. Además, no está claro que la valoración primaria y la secundaria sean necesarias; por ejemplo, Zohar y Dayan (1999) encontraron que el estado de ánimo positivo de su muestra dependía fundamentalmente de las variables relativas al potencial de afrontamiento, y no de las variables relativas a la valoración primaria. Además, observaron que el estrés surgía y aumentaba a medida que aumentaba la relevancia de la motivación o lo que estaba en juego por el suceso, incluso en aquellas situaciones en que el potencial de afrontamiento no estaba restringido. Observaron que la más ligera incertidumbre sobre el potencial de afrontamiento modificaba los efectos de «lo que está en juego» (valoración primaria) en el estrés. Imagine, por ejemplo, una situación en la que una persona cree que el próximo examen es «de simulacro» y no contará para la nota final pero que, cuando llega al examen, se la comunica que no es un «simulacro» sino un examen «real». A pesar de haber revisado la materia del examen rigurosamente y no tener ninguna duda sobre el tema ni sobre la

capacidad de responder a las preguntas, es probable que esta nueva situación se valore de forma distinta porque su valor ha cambiado (ha aumentado lo que está en juego) y, por tanto, el estrés experimentado también cambiará (aumentará) a pesar de que los recursos (valoración secundaria del potencial de afrontamiento) no han variado. Estas conclusiones apuntan hacia la necesidad de seguir investigando la interacción entre las valoraciones primaria y secundaria, y si se puede seguir manteniendo el supuesto de que es necesario que las demandas sean mayores que los recursos para que se experimente estrés.

■ ¿Qué factores afectan a la valoración?

Aunque el Capítulo 12 se ocupará de las influencias personales e interpersonales sobre las valoraciones y respuestas de estrés, hay muchos aspectos del propio suceso que actúa como estímulo que pueden influir sobre la valoración que hace una persona:

- Sucesos que son *inminentes* (por ejemplo, los resultados de un examen que se van a entregar al día siguiente; el examen para obtener el carné de conducir al día siguiente, y no dentro de un mes).
- Sucesos que se producen en un *momento inesperado* de la vida (por ejemplo, enviudar a los 30 en vez de a los 70; la muerte de un hijo).
- Sucesos de naturaleza *impredecible* (por ejemplo, ser despedido en una reducción de plantilla).
- Sucesos *ambiguos* en cuanto a
 - rol personal (por ejemplo, empezar en un nuevo trabajo)
 - riesgo potencial o perjuicio implicado (por ejemplo, someterse a cirugía o tomar una nueva medicación).
- Sucesos *indeseables* (por ejemplo, tener que mudarse debido a haber perdido el trabajo y no por elección propia).
- Sucesos sobre los que el individuo percibe que no tiene *ningún control* (conductual o cognitivo).
- Sucesos que implican un importante *cambio vital* (por ejemplo, el nacimiento de un hijo, cambiar de ciudad).

El carácter de los factores estresantes potenciales varía, por tanto, enormemente de, por ejemplo, recibir el último aviso para pagar una factura a ser víctima de un desastre natural, de tener un resfriado a recibir el diagnóstico de tener una enfermedad potencialmente mortal. Como se ha indicado anteriormente, se ha encontrado que ciertos aspectos de los sucesos aumentan la probabilidad de ser valorados como estresantes. También se ha hecho una distinción adicional (por ejemplo, Sapolsky, 1994: 5) entre factores estresantes físicos agudos, que exigen una adaptación fisiológica inmediata (por ejemplo, ser víctima de un asalto); factores estresantes físicos crónicos (por ejemplo, estar enfermo o sobrevivir en un entorno hostil); exigencias fisiológicas a largo plazo para las que no estamos tan bien preparados, como el dolor; y factores estresantes psicosociales, que incluyen nuestras cogniciones, emociones y respuestas conductuales así

como la activación fisiológica que se desencadenará. Muchos psicólogos defienden que los tres tipos descritos anteriormente son, de hecho, psicosociales, ya que implican algo más que el simple suceso o estímulo.

Tipos de estrés

Estrés y pérdida de recursos

Hobfoll (1989) propuso un modelo de «conservación de recursos» del estrés por el que se supone que los individuos se esfuerzan por conservar o proteger sus recursos valiosos (por ejemplo, objetos, roles, características personales como la autoestima, energía, tiempo, dinero, habilidades). Hobfoll sugiere que el estrés ocurrirá cuando se produzca una pérdida real, o una amenaza de pérdida, de los recursos, o una falta de ganancias después de haber invertido recursos. Se piensa que los recursos son cuantificables y «reales» y, por tanto, «significan» lo mismo para todos los individuos cuando se pierden. Por tanto, esto quita el énfasis del papel de la valoración del individuo, central en el modelo de Lazarus. Hobfoll afirma que, cuántos más recursos se pierden, más difícil es sustituirlos, por lo que el estrés resultante será mayor. Esta cuantificación de los recursos se ajusta al tipo de evidencia empírica que se analizó en el Capítulo 2, es decir, que la deprivación socioeconómica, el desempleo y la pobreza, se encuentran todas ellas relacionadas con la enfermedad, independientemente de las valoraciones que haga el individuo. Al centrarse en la pérdida de elementos cuantificables, más que en las valoraciones, este modelo evita cualquier dificultad para diferenciar entre valoraciones y respuestas. Sin embargo, Marks, Murray, Evans *et al.* (2000) señalan que los constructos de pérdida y recursos no están bien definidos ni son fáciles de medir, y que este modelo deja sin contestar muchas preguntas. Por ejemplo, ¿hasta qué punto tiene que ser permanente la pérdida para que el individuo experimente estrés? ¿Tienen alguna importancia la rapidez y la magnitud de la pérdida de recursos? ¿La ganancia de recursos nunca genera estrés? (Algunos ganadores de la lotería tal vez duden de esto último.)

Hobfoll (1991) encontró que la rápida y extensa pérdida de recursos valorados, como la que se experimenta tras un desastre natural, está relacionada con respuestas de estrés traumático. Los desastres naturales suelen ser factores desencadenantes de un estrés agudo, pero muchos tienen consecuencias a largo plazo. A continuación se ofrecen ejemplos de los factores estresantes agudos.

Estrés agudo

Los estudios de los factores desencadenantes de un estrés agudo suelen distinguir entre sucesos que son infrecuentes pero catastróficos, y otros factores estresantes agudos más comunes, como los exámenes.

■ Catástrofes

Los terremotos, huracanes y accidentes de aviación son sucesos infrecuentes que no ofrecen al individuo muy poco o ningún tiempo de preparación. Las catástrofes naturales, como el tsunami asiático en 2004, y los desastres tecnológicos, como el accidente nuclear de Chernobil en 1986, provocan un intenso sufrimiento, físico y psicosocial, para las víctimas y para los de vivencia vicaria o «sanos preocupados», es decir, aquellos que no han sufrido directamente el desastre pero que se ven afectados por él, ya que plantea incertidumbres sobre su propia seguridad personal y su propio futuro. La teoría del estrés ambiental (Fisher, Bell y Baum, 1984; Baum, 1990) considera que el estrés es una combinación de respuesta fisiológica y psicológica a las exigencias, y se puede encontrar respaldo para esta hipótesis en muchos síntomas, físicos y psicológicos, referidos por los supervivientes de un desastre natural. Entre estas respuestas cabe destacar:

- pánico inicial;
- ansiedad;
- miedo fóbico;
- vulnerabilidad;
- sentimiento de culpa (sentimiento de culpa del superviviente);
- aislamiento;
- retraimiento (incluyendo algunos intentos de suicidio);
- ira y frustración;
- problemas interpersonales y conyugales;
- desorientación;
- sensación de desapego hacia los demás;
- pérdida de la sensación de seguridad;
- perturbaciones del sueño;
- alteraciones de la alimentación.

La gravedad y la duración de estos efectos parecen depender de la magnitud de la pérdida. Además de esta larga lista de posibles efectos, algunos individuos reviven continuamente el suceso en sueños perturbadores y/o sufren la sensación de revivir la experiencia. Estos síntomas pueden llevar a que se diagnostique al individuo un trastorno de estrés postraumático (*véase* el Capítulo 13).

El modelo de estrés basado en la «conservación de recursos» de Hobfoll se aplicó en un estudio de recursos perdidos o «pérdidas» realizado con 135 individuos evaluados tras el huracán Andrew en Estados Unidos (Benight, Ironson, Klebe *et al.*, 1999). Este estudio también analizaba el grado en que la autoeficacia en el afrontamiento (*véase* Bandura, 1986) determinaba las respuestas de estrés y la capacidad de los individuos para recuperarse de sus pérdidas utilizando el resto de sus recursos de afrontamiento. La autoeficacia en el afrontamiento dependía específicamente de la capacidad de satisfacer las necesidades tras el huracán, y las pérdidas estaban centradas en la pérdida de recursos materiales más que de recursos psicológicos, aunque se evaluaron ambos. En general, los resultados confirmaron una relación positiva entre la pérdida de recursos, la autoeficacia

Autoeficacia de afrontamiento

La creencia de que uno mismo puede llevar a cabo una determinada respuesta de afrontamiento en determinadas circunstancias.

en el afrontamiento y el malestar posterior. La pérdida de recursos estaba relacionada positivamente con el malestar a largo plazo, con los esfuerzos de afrontamiento activo mediando en esta relación y reduciendo la angustia del malestar experimentada.

Este estudio pone de relieve que la pérdida cuantificable de recursos es, en sí misma, perturbadora, pero que las valoraciones de la capacidad de afrontamiento también desempeñan un papel significativo. Estas conclusiones destacan que los factores desencadenantes de un estrés agudo pueden tener efectos crónicos sobre el bienestar psicológico del individuo. Las intervenciones para minimizar la sensación de angustia tienen, por tanto, que estar diseñadas adecuadamente con, por ejemplo, en el caso de los supervivientes del huracán Andrew, intervenciones que tienen un máximo efecto si están dirigidas tanto a restaurar los recursos perdidos (por ejemplo, casa, agua, ropa) como las creencias de autoeficacia de las víctimas. En el Capítulo 13 se discuten en profundidad las intervenciones centradas en la capacidad de afrontamiento y manejo del estrés.

■ Estrés ante los exámenes

Cohen, Evans, Stokols *et al.* (1986) encontraron que elevados niveles de estrés pueden afectar negativamente a la memoria y a la atención de los individuos durante actividades cognitivas. Por ejemplo, muchos estudiantes refieren la experiencia de tener en la punta de la lengua la respuesta a una pregunta, incluso recordar haberla revisado la noche anterior, pero ser incapaces de recordar la respuesta durante el examen. Otros leerán mal y malinterpretarán preguntas redactadas con claridad. Se ha descubierto que existe un nivel óptimo de activación necesario para mantener la atención y la memoria pero que, un exceso de estimulación, o una estimulación insuficiente, pueden perjudicar el rendimiento personal. Esto se conoce como la ley de Yerkes-Dodson, descrita por primera vez en 1908 (*véase* la Figura 11.2). Un examen cuyo resultado es deseado y valorado generará nor-

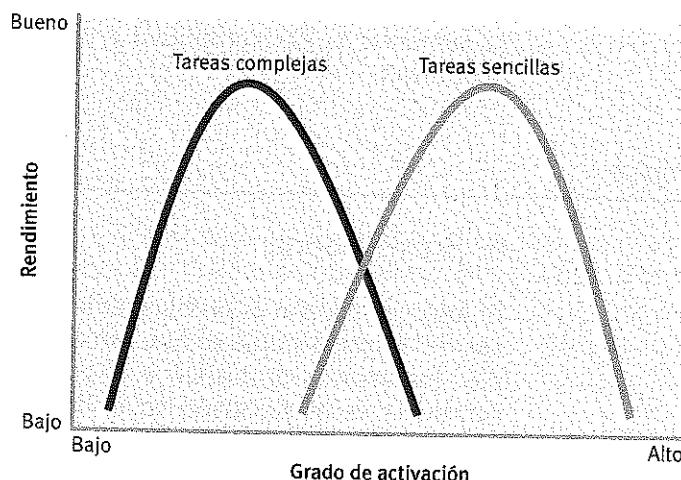


Figura 11.2 La Ley de Yerkes-Dodson.

Fuente: Rice (1992: 5).

malmente más estímulo que un examen cuyo resultado no lo es; pero la clave del buen rendimiento se encuentra en no estar demasiado activado de forma que se desaproveche todo lo aprendido y la mente se quede en blanco durante el examen.

Se ha encontrado que los exámenes influyen sobre conductas saludables y no saludables como fumar, picotear entre comidas, beber alcohol y hacer ejercicio físico (por ejemplo, Ogden y Mtandabari, 1997), y el estrés debido a factores educativos y familiares predecía el consumo de tabaco, pero sólo entre las adolescentes (Byrne y Mazanov, 2003). Esta relación entre el estrés y la conducta es una vía indirecta por la que se puede considerar que el estrés influye sobre el padecimiento de enfermedades. También se ha descubierto que el estrés de los exámenes afecta a las respuestas corporales, como la presión arterial, la cual se observó que aumentaba entre los estudiantes de medicina el día de los exámenes (Sausen *et al.*, 1992). Este tipo de estudio necesita evaluar continuamente índices físicos de la reactividad al estrés (como la presión arterial) para poder obtener múltiples líneas base de referencia con las que comparar los incrementos y reducciones de la presión arterial a lo largo del tiempo y durante distintas actividades. Para obtener este tipo de datos, Sausen y sus colaboradores utilizaron técnicas de control ambulatorio que utilizaban dispositivos que llevaban los individuos participantes y que se activaban a intervalos fijos y regulares para medir la presión arterial.

Se ha propuesto que existe una relación entre los factores estresantes agudos, como los exámenes, y las mismas enfermedades (en vez de centrarse en la reactividad fisiológica, que suele ser de corta duración y no plantea peligro para el individuo), siguiendo los resultados que encontraron que los estudiantes muestran una mayor prevalencia de infecciones en los períodos de exámenes en comparación con los períodos en que no tienen exámenes. Estos estudios suelen incluir muestras de sangre y han examinado marcadores inmunológicos del tipo que se analizará en una sección posterior (por ejemplo, Glaser, Rice, Sheridan *et al.*, 1987). Parece que los exámenes son, para muchos, suficientemente estresantes como para aumentar la susceptibilidad a la enfermedad mediante efectos inmuno-depresores.

Reactividad al estrés
La activación fisiológica (*arousal*) como un mayor ritmo cardíaco o una mayor presión arterial, que se experimenta durante una situación potencialmente estresante.

Estrés crónico

■ Estrés laboral

El lugar de trabajo es un buen entorno en el que estudiar los efectos crónicos del estrés, aunque se han estudiado otros muchos entornos, por ejemplo, los atascos de tráfico y el estrés en la carretera, la contaminación acústica y la masificación en el transporte público (Fisher, Bell y Baum, 1984; Topf, 1989). Parece que la pérdida de control desempeña un papel crucial en estas situaciones en la experiencia de estrés (para un análisis de esta situación véase el Capítulo 12). La mayoría de los individuos que trabajan experimentará en algún momento un estrés laboral y, aunque para

muchos el estrés será de corta duración o manejable, para otros es crónico y perjudicial, viéndose acompañado de, por ejemplo, cambios en los patrones de alimentación o de sueño, fatiga o tensión en las relaciones personales. También se ha relacionado el estrés laboral con el síndrome del *burn out* (Maslach, 1982, 1997). Se considera que terminar quemado es el resultado de un estrés laboral crónico de larga duración, parecido a la etapa final del síndrome de adaptación general de Selye: es decir, agotamiento tanto físico como mental. Maslach definió el síndrome del quemado como un síndrome en tres partes consistente en agotamiento emocional, despersonalización y reducción de los logros personales, que se produce entre los individuos que trabajan con cierta responsabilidad con otras personas, y que se puede relacionar tanto con la enfermedad física como con la enfermedad mental (Maslach, 1997). En relación con el síndrome del *burn out* existe el concepto de la carga del cuidador o estrés del cuidador, estudiado frecuentemente entre los individuos que tienen a su cargo a familiares con una enfermedad crónica o con condiciones como la enfermedad de Alzheimer. Esta condición se analizará en el Capítulo 15, en el que analizamos el efecto de la enfermedad sobre la familia y los amigos.

¿Qué tienen algunos trabajos que hace que sean tan estresantes? Una posible explicación del estrés en el entorno laboral es la que ofrecen las teorías del ajuste entre el individuo y el entorno (*véase* French, Caplan y Van Harrison, 1982), o el enfoque de la «bondad de ajuste» descrito por Lazarus (1991b). Estos enfoques sugieren que el estrés se produce porque existe una falta de ajuste entre las variables del entorno (demandas) y las variables de los individuos (recursos). Se considera que el «ajuste» es dinámico en vez de estático, y que las demandas y los recursos pueden cambiar a lo largo del tiempo. Sin embargo, los primeros trabajos se centraban más en las características del entorno laboral que en las diferencias individuales, siendo un buen ejemplo de ello el modelo de demanda-control del estrés laboral, o tensión laboral, planteado por Karasek y sus colaboradores (1979, 1981). Las características laborales identificadas como generadoras de estrés han sido:

- demandas,
- controlabilidad,
- predictibilidad,
- ambigüedad.

En la Tabla 11.3 se ilustra cómo se puede evaluar cada una de estas características generales con preguntas específicas. Se considera que los factores estresantes crónicos continuos, como una carga de trabajo excesiva permanente, crean estrés en los empleados, como por ejemplo, peticiones o interrupciones súbitas e inesperadas, verse obligado a tomar una decisión, o no tener claro qué es lo que se espera de uno.

El modelo de Karasek proponía que la combinación de demandas y control determinaría si un empleado padecía estrés o no (con una demanda elevada y un bajo control contribuyendo a un mayor estrés-tensión que en el caso de situaciones con muchas demandas y mucho control) (Karasek

Tabla III.3 Ejemplos de ítems para evaluar el estrés relacionado con el trabajo

	Nunca	Rara vez	A veces	A menudo	Casi siempre
Demandas					
<input type="checkbox"/> Mi carga laboral no se acaba nunca.					
<input type="checkbox"/> Hay que cumplir los plazos constantemente.					
<input type="checkbox"/> Mi trabajo es muy excitante.					
Control					
<input type="checkbox"/> Tengo autonomía para hacer mis tareas.					
<input type="checkbox"/> Hay demasiados jefes.					
Predictibilidad					
<input type="checkbox"/> Mi trabajo consiste en reaccionar ante emergencias.					
<input type="checkbox"/> Nunca tengo claro qué es lo que se espera de mí.					
Ambigüedad					
<input type="checkbox"/> Mi trabajo no está bien definido.					
<input type="checkbox"/> No estoy seguro de qué es lo que se espera de mí.					

Fuente: adaptado de Rice (1992: 188-192).

y Theorell, 1990). Aunque inicialmente se pensaba que el control percibido o real actuaba como un moderador de las demandas (en otras palabras, que el control «amortiguaba» los efectos negativos de las demandas), la revisión de los estudios utilizando el modelo de demandas-control laboral realizados entre 1979 y 1997 (van der Doef y Maes, 1998, 1999) encontró que sólo existía una evidencia empírica mínima de que el control o el apoyo social pudieran moderar el efecto negativo de una alta exigencia laboral sobre el bienestar o el síndrome del «burn out» (Rafferty, Friend y Landsbergis, 2001). Parece que las demandas y el control tienen efectos independientes y directos sobre el estrés.

No siempre es fácil, o factible, en muchos entornos laborales, intentar resolver o poner sobre la mesa los problemas de sobrecarga, insuficiencia de trabajo o ambigüedad del rol del trabajador, y se ha encontrado que el comportamiento de afrontamiento, (por ejemplo, entre los policías) incluye conductas perjudiciales para la salud (por ejemplo, consumo excesivo de alcohol) y absentismo laboral (por ejemplo, Alexander y Walker, 1994). Estas respuestas acarrean enormes costes para los empresarios en términos de pérdida de productividad, insuficiencia de personal y accidentes laborales (Cooper y Payne, 1988). Resulta interesante que se haya encontrado que tanto la falta de trabajo como el exceso de trabajo, resulte estresante, siendo para algunos empleados la frustración y el aburrimiento tan estresantes como la sobrecarga (French, Caplan y Van Harrison, 1982).

Algunos modelos sobre el estrés laboral han conseguido integrar lo que aporta el individuo al lugar de trabajo, en términos de características personales, cogniciones y recursos de apoyo, con las características del entorno (*véase* el recuadro sobre HALLAZGOS DE LA INVESTIGACIÓN).

Hallazgos de la investigación

Modelos de demandas-control-apoyo del estrés laboral

Morrison, V., Cottrell, L., Dawson, J., Jere, C., Jones, V. y Waddon, A. (2005; en preparación)
Stress, efficacy and support use amongst police staff.

Antecedentes

Se ha puesto a prueba y se ha demostrado en muchos estudios la utilidad del modelo de demanda-control/posibilidades de decisión sobre el estrés laboral de Karasek (modelo de demanda-control en el trabajo). Sin embargo, Johnson, Hall y Theorell (1989) propusieron que es necesario especificar mejor el control y que hay que incluir en el modelo el apoyo social, o la falta del mismo (véase Searle *et al.*, 2001; Van der Doef y Maes, 1999, para las revisiones). El modelo resultante es conocido como el modelo de demanda-control-apoyo social en el trabajo (JDSC: *job demand-control-support model*). Se han realizado más de 100 estudios utilizando el modelo ampliado y, por ello, se presta una mayor atención a las facetas relativas al individuo que son potencialmente más modificables mediante intervención, como las habilidades, las creencias sobre uno mismo o la utilización del apoyo social. Se han desarrollado varios estudios sobre estrés laboral entre miembros de las fuerzas policiales de diversos países (por ejemplo, Alemania: Kirkcaldy y Cooper, 1992; Gran Bretaña: Brown, Cooper y Kirkcaldy, 1996; Gales: Morrison *et al.*, 2002; Nueva Zelanda: Stephens *et al.*, 1997; Escocia: Biggam *et al.*, 1997; Holanda: Kop *et al.*, 1999), una profesión que se considera inherentemente estresante debido a las demandas operativas, burocráticas e interpersonales.

Objetivos

En un estudio de 699 policías y 230 empleados de apoyo, Morrison *et al.* investigaron las fuentes de estrés, personal y laboral, e intentaron identificar si las variables relativas a los recursos personales como la autoeficacia, y el apoyo recibido en el hogar y en el lugar de trabajo, moderaban el estrés percibido y el malestar emocional.

Métodos utilizados

Se utilizó un cuestionario semi-estructurado para recopilar información sobre el cargo y la duración del empleo en la policía, preguntas abiertas sobre estresores laborales y estresores interpersonales recientes, la evaluación del optimismo (LOT, Scheier y Carver, 1985), la autoeficacia (GSES, Jersusalem y Schwarzer, 1992), el apoyo social percibido en el hogar y en el lugar de trabajo, el estrés percibido (un único ítem), y angustia y malestar emocional (GHQ-12, Goldberg, 1992).

Resultados

El estrés percibido y la angustia emocional se relacionaban significativamente con bajos niveles de optimismo disposicional, una baja autoeficacia (un elemento del constructo control percibido) y reducidos niveles de apoyo social en el hogar y en el trabajo. Los niveles de estrés y de angustia eran elevados tanto entre el personal de apoyo como entre los agentes de policía. Surgieron diferencias significativas entre los niveles de estrés referidos en función del rango, con mayor estrés entre los rangos medios y altos como sargent-

tos y mandos superiores, que entre los agentes de patrulla. El rango también estaba significativamente correlacionado con los niveles de apoyo utilizados en el lugar de trabajo, ya que los rangos superiores referían un menor nivel de acceso y una menor utilización de apoyos en el lugar de trabajo. El apoyo en el hogar estaba relacionado con un menor nivel de estrés entre el personal asistente, mientras que el apoyo en el hogar y en el trabajo eran importantes para reducir el estrés entre los agentes de policía. Los recursos personales de autoeficacia y optimismo moderaban los niveles de estrés, beneficiándose particularmente las mujeres de una alta autoeficacia (aunque, como grupo, las mujeres tenían menores niveles de autoeficacia que sus compañeros varones). El personal de apoyo tenía, por lo general, menores niveles de autoeficacia que los agentes de policía. Los factores estresantes laborales fueron identificados, en términos generales, como relacionados con la burocracia (más papeleo, mala comunicación con los superiores) entre el personal de rango medio y bajo, y la sobrecarga laboral, en términos de más horas extras sin remunerar y la necesidad de llevar trabajo a casa, entre el personal con mayor rango.

Conclusiones

Las intervenciones para reducir el estrés en el lugar de trabajo pueden tener que abordar distintos factores en función del rango y del sexo. En el caso de las mujeres, las intervenciones podrían mejorar centrándose en las creencias sobre la autoeficacia y, en el caso de los rangos superiores, sería necesario mejorar la provisión de recursos de apoyo en el trabajo. Además, los resultados señalan diferencias en el uso y los beneficios de las distintas fuentes de apoyo social en función del rango, siendo más probable que sean los rangos superiores los que recurran a fuentes externas que a fuentes del entorno laboral.

Hasta ahora hemos establecido que las respuestas de estrés surgen de los sucesos y de las valoraciones de estos sucesos, pero todavía no hemos descrito qué es lo que ocurre tras estos procesos cognitivos o emocionales. El modelo transaccional de Lazarus sobre el estrés plantea que las valoraciones, y sus emociones correspondientes, dan lugar a esfuerzos de afrontamiento cognitivo y conductual, analizándose por completo la teoría del afrontamiento y el papel del afrontamiento para moderar los efectos del estrés en el Capítulo 12. Sin embargo, además de las respuestas de estrés psicológico, también hay respuestas biológicas y fisiológicas, lo que constituye una creciente área de investigación a la que vamos a prestar atención ahora.

El estrés como respuesta fisiológica

La idea del estrés como respuesta nos lleva a buscar explicaciones biológicas o fisiológicas sobre cómo afecta el estrés al cuerpo y, potencialmente, a la enfermedad; aquí, el supuesto es que los factores estresantes imponen demandas al individuo que se manifiestan en algún tipo de respuesta; en el campo de la física, esta respuesta se llamaría «tensión». Los defensores del modelo del estrés como «respuesta» describen cómo reaccionan los indivi-

Sistema nervioso central
 La parte del sistema nervioso compuesto por el cerebro y la médula espinal.

duos al peligro o a situaciones potencialmente dañinas, o incluso a demandas agradables, con una respuesta fisiológica y conductual coordinada (por ejemplo, Cassel, 1974, citado en Leventhal y Tomarken, 1987). Inicialmente, hay que valorar el suceso, lo que involucra al sistema nervioso central (SNC). La información sensorial y la valoración del suceso se combinan para iniciar respuestas autónomas y endocrinas, que transmiten información a la corteza cerebral y al sistema límbico que, a su vez, está unido al hipotálamo y al tronco cerebral. Se ha descubierto que, por ejemplo, la valoración de un suceso como *impredecible* afecta a diversas facetas de la activación fisiológica (Zakowski, 1995).

A continuación se resumen estos procesos, aunque en el Capítulo 8 se ofrece una mayor definición fisiológica y más detalles.

Los primeros trabajos sobre la respuesta de estrés

Sistema nervioso simpático

La parte del sistema nervioso autónomo que moviliza la energía para activar y mantener el *arousal* (por ejemplo, un mayor ritmo cardíaco).

Uno de los primeros investigadores del tema, Walter Cannon (1932), destacó el papel de las catecolaminas (adrenalina y noradrenalina) las cuales, cuando son liberadas de las glándulas adrenales del sistema nervioso simpático en forma de hormonas, aumentan la activación para facilitar la respuesta de «lucha o huida». Cuando se hace frente a un peligro inminente o a una gran amenaza (como cuando nos ataca un perro rabioso), la respuesta típica es una respuesta de activación fisiológica: boca seca, mayor ritmo cardíaco, respiración acelerada. Es esta activación la que refleja la liberación de adrenalina, una hormona que amplía las respuestas autónomas y facilita la liberación de las reservas de energía almacenadas, lo que permite una rápida respuesta, consistente en salir corriendo, o bien en luchar contra la amenaza. Este «síndrome de lucha o huida», razonaba Cannon, era *adaptativo* porque permitía rápidas respuestas a la amenaza, pero también *dañino*, porque perturbaba el funcionamiento emocional y fisiológico y, en caso de prolongarse, podía contribuir a muchos problemas médicos (los primeros trabajos con animales confirmaron esta hipótesis, exponiéndose a perros y monos a períodos prolongados de estrés, lo que producía un exceso de ácido hidroclórico en el estómago que contribuía a la formación de úlceras). En otras palabras, en situaciones de estrés crónico o continuo, esta respuesta de lucha-huida no sería adaptativa.

Después de Cannon, otro fisiólogo, Hans Selye (1956), descubrió (de forma accidental al hacer una investigación con animales sobre las hormonas sexuales) que había una triada de respuestas que se producían frecuentemente tras los desagradables procedimientos de inyección usados: las glándulas adrenales se agrandaban, el timo se contraía y se desarrollaban úlceras en el tracto digestivo. Prosigió sus descubrimientos iniciales durante más de 40 años de investigación utilizando diversos estímulos aversivos (inyecciones, calor, frío, ejercicio) y llegó a la conclusión de que había respuestas universales y no específicas al estrés: es decir, se producían las mismas respuestas fisiológicas tras una serie de estímulos, ya fueran agradables o desagradables, y la respuesta de «lucha-huida» sólo era la prime-

Síndrome de adaptación general

Secuencia de respuestas fisiológicas a un estrés prolongado, desde la etapa de alarma hasta el agotamiento, pasando por la etapa de resistencia.

ra etapa de la respuesta al estrés (por ejemplo, Selye, 1974). El modelo de estrés de Selye se conoce como el **síndrome general de adaptación**. (SGA). La respuesta al estrés se considera como una fuerza motriz innata de los organismos vivos para mantener el equilibrio interno, es decir, la homeostasis, y propuso que se hacía en un proceso de tres etapas:

1. *Reacción de alarma*: la percepción de un factor estresante es la respuesta inicial que puede provocar una reducción de las defensas corporales, y puede que la presión arterial y el ritmo cardíaco disminuyan inicialmente antes de aumentar a niveles superiores a los normales. Selye afirmó que esta activación no se podría mantener durante largos períodos. Atribuía su respuesta de estrés a la activación de la glándula pituitaria anterior que secreta ACTH y ésta estimula el córtex adrenal aumentando la liberación de glucocorticoides, aunque los procesos fisiológicos exactos sólo fueron descubiertos unos años más tarde (Pinel, 2003; Selye, 1991; y véase un apartado posterior).
2. *Etapa de resistencia*: la siguiente etapa es aquella en la que el cuerpo intenta adaptarse al factor estresante que no ha disminuido a pesar de los esfuerzos de resistencia realizados durante la etapa aguda/de alarma. La activación disminuye respecto a la que se vio en la etapa de alarma, pero sigue siendo superior a lo normal, y Selye señaló que esta etapa de movilización de las defensas corporales no podría durar indefinidamente sin que el organismo quedara vulnerable a la enfermedad.
3. *Etapa de agotamiento*: se producirá un agotamiento si la etapa de resistencia dura demasiado, provocando una drástica reducción de la energía y los recursos corporales. En esta etapa disminuye la capacidad de resistir al estrés, y Selye propuso que había una mayor probabilidad de «enfermedades de adaptación» como enfermedades cardiovasculares, artritis y asma.

Trabajos posteriores sobre la respuesta de estrés

Los trabajos de Cannon y Selye estimularon una enorme cantidad de investigación sobre la fisiología del estrés. Una buena parte de esta investigación no ha logrado confirmar la «respuesta inespecífica» propuesta por Selye, ya que se ha identificado que hay distintas respuestas fisiológicas relacionadas con distintos tipos de factores estresantes. La evidencia empírica de esta relación proviene de los consistentes hallazgos procedentes de estudios experimentales llevados a cabo en la década de 1980; por ejemplo, un estudio experimental que exponía a los participantes a distintos tipos de retos (mentales o físicos), y que tomaba muestras de sangre continuamente durante la exposición, encontró que los niveles de adrenalina en sangre aumentaban durante el estrés mental mientras que durante el estrés físico aumentaba el nivel de la noradrenalina (Ward, Mefford, Parker *et al.*, 1983, citado en Rice, 1992).

Sin embargo, existe un extenso y creciente cuerpo de conocimiento empírico que pone de manifiesto que los acontecimientos aversivos (y los positivos) producen cambios fisiológicos. Las respuestas de estrés típicas (por ejemplo, una respiración más rápida y profunda, un ritmo cardíaco acelerado, sudoración o temblores) se deben, no sólo a la activación del sistema pituitario anterior-córtex adrenal, como pensaba Selye, sino también a una mayor actividad de la rama simpática del sistema nervioso autónomo (SNA). El sistema nervioso autónomo se puede dividir en dos sistemas conectados: el sistema nervioso simpático (SNS) y el sistema nervioso parasimpático (SNP), que «existen en un estado de tensión dinámica pero antagonista» (Rice, 1992: 126). El sistema nervioso simpático participa en la activación y el consumo de energía (como ocurre durante la respuesta de «lucha-huida»), mientras que el sistema nervioso parasimpático participa en la reducción de la estimulación y en restaurar y conservar los almacenes de energía del cuerpo (como se produce durante el reposo) (*véase el Capítulo 8*). Ambos sistemas controlan las acciones de muchos órganos internos, como el corazón y la musculatura esquelética, estando su actividad mediada inicialmente por el neurotransmisor acetilcolina. La acetilcolina conecta las neuronas de las sinapsis espinales con el tronco cerebral, actuando a continuación los nervios sobre sus órganos diana. La mediación en la rama simpática viene dada por la noradrenalina (fibras adrenérgicas) y, en menor medida, por la adrenalina; mientras que en la rama parasimpática es la acetilcolina (fibras colinérgicas) la que hace esta última conexión.

La respuesta de estrés se mantiene tras la activación de corta duración producida por respuestas neuroendocrinas resultantes de la activación del sistema simpático-adrenomedular y la liberación de las catecolaminas adrenalina (epinefrina) y noradrenalina (norepinefrina), (entre paréntesis los términos utilizados en Estados Unidos), procedentes de las glándulas adrenales. Esta activación del sistema adrenal medular, junto con la acción más crucial del hipotálamo en la activación del córtex pituitario-adrenal (el sistema hipotalámico-pituitario-adrenocortical), permite a nuestros órganos corporales alterar su función normal para facilitar una respuesta adaptativa al estrés incluso en situaciones de estrés prolongado.

El sistema hipotalámico-pituitario-adrenocortical se origina en el hipotálamo, que libera su propia hormona, el factor de liberación de la corticotropina, (CRF) que controla la glándula pituitaria anterior en su secreción de la hormona adrenocorticotropa (ACTH). La ACTH pasa a continuación a la glándula adrenal, donde se liberan las hormonas adrenalina y noradrenalina, además de estimular la secreción glucocorticoide de la corteza adrenal, en concreto, el cortisol. Aunque el primer modelo de Cannon describía el papel de la adrenalina, Selye estaba más interesado en las respuestas adrenocorticales. Ahora sabemos que los glucocorticoides circulantes proporcionan energía para la «fase de alarma», ya que la liberación de glucocorticoides en el flujo sanguíneo regula los niveles de glucosa en sangre de los que se puede obtener energía. Casi todas las células del cuerpo humano contienen receptores glucocorticoides, y las hormonas como el cortisol afectan a todos los sistemas orgánicos importantes del cuerpo. Por

ejemplo, el cortisol inhibe la absorción de glucosa y grasa por las membranas celulares de forma que se pueda utilizar más para obtener energía de forma inmediata, aumenta el flujo sanguíneo y suprime la función inmunológica inhibiendo la acción de los fagocitos y los linfocitos, además de inhibir la inflamación de cualquier tejido dañado (por ejemplo, Antoni, 1987; Dantzner y Kelly, 1989). La supresión del sistema inmunológico provocada por el incremento del cortisol que circula por la sangre (cortisol sérico o s-cortisol) puede hacer que una persona sea vulnerable a infecciones. Sin embargo, se ha señalado, tras una revisión de la evidencia empírica sobre las respuestas endocrinas en situaciones estresantes, que la actividad del cortisol se extingue cuando se expone a un estrés crónico o a factores estresantes agudos repetidos (Rose, 1980, citado en Kasl, 1996; Nicolson y van Diese, 2000).

La activación del sistema hipotalámico-pituitario-adrenocortical también aumenta la producción de las hormonas del crecimiento y la prolactina, las beta-endorfinas y la encefalina, que también se encuentran en el cerebro en respuesta al estrés y que se cree que desempeñan un papel en las enfermedades inmunológicas y en problemas como la depresión. Las beta-endorfinas tienen una útil función analgésica (inhiben el dolor) y, como tales, pueden explicar por qué los individuos pueden soportar elevados niveles de dolor hasta que consiguen salir de la situación estresante o completar tareas exigentes: por ejemplo, hay casos de soldados con heridas graves que han conseguido arrastrarse a largas distancias para recibir ayuda, y atletas que pueden terminar una competición a pesar de tener lesiones musculares (por ejemplo, Wall, 1979).

Estas respuestas del sistema nervioso autónomo y endocrino (hormonal) funcionan juntas para preparar a nuestros cuerpos a atender a las demandas de nuestro entorno. Nuestro sistema nervioso autónomo puede trabajar «detrás del escenario», pero sus funciones son esenciales para las respuestas humanas básicas. La duración de algunas respuestas de estrés, como la liberación del cortisol, influye sobre si las respuestas son beneficiosas para el organismo o no. Por ejemplo, la producción de cortisol durante largos períodos de tiempo perjudica, de hecho, a la inmunidad. La investigación con animales (Antoni, 1987; Sapolsky, 1986; Sapolsky, 1996) ha sugerido que la exposición a largo plazo a estos glucocorticoides puede, de hecho, dañar neuronas en el hipocampo (*véase* el Capítulo 8), una zona del cerebro crucial para el aprendizaje y la memoria, habiéndose propuesto una relación con el proceso de envejecimiento (Sapolsky, Krey y McEwen, 1986), aunque será necesario hacer investigaciones con humanos para conocer más al respecto. La liberación prolongada de adrenalina y noradrenalina también es conocida por tener efectos negativos, incluyendo la supresión de la función inmunológica celular, un aumento del ritmo cardíaco y de la presión arterial, irregularidades del ritmo cardíaco (arritmia) y, potencialmente, hipertensión y enfermedades cardíacas (Fredrickson y Matthews, 1990).

La necesidad de combinar la comprensión psicológica y fisiológica del estrés puede verse en Fisher, Bell y Baum (1984), quienes propusieron la *teoría del estrés ambiental* que combinaba respuestas fisiológicas al estrés

(basado en la teoría SGA de Selye) con el tipo de procesos psicológicos descritos por Lazarus. Utilizando este modelo, Baum (1990) estudió a los supervivientes de diversas catástrofes, incluyendo el accidente nuclear de la Isla de las Tres Millas (Three Mile Island) (1979), y confirmó que coexistían procesos de estrés cognitivo con una activación fisiológica. Se encontró que los sucesos ambientales elitaron valoraciones de amenaza, que desencadenaron una «reacción de alarma» con su correspondiente activación autonómica. Tras la etapa inicial de horror, conmoción y alarma, se produjo una etapa en la que se activaron las estrategias de afrontamiento, como las de lucha, ataque o compromiso (etapa de resistencia) estando acompañadas estas estrategias de afrontamiento por emociones como el miedo o la ira. Si las estrategias no tenían éxito, se alcanzaba una etapa de agotamiento, o, si tenían éxito, se lograba una adaptación al factor estresante. El modelo también identificaba «costes» del proceso consistentes en una menor resistencia al estrés en términos de un deterioro del rendimiento físico, desórdenes psicosomáticos, y una menor tolerancia a la frustración. Algunos de estos efectos se han atribuido a cambios en la respuesta inmunitaria.

Estrés y alteración de la función inmunitaria

Se han relacionado con frecuencia las reducciones o alteraciones de la función inmunitaria con la vivencia de eventos vitales estresantes (por ejemplo, Ader, 2001; Dantzer y Kelley, 1989; Salovey *et al.*, 2000). El sistema inmunitario, tal y como se ha descrito en el Capítulo 8, es la defensa del cuerpo contra la enfermedad. Funciona produciendo determinados tipos de células que actúan contra los organismos externos (por ejemplo, bacterias, venenos, virus, parásitos) y contra las células anormales (por ejemplo, las células cancerosas) en el sistema sanguíneo y linfático. Estas amenazas potenciales para el cuerpo se conocen como antígenos. Las células inmunitarias son glóbulos blancos de dos grandes tipos, linfocitos y fagocitos, que se pueden encontrar en el sistema linfático, en el bazo y en la circulación de la sangre. Los fagocitos se ven atraídos por los lugares donde existe una infección debido a que el tejido libera mensajeros químicos. Éstos, cuando llegan a su destino, destruyen las células anormales o antígenos engulléndolas y consumiéndolas. La acción de los linfocitos es desencadenada por los fagocitos (por un subtipo conocido como macrófagos). Los linfocitos son células T (células CD4+ o células T colaboradoras, y células CD8+ o células T citotóxicas), células B (células de memoria y células plasmáticas) y células NK (*Natural Killers*). Las células B señalan a los antígenos invasores para poder identificarlos para su destrucción, y también «recuerdan» al antígeno para permitir una detección temprana de ataques futuros. Su plasma produce anticuerpos, que permanecen en el flujo sanguíneo hasta que desaparece el microorganismo o la enfermedad.

Las células NK ralentizan el crecimiento de las células anormales (por ejemplo, en el cáncer) de forma que las demás respuestas inmunitarias puedan organizar un ataque. El papel de los fagocitos y de las células NK

consiste en proporcionar una inmunidad no específica en tanto en cuanto proporcionan una primera línea de defensa general contra una amplia variedad de antígenos, mientras que la inmunidad específica es provista por las células B y T ante antígenos específicos para los que han sido sensibilizadas (*véase* la Tabla 11.4 para ver un resumen del papel de las células B y T).

Tabla 11.4 Inmunidad específica y tipos de células

Inmunidad humoral: células B	Inmunidad mediada por células: células T
Actúan en el torrente sanguíneo	Actúan en las células
Funcionan liberando anticuerpos que, a continuación, destruyen al antígeno	Incluyen las células de memoria, células T citotóxicas, células T colaboradoras (CD4+) y células T supresoras
Incluyen células de memoria	Maduran en el timo y no en la médula ósea como hacen otros glóbulos blancos

Cada tipo de células, NK, B y T, interactúan y se ayudan entre sí para luchar contra la infección o contra el crecimiento de células anormales. En el Capítulo 8 se detalla la acción más específica de cada uno de estos tipos de células. El sistema inmunitario también está afectado por el funcionamiento del sistema nervioso simpático y las respuestas endocrinas descritas anteriormente; por ejemplo, el sistema hipotalámico-pituitario-adrenocortical hace que se liberen hormonas como el cortisol de las glándulas adrenales, y se cree que estas hormonas estimulan el sistema inmune. Por desgracia, el cortisol parece dañar a las células T y B, y aumenta la susceptibilidad de un individuo a la infección, en vez de reducirla (Antoni, 1987). Por lo general, actualmente se acepta que hay una comunicación tanto entre el sistema neuroendocrino y el sistema inmunológico como dentro de cada uno de estos sistemas, desempeñando el cerebro un papel inmuno-regulador (por ejemplo, Blalock, 1994).

Lo importante para los psicólogos de la salud es que los estudios han encontrado una relación entre la proliferación de células B, T y NK y la experiencia subjetiva del estrés; en otras palabras, han demostrado que el estrés psicológico interfiere con el funcionamiento de nuestro cuerpo. Uno de los primeros estudios, realizado por Kiecolt-Glaser, Garnier, Speicher *et al.* (1984), encontró que había una significativa reducción de la actividad de las células NK entre los estudiantes antes de exámenes finales importantes, comparada con la actividad medida a mitad del curso. Además, aquellos estudiantes que referían sentimientos de soledad y un elevado número de eventos vitales estresantes recientes presentaban una actividad de las células NK significativamente inferior en ambos momentos comparado con los estudiantes que habían experimentado pocos eventos vitales estresantes y no tenían sentimientos de soledad.

Esta evidencia empírica fue confirmada simultáneamente en otros trabajos, pero hizo falta mucho tiempo para que se aceptaran los hallazgos de estos estudios experimentales porque estas conclusiones requerían un cambio de paradigma, de un paradigma que consideraba que el cuerpo funcionaba de forma independiente de la mente a un paradigma que acep-

taba el hecho de que los factores psicológicos podrían influir sobre la competencia inmunológica (es decir, sobre el grado en que nuestro sistema inmunitario funciona de forma eficaz). Desde finales de la década de 1970, el trabajo en esta nueva área de la psiconeuroinmunología (el estudio de cómo interactúan los factores psicosociales con el sistema nervioso y el sistema inmunitario) no ha dejado de progresar (para una revisión véanse Herbert y Cohen, 1993; Cohen y Herbert, 1996). Esta investigación proporciona a los científicos la oportunidad de valorar índices «objetivos» de la respuesta del estrés junto, y en relación con, autoinformes subjetivos de estrés.

A lo largo de este capítulo debería haber quedado claro que el estrés no es un proceso fisiológico único, sino un proceso extremadamente complejo. La experiencia del estrés es, en diversos grados, dependiente de los sucesos que actúan como estímulos (agudos o crónicos, físicos o psicológicos), de las representaciones internas de estos sucesos, incluyendo las valoraciones y respuestas emocionales del individuo, y del carácter y grado de activación fisiológica y conductual que se produce. El estrés tiene, sin duda alguna, un fuerte componente psicológico, además de que las respuestas de estrés cambian a lo largo del tiempo a medida que el individuo se ajusta (o no) a la situación. Dadas estas características, no resulta sorprendente que la medición del estrés resulte tan compleja, y en el próximo recuadro sobre CUESTIONES se analizan algunos de los relacionados con la medición del estrés.

Cuestiones

¿Se puede medir el estrés?

Al igual que con cualquier otro concepto, la forma en que se defina influirá sobre cómo se mida o evalúe. Hemos descrito tres grandes formas de pensar sobre el estrés: como un estímulo, como una valoración cognitiva y como una respuesta fisiológica, y cada una de estas perspectivas da lugar a distintas formas de evaluarlo.

La medición del estrés como estímulo resulta problemática dado lo descrito anteriormente respecto a las deficiencias del enfoque del estrés en función de los eventos vitales; si muchos de los eventos vitales son irrelevantes para el individuo debido a su edad o etapa vital, ¿significa que estos individuos están menos estresados porque se reduce su puntuación total potencial? Además, por lo general, los individuos buscan explicaciones sobre cómo se sienten o sobre los acontecimientos que han vivido: por ejemplo, es común que los individuos refieran mucho eventos vitales como predecesores de un ataque al corazón; por ello, la medición de las explicaciones retrospectivas de los eventos vitales puede, en este caso, generar una estimación exagerada del papel que desempeña el estrés en la enfermedad.

El estrés depende de la valoración, que incluye un estímulo, una cognición y una emoción y, por tanto, es necesario medir las valoraciones que hacen los individuos del suceso que actúan como estímulo, de sus emociones, de sus recursos percibidos, así como de su potencial de afrontamiento percibido. Las valoraciones del estrés tienden a ser evaluadas

preguntando sencillamente a la gente cómo se siente, o pidiendo que se complemente una evaluación psicométrica estandarizada. Un ejemplo utilizado frecuentemente es la escala del estrés percibido, que evalúa el grado en que se considera que las situaciones vitales son estresantes (Cohen, Kamarck y Mermelstein, 1983). Los ejemplos incluyen «Durante el último mes, ¿con qué frecuencia se ha sentido decepcionado por algo que le ha ocurrido de forma inesperada?» Y «Durante el último mes, ¿con qué frecuencia se ha encontrado con que no podía hacer todo lo que tenía que hacer?». (Con la siguiente puntuación: 0 = nunca; 1 = casi nunca; 2 = a veces; 3 = con bastante frecuencia; 4 = con mucha frecuencia.) Una puntuación elevada indica un mayor estrés percibido.

En cuanto a la evaluación de las respuestas individuales que se consideran indicativas de que existe estrés, muchos estudios incluyen una medición de la sensación de angustia o de otros estados de ánimo más concretos (por ejemplo, ira, depresión o ansiedad). Un instrumento utilizado frecuentemente es el cuestionario de salud general (GHQ; Goldberg y Williams, 1988). Hay varias versiones del GHQ que varían en función del número de ítems incluidos. La versión con 28 ítems mide una combinación de estados emocionales (ansiedad, insomnio, disfunción social, depresión severa y síntomas somáticos) mientras que la versión comúnmente utilizada de 12 ítems no diferencia entre éstos, aunque sigue siendo una medida discriminativa de desórdenes psiquiátricos. Los evaluados indican si han experimentado un síntoma o comportamiento particular «menos de lo habitual», «no más de lo habitual», «relativamente más que lo habitual» o «mucho más de lo habitual», y los ítems de ejemplo incluyen «¿recientemente... ha podido concentrarse en lo que fuera que estuviese haciendo?... se ha sentido infeliz y deprimido?... se ha sentido constantemente bajo presión? Esta escala se suele utilizar más como un indicador

Para poder evaluar los procesos de valoración secundaria centrales en el modelo de Lazarus, los trabajos de investigación también han utilizado frecuentemente medidas de los recursos personales, como la autoeficacia o el apoyo social percibido. Sin embargo, independientemente del número de instrumentos de evaluación utilizados, existen limitaciones inherentes a la valoración de una experiencia tan subjetiva como el estrés. Por ejemplo, es probable que la angustia y malestar sesguen las respuestas que se dan a preguntas sobre la naturaleza del factor estresante, o sobre el número de eventos vitales experimentados recientemente. Es probable que el sentir ansiedad o depresión influya sobre los recursos que uno considera que tiene disponibles. Evidentemente, estos aspectos de la experiencia de estrés interactúan entre sí, por lo que es necesario que las investigaciones diferencien entre los precursores de una respuesta del estrés de la propia respuesta de estrés.

Se puede medir el estrés como respuesta utilizando índices fisiológicos y físicos, como la tasa cardiaca, la presión arterial, la respuesta electrodérmica, los niveles de adrenalina, noradrenalina y cortisol en la sangre o en la saliva, u otros indicadores de un mayor nivel de cortisol como los reflejados en la disminución de las immunoglobulinas salivares (IgA-s). Sin embargo, incluso las medidas «objetivas» del estrés, como la tasa cardiaca, son susceptibles de cuestionamiento, ya que algunos individuos son, sencillamente, más «reactivos al estrés» que otros (Felsten, 2004). Por ejemplo, el nivel de incremento de la tasa cardiaca provocado por una amenaza física no es un nivel universal (Sherwood y Turner, 1992); se pueden relacionar estas diferencias con las variaciones de la actividad del sistema nervioso central (Lovallo, 1997) así como con otras diferencias individuales como la personalidad (por ejemplo, neuroticismo, Costa y McCrae, 1992a) las valoraciones y las experiencias anteriores (Lazarus, 1999).

A pesar del desafío que plantean las mediciones, un amplio número de investigaciones realizadas en este campo reconoce que, puesto que el estrés es una experiencia subjetiva, no se puede esperar que su medición sea una ciencia exacta. Como afirma Kasl (1996: 21): «Lo que tenemos, en el mejor de los casos, son indicadores indirectos y parciales del proceso de estrés, y estos indicadores tienden a medir, simultáneamente, demasiado y demasiado poco». Como ejemplo, hace referencia a la escala del estrés percibido, que mide «demasiado» en tanto en cuanto tiene una alta correlación significativa con la depresión, y mide «demasiado poco» en tanto en cuanto no evalúa los procesos de valoración secundarios, las emociones y los indicadores de la reactividad fisiológica. Como esperamos que se haya dejado claro en este capítulo, el estrés es, por su propia esencia, complejo, y descubrirá, a medida que amplíe su lectura, que muchos estudios de investigación empírica así lo han reconocido al adoptar múltiples métodos de evaluación.

El reto final en el campo de la investigación del estrés consiste en establecer la causalidad entre los sucesos estresantes y la enfermedad. El último apartado de este capítulo va a describir, por tanto, parte de la evidencia empírica de que el estrés está relacionado con el desarrollo de enfermedades.

La relación entre el estrés y la enfermedad

En el Capítulo 8 se describió con cierto detalle el sistema fisiológico y el sistema inmunitario. Esta última sección describe el papel del estrés en la activación de estos sistemas, con las repercusiones resultantes en cuanto al desarrollo de enfermedades. Sin embargo, merece la pena primero saber que hay distintas formas de ver la relación entre el estrés y la enfermedad.

La vía directa

Como se ha descrito anteriormente, el estrés puede producir cambios fisiológicos en el funcionamiento del sistema inmune y endocrino que pueden dar lugar al desarrollo de enfermedades, sobre todo en aquellos casos en los que el estrés es crónico más que breve (Cacioppo, Poehlmann, Kiecolt-Glaser *et al.*, 1998). Sin embargo, hay tantas variaciones individuales en la respuesta a los factores desencadenantes del estrés que la vía directa resulta compleja (por ejemplo, Cohen y Williamson, 1991; Esterling, Kiecolt-Glaser y Glaser, 1996; Vedhara, Cox, Wilcock *et al.*, 1999). En este capítulo se revisa la evidencia empírica, no concluyente, de los efectos directos del estrés sobre enfermedades específicas.

Las vías indirectas

- Los individuos, a través de sus respuestas conductuales al estrés, como fumar, hábitos de comida y consumo de alcohol, se predisponen a padecer enfermedades. Estos comportamientos pueden actuar como estrategias de afrontamiento (*véase* el Capítulo 5).

- Los individuos, debido a ciertos rasgos de personalidad, se predisponen a padecer enfermedades por la forma en que reaccionan ante el estrés (*véase* el Capítulo 12).
- Los individuos que experimentan estrés tienen más probabilidades de recurrir a los servicios sanitarios que los individuos que no están sometidos a estrés. El estrés puede producir síntomas como ansiedad, fatiga, insomnio y temblores, para los que los individuos buscan tratamiento pero que no son, en sí, enfermedades (*véase* el Capítulo 12).

Sin embargo, es necesario recordar una cita de Sapolsky cuando lea las próximas secciones: «todo lo malo de la salud humana en la actualidad no está provocado por el estrés, ni tampoco tenemos la capacidad de curarnos de nuestras peores pesadillas médicas reduciendo el estrés y teniendo pensamientos saludables llenos de valentía, alegría y amor. Que más quisiéramos. Y oprobio a aquellos que vendan esta idea» (1994).

Existe una relación moderada entre el estrés y la enfermedad. Se puede ilustrar mejor esta relación revisando selectivamente la evidencia empírica sobre algunas de las muchas enfermedades para las que se ha descubierto que existe una relación con el estrés. En las próximas secciones no vamos a abordar los muchos hallazgos que relacionan las influencias psicosociales sobre, o los moderadores, de la respuesta de estrés. Estos factores se analizarán en el Capítulo 12.

El estrés y la salud del cuidador

La naturaleza, intensidad, duración y frecuencia de los sucesos que provocan estrés influyen sobre el carácter y grado de cambio de los parámetros inmunitarios de una forma dinámica que depende, en parte, del estado del sistema inmunitario en el momento en que se produce el suceso que provoca estrés (Dantzer y Kelley, 1989). Un segmento de la población que se ha estudiado con relativa frecuencia respecto a este problema son los cuidadores de personas con enfermedades crónicas, por ejemplo, los que cuidan de familiares mayores que padecen la enfermedad de Alzheimer. Una continua exigencia mental, física y social como la que supone cuidar de alguien se ha descubierto que provoca estrés en muchas personas que cuidan de sus mayores, un estrés que se manifiesta de forma inmunitaria, por ejemplo, en términos de una menor capacidad de curación de las heridas (Kiecolt-Glaser *et al.*, 1995; *véase también* el recuadro EN EL PUNTO DE MIRA), un mayor número de episodios de enfermedad en comparación con grupos de control sanos (Kiecolt-Glaser *et al.*, 1996) y una menor generación de anticuerpos tras una vacunación (Kiecolt-Glaser *et al.*, 1996), aunque los estudios de cuidadores más jóvenes no han respaldado de manera consistente estos hallazgos (por ejemplo, Vedhara *et al.*, 2002). Para un análisis más exhaustivo de los efectos sobre los cuidadores, *véase* el Capítulo 15. La mayor parte de la investigación sobre las consecuencias físicas del estrés de los cuidadores ha analizado el incremento de la vulnerabilidad a las enfermedades debido a cambios inmunitarios, más que al propio desarrollo de una enfermedad.

punto
En el de mira

¿Puede el estrés dificultar que se curen sus heridas?

Janice Kiecolt-Glaser y Ronald Glaser han dedicado muchos años a estudiar la relación entre cuerpo y mente, en concreto, la relación entre la experiencia de estrés y la función inmunitaria. Aunque este capítulo presenta evidencia empírica sobre las vías fisiológicas subyacentes a las respuestas al estrés, puede que no se haya parado a pensar en cómo podría afectarle a usted el estrés, no sólo en términos de un incremento potencial de su riesgo de padecer enfermedades, como una enfermedad cardiaca, sino también en cuanto a problemas de salud cotidianos, como las heridas y lesiones que se ha hecho al practicar deporte. Los Glaser (1985) han observado, en sus estudios con cuidadores de personas mayores con la enfermedad de Alzheimer, que la curación de lesiones en tejidos inducidas experimentalmente tardaba significativamente más tiempo entre los cuidadores que entre participantes de control sanos de la misma edad. Sin embargo, esto puede deberse, en parte, a otros procesos de envejecimiento simultáneos, por lo que otros estudios han analizado si se pueden encontrar efectos parecidos en muestras más jóvenes. Vedhara y sus colaboradores (2003) examinaron en Bristol las tasas de curación de úlceras en los pies en 60 adultos con diabetes de tipo II, y encontraron que la curación era menor entre los que mostraban un elevado grado de ansiedad, depresión o estrés. Resulta importante destacar que se han encontrado efectos similares del estrés en las tasas de curación de estudiantes, que, por lo demás, estaban sanos, en los que se provocaba experimentalmente una pequeña herida en la piel en dos momentos distintos, uno durante las vacaciones de verano, y otro antes de los exámenes. La herida provocada antes de los exámenes tardaba, de media, tres días más en curar, y esto quedaba reflejado en reducciones del estado inmunitario (Marucha, Kiecolt-Glaser y Favgehi, 1998). Broadbent, Petrie, Alley *et al.* (2003) han confirmado los efectos obstaculizadores del elevado estrés y la preocupación sobre la curación de las heridas cuando éstas no se habían provocado de forma experimental sino que eran reales, por ejemplo, en participantes que se estaban recuperando de una cirugía de una hernia.

¿Por qué son importantes estos hallazgos? Reflexione sobre sus propios niveles de estrés; piense en la probabilidad que tiene de padecer una herida o lesión haciendo deporte u otro tipo de actividad, o en la posibilidad de que tenga que ser sometido a cirugía en el futuro. Piense en la preocupación actual sobre las infecciones de *Staphylococcus aureus* resistente a la meticilina en los hospitales y comunidades británicos. La capacidad de manejar de forma eficaz su propio estrés es importante, no sólo para mantenerse sano, sino también para ayudarlo a curarse y a recuperarse cuando enferme, se leione o se someta a una cirugía.

El estrés y el resfriado común

Cohen y sus colaboradores (Cohen, Tyrell y Smith, 1993a, 1993b; Cohen *et al.*, 1998) han realizado una serie de experimentos con voluntarios que se sometieron a la exposición a rinovirus respiratorios del resfriado común (utilizando fundamentalmente gotas nasales). Los participantes permane-

cían a continuación en un entorno controlado durante diversos períodos de tiempo, mientras que los investigadores esperaban para ver si los resfriados o las infecciones se desarrollaban con más frecuencia entre los que habían recibido las gotas virales que entre los sujetos de control, que habían recibido gotas salinas. Los voluntarios que habían referido más eventos vitales negativos crónicos, más estrés percibido, un mayor afecto negativo y peores respuestas de afrontamiento antes del experimento tenían más probabilidades de desarrollar señales de infección respiratoria y resfriados que los sujetos de control y los sujetos sometidos al experimento pero con bajos niveles de estrés vital. El estrés percibido y el afecto negativo predecían las tasas de infección, mientras que los eventos vitales negativos no predecían la propia infección pero sí la probabilidad de manifestar la enfermedad entre los que quedaban infectados. Estas relaciones se mantenían incluso cuando se tenía en cuenta la conducta de salud, como el consumo de tabaco o de alcohol, o variables de la personalidad, como la autoestima y la introversión-extroversión. Análogamente, Stone, Bovbjerg, Neale *et al.* (1993) encontraron que existía una relación padecida entre las dosis y la respuesta a una serie de eventos vitales estresantes experimentados antes de la inoculación de un rinovirus y la posterior presentación de síntomas de resfriado.

Aunque los resultados relacionados con el estrés y la susceptibilidad a la gripe han sido inconsistentes, el trabajo del grupo de investigación de Cohen, resumido en su artículo de 1998, proporciona una evidencia empírica convincente de la existencia de una relación entre el estrés crónico (como opuesto a la gravedad) y el resfriado común. Controlaron otras posibles influencias como el estado de ánimo y el hábito de fumar, y esperaron poder identificar una vía fisiológica o inmunitaria que mediara en la relación entre el estrés y el resfriado, pero no consiguieron encontrarla a pesar de tomar un gran número de cuidadosas medidas del funcionamiento inmunitario y neuroendocrino (Leventhal, Patrick-Miller y Leventhal, 1998). El fracaso a la hora de identificar esta vía, y el hecho de que estos estudios hayan sido realizados en entornos de laboratorio, implica que sigue habiendo mucho camino por delante antes de poder comprender plenamente cómo actúa el estrés y, en concreto, cómo actúa en los entornos de la vida real.

Los estudios prospectivos con poblaciones clínicas sometidas a factores estresantes «naturales» mejoran, en cierta medida, nuestra comprensión de la relación entre el estrés, la función inmunitaria y la enfermedad. Aunque existe cierta evidencia empírica de que los cambios fisiológicos mediados por el estrés desempeñan un papel en la aparición inicial de las enfermedades entre individuos sanos (como en las enfermedades cardiovasculares), existe una mayor evidencia empírica de que el estrés experimentado por individuos «enfermos» puede afectar a la futura progresión de sus síntomas o enfermedad. A continuación revisaremos esta evidencia empírica.

Estrés y enfermedades cardiovasculares

Las enfermedades cardiovasculares son una enfermedad del sistema cardiovascular que se va desarrollando a medida que pasa el tiempo como

Cardiovascular

Relativo al corazón y a los vasos sanguíneos.

respuesta a una serie de factores como el historial familiar y factores relativos al estilo de vida (por ejemplo, fumar y la dieta; véase el Capítulo 3). Como se ha descrito en el Capítulo 8, la causa de las enfermedades cardiovasculares es un estrechamiento paulatino de los vasos sanguíneos que abastecen de sangre al corazón. En situaciones de estrés agudo, la activación del sistema nervioso simpático provoca una mayor tasa cardiaca y hace que los vasos sanguíneos se contraigan, reduciendo así el flujo de sangre, por lo que aumenta la presión arterial. Esto puede provocar daños en las paredes arteriales, un proceso que se ve agravado por la producción, provocada por el estrés, de adrenalina y noradrenalina (Rice, 1992). Si la presión arterial permanece elevada durante períodos de tiempo prolongados, se dice que el individuo padece hipertensión, un factor que contribuye al desarrollo de las enfermedades cardiovasculares.

El estrés también activa la liberación por parte del sistema nervioso simpático de ácidos grasos en el flujo sanguíneo, que, si no se utilizan para consumir energía, son metabolizados por el hígado y convertidos en colesterol. La acumulación de colesterol está muy implicada en el «estrechamiento» de las arterias o ateroma (la aparición de placas de grasa sobre las paredes de las arterias), y una característica clave de las enfermedades cardíacas es esta aterosclerosis. Además, la liberación de catecolaminas durante el proceso de estrés también aumenta la pegajosidad de las plaquetas de la sangre (trombocitos), lo que aumenta el riesgo de que se creen coágulos o trombos cuando se adhieren a las paredes de las arterias junto con placas de grasa, lo que hace que el «pasillo» por el que circula la sangre sea más estrecho. Si el reducido flujo sanguíneo provoca la creación de un coágulo, éste podría viajar a continuación por las arterias del individuo hasta que se hiciera tan grande que provocase un bloqueo (occlusión) y, dependiendo de que bloquee a una arteria que va al cerebro o al corazón, puede dar lugar, o bien un infarto cerebral, o bien un ataque al corazón, ambas causas importantes de mortalidad en todo el mundo.

Abundan las especulaciones sobre cuál es el papel que desempeña el estrés en el desarrollo de enfermedades cardiovasculares. Rosch (1994), en una editorial en la revista *Stress Medicine*, señaló la importancia de diferenciar entre los factores causales y los factores coadyuvantes cuando se analiza una enfermedad, argumentando que la «causa real» de cualquier enfermedad es biomédica, y que el comportamiento y los factores sociales, como el consumo de tabaco o el estrés, no son «auténticas» causas sino que cooperan. En lo que respecta a las enfermedades cardiovasculares, sin embargo, parece que el estrés contribuye a diversas condiciones relacionadas, como la hipertensión, elevados niveles de lípidos en el suero (grasa en la sangre) y el consumo de tabaco, un reconocido factor de riesgo (por ejemplo, Jousilahti, Vartiainen, Toumilehto *et al.*, 1995). Se ha relacionado la reactividad cardiovascular durante el estrés (es decir, el grado en que un factor estresante produce una activación cardiaca como un incremento del ritmo cardíaco o de la presión arterial) con diversos procesos de enfermedades, como la de la extensión y progresión de la aterosclerosis de la arteria carótida y la aparición de la propia enfermedad cardiovascular (Smith, Gallo y Ruiz, 2003). Los estudios experimentales de la reactividad

como respuesta a estimulación aversiva o reforzante han especulado que los individuos que respondían a tareas estresantes con un incremento cuantificable del ritmo cardíaco y de la presión arterial (muy reactivos), pero que no mostraban diferencias respecto a los individuos de control en las clasificaciones subjetivas de las tareas, mostraban una mayor activación del sistema hipotalámico y de las respuestas neuroendocrinas como las que se han descrito anteriormente. Los participantes muy reactivos tenían mayores incrementos de la noradrenalina en respuesta a ambos tipos de tareas que los participantes poco reactivos, y mayores incrementos de cortisol ante la tarea aversiva, pero no ante la tarea con recompensa (Lovallo, Pincomb, Brackett y Wilson, 1990).

Estrés y cáncer

El cáncer, como las enfermedades cardíacas, se desarrolla lentamente y empieza con una mutación de las células y el desarrollo de neoplasias que, por lo general, no son detectables, lo que termina desarrollándose en tumores que se pueden extender (es decir, las células se metastatizan). Los distintos tipos de cáncer varían entre sí en gran medida en cuanto a ritmos de crecimiento, propagación y pronóstico, en cuanto a su sensibilidad ante los cambios del sistema inmunitario o neuroendocrino (Greer, 1999), y en cuanto a las opciones de tratamiento disponibles. Por consiguiente, tal vez no sea muy sensato esperar que el estrés ejerza un efecto homogéneo sobre los distintos tipos de cáncer. Ha habido cierta cautela en la adopción de la perspectiva biopsicosocial (*véase* el Capítulo 1) sobre este grupo de enfermedades, dado el dominio del pensamiento biomédico y las reticencias a una sobrevaloración por exagerar el papel del individuo y sus cogniciones, emociones y respuestas de afrontamiento o estrés, en la progresión del cáncer (Spiegel, 1992). El estrés puede afectar a la mutación de las células tumorales ralentizando el proceso de reparación de las células, posiblemente por sus efectos sobre la activación hormonal y la liberación de glucocorticoides, o por las influencias sobre la producción de linfocitos por parte del sistema inmunológico (*véase* Rosch, 1996, para una revisión de la investigación tanto con animales como con humanos).

Un meta-análisis de 46 estudios que analizaba la relación entre los factores psicosociales, incluyendo el estrés por eventos vitales, y el desarrollo del cáncer de mama, concluyó que no se podía explicar el cáncer de mama por estos eventos vitales, pero sí por una combinación de factores de riesgo y factores psicosociales (McKenna *et al.*, 1999). Estos hallazgos son consistentes con los de otro meta-análisis que analizaba específicamente el papel predictivo de los eventos vitales (Petticrew, Fraser y Regan, 1999), y el consenso general de que no hay una clara relación, en cuanto a la etiología del cáncer, aunque hay una evidencia empírica que no es concluyente en cuanto al estrés y la recurrencia del cáncer. Por ejemplo, Kiecolt- Glaser y Glaser (1999) han presentado datos sobre mujeres con tumores de cáncer de mama que demuestran que las que experimentaban eventos vitales estresantes tenían una menor actividad de las células NK, lo que sugiere

que la respuesta inmunológica había disminuido. Sin embargo, un estudio prospectivo a cinco años de mujeres diagnosticadas con cáncer de mama de una clínica de Londres encontró que la recurrencia no aumentaba en aquellas que habían experimentado uno o más sucesos extremadamente estresantes en el año anterior al diagnóstico o en los cinco años posteriores (Graham, Ramirez, Love, Richards y Burguess, 2002). Esto contradice algunos estudios de caso-control en los que se habían relacionado los sucesos estresantes con las recaídas (por ejemplo, Ramirez, Craig, Watson *et al.*, 1989), pero el estudio de Graham y sus colaboradores puede considerarse más robusto en la medida que es de carácter prospectivo, controla indicadores biológicos de pronóstico, como el tamaño del tumor y el grado en que el cáncer ha afectado a los nódulos linfáticos, y utiliza una muestra amplia de mujeres.

Sin embargo, hay un razonable cuerpo de conocimiento que sugiere que el estilo de afrontamiento (sobre todo uno que es pasivo e indicativo de desesperanza e indefensión) y el estado de ánimo pueden afectar al resultado del cáncer (progresión, recurrencia, muerte) (Walker, Heys y Eremi, 1999; y véase Spiegel, 2001, para un breve análisis de la bibliografía). Estos temas se abordan con más detalle en el Capítulo 12.

Estrés y enfermedades del colon

Se han investigados dos enfermedades del colon en cuanto a su relación con la experiencia de estrés. En ambas, se analiza el estrés como un factor que exacerba, más que como un factor involucrado en la etiología de la condición. En primer lugar, el *síndrome del colon irritable* es un desorden del intestino grueso caracterizado por dolor abdominal y largos períodos de, o bien diarrea, o bien estreñimiento, aunque no se puede identificar ninguna causa orgánica. Naliboff *et al.* (1998) señalan que, durante los episodios estresantes, la reactividad del intestino es mayor y aumentan los síntomas como gases, dolor o diarrea. Una segunda enfermedad intestinal es la *enfermedad inflamatoria intestinal*, que se puede subdividir a su vez en la enfermedad de Crohn y la colitis ulcerosa. Estas dos enfermedades se caracterizan por provocar dolor y diarrea, que empeora y mejora de forma alternativa e irregular. La colitis ulcerosa se caracteriza por la inflamación frecuente del colon descendente (véase el Capítulo 8) mientras que la enfermedad de Crohn se puede producir en cualquier parte del tracto gastrointestinal y se considera como una inflamación de la pared intestinal exterior. Ambas enfermedades, al igual que el síndrome del colon irritable, fueron consideradas inicialmente como enfermedades psicosomáticas; sin embargo, la evidencia de que el estrés desempeña un papel en su etiología es limitada.

En muchos estudios se ha concluido que existen individuos reactivos/sensibles al estrés y no reactivos/sensibles al estrés, incluyendo, por ejemplo, el estudio de 31 pacientes con el síndrome de colon irritable realizado por Dancey, Taghavi y Fox (1998). Utilizando medidas repetidas del estrés diario y la sintomatología diaria, analizaron las relaciones a lo largo del

tiempo y encontraron que, en la mitad de la muestra, el estrés estaba relacionado con la aparición o agravamiento de síntomas, pero no en los demás pacientes. La reactividad al estrés viene influida, además, por características personales relativas a la somatización y la atención hacia los órganos internos, características que se suelen relacionar con el neuroticismo (Pennebaker, 1992; véase el Capítulo 9 para un análisis del neuroticismo y la percepción de los síntomas).

También existe cierta evidencia empírica de que el estrés desempeña un papel en el agravamiento de los síntomas de la enfermedad inflamatoria intestinal. Duffy, Zielezny, Marshall *et al.* (1991), por ejemplo, han analizado la exposición a sucesos estresantes entre 124 individuos y han encontrado que, en un periodo de seis meses, los que estaban expuestos a estrés mostraban un incremento de dos a cuatro veces mayor de episodios de enfermedad clínica comparados con los participantes que no refirieron haber padecido incidentes estresantes. Cuando los autores diferenciaban entre sucesos relacionados con la enfermedad y no relacionados con la enfermedad (a partir del informe de pacientes), la relación entre el estrés y la enfermedad quedaba más clara que cuando los sucesos referidos estaban relacionados con la salud pero no necesariamente con la enfermedad inflamatoria intestinal. Cuando los autores analizaron el tema relativo al desfase temporal entre sucesos y enfermedad (es decir, un suceso estresante que precede a la aparición de la enfermedad) encontraron, por el contrario, una relación más fuerte. Además, sus resultados mostraban que la actividad de la enfermedad permitía predecir los niveles posteriores de estrés. Esta relación bidireccional entre las variables hace que sea más difícil desmarañar las relaciones de causa-efecto.

Estrés y VIH/SIDA

Durante los últimos 20 años se ha propagado el SIDA por todo el mundo hasta convertirse en una de las principales causas de muerte en África y en otras partes del planeta (véase el Capítulo 3). El SIDA (síndrome de inmunodeficiencia adquirida) es un síndrome que se caracteriza por infecciones oportunistas y otras enfermedades malignas y, hasta que no se identificó en 1984 el VIH (virus de inmunodeficiencia humana), no se tuvo clara cuál era la causa de esta inmuno-supresión. Como se ha descrito en el Capítulo 8, el VIH es un retrovirus, lo que significa que contiene ARN (ácido ribonucléico, parte de nuestra constitución genética) y es un virus que actúa lentamente, lo que se conoce como un lenti-virus. En el Capítulo 8 se describe cómo se infiltra el virus en el cuerpo pero, de forma crucial, en cuanto al estrés potencial para la víctima, pueden pasar muchos años antes de que un individuo infectado por el VIH desarrolle el SIDA. Además de ser potencialmente mortal, la enfermedad en sí suele ser considerada como un factor estresante desde el punto de vista psicológico debido al continuo estigma social asociado a la ella (dadas sus primeras relaciones con la homosexualidad, el consumo de drogas y la promiscuidad sexual). Petrak, Doyle, Smith *et al.* (2001) encontraron que revelar o no la condición de

estar infectado por el VIH a sus familiares (el 53% de la muestra se lo había dicho a la familia) y a los amigos (el 79% se lo había dicho a los amigos próximos) estaba influido significativamente por querer proteger a los demás del impacto y por el miedo a ser discriminados. Vivir con esta enfermedad es, de por sí, algo estresante y, aunque sólo hay una limitada sugerencia de que el estrés influye sobre la probabilidad de infección cuando uno está expuesto al virus (Marks, Murray, Evans y Willig, 2000), hay evidencia empírica de que el estrés desempeña un papel influyente en la progresión de la enfermedad. La evidencia es especialmente fuerte cuando se tienen en cuenta variables moderadoras como la depresión, el apoyo social y las respuestas de afrontamiento. Por ejemplo, un meta-análisis (Zorrilla, 1996) sugiere que los síntomas depresivos, pero no la experiencia de estrés, estaban relacionados con un ritmo acelerado de aparición de los síntomas en los individuos VIH-positivo y que el estrés, pero no los síntomas depresivos, estaban relacionados con un menor número de células NK. Otros estudios también han revelado relaciones entre el nivel basal de depresión y un declive de células CD4+ (Burack *et al.*, 1993) y, en la misma muestra nueve años más tarde, una progresión más rápida del SIDA (Page-Shafer *et al.*, 1996).

Se ha encontrado que la progresión del SIDA es más rápida entre los que experimentan una acumulación de eventos vitales estresantes, síntomas depresivos y un bajo apoyo social (Leserman *et al.*, 1999). Dentro de este grupo, la triste realidad es que muchos individuos padecerán la pérdida de la pareja por culpa del SIDA, lo que se ha encontrado que, en sí, afecta a la progresión de la enfermedad en los años posteriores (Kemeny *et al.*, 1994). En el Capítulo 12 se analiza el apoyo social, o su ausencia o pérdida.

Resumen

En este capítulo se pretendía ofrecer una definición del estrés, y se ha demostrado que no hay nada parecido a una definición sencilla de este fenómeno. El estrés se suele analizar de una de las tres siguientes maneras: como un estímulo que se centra en un suceso externo (factores estresantes); como una transacción entre un suceso externo y el individuo que lo experimenta; y como una serie de respuestas fisiológicas que se manifiestan cuando el individuo tiene que hacer frente a sucesos que le imponen muchas exigencias o demandas. El modelo psicológico transaccional del estrés ponía de relieve el papel crucial de la valoración y apuntaba la importancia de tener en cuenta al individuo en la experiencia de estrés. Hay muchos sucesos distintos que pueden ser valorados como estresantes, y los sucesos que desencadenan el estrés pueden ser agudos o crónicos en sus manifestaciones y en las respuestas que requieren. Se han presentado diversos ejemplos, con un énfasis particular en el estrés laboral, algo que la mayoría de nosotros experimentaremos en algún momento. Se han analizado las diversas vías neuroendocrinas y autónomicas que se ha demostrado que afectan

a la salud, y se han explorado aún más estos procesos en relación con la evidencia empírica (o su inexistencia) sobre su papel directo en enfermedades como las cardiovasculares y el cáncer. Aunque existe cierta evidencia empírica de un efecto directo del estrés sobre el desarrollo de las enfermedades, ha quedado claro que esta evidencia empírica es, en cierto modo, limitada. Muchos de los efectos del estrés son, o bien indirectos, por ejemplo, a través de su influencia sobre el comportamiento, o son más evidentes durante la experiencia de la enfermedad, cuando las diferencias individuales en cuanto a personalidad, cogniciones y recursos sociales adquieren importancia para el resultado final. Estas variables moderadoras son el centro de atención del próximo capítulo.

Referencias recomendadas

- Rice, P. L. (1992). *Stress and Health*. California: Brooks/Cole.
Para una cobertura claramente redactada y bien documentada sobre los procesos del estrés, desde la teoría hasta la intervención, incluyendo explicaciones biológicas, cognitivas y sociales.
- Sapolsky, R. M. (1994). *Why Zebras Don't Get Ulcers*. New York: Freeman.
Otro texto bien redactado y atractivo sobre el tema del estrés, con una excelente revisión tanto de las teorías fisiológicas como de las psicológicas.
- Lazarus, R. S. (1993). From psychological stress to the emotions: a history of changing outlooks. *Annual Review of Psychology*, 44: 1-21.
Este artículo proporciona una útil descripción del modelo transaccional del estrés y de los avances del pensamiento sobre la valoración en cuanto a sus relaciones con las emociones.

CAPÍTULO
19

Estrés y moderadores de la enfermedad

Objetivos de aprendizaje

Al terminar este capítulo, el lector deberá tener una idea clara sobre:

- La teoría del afrontamiento y la distinción entre estilos de afrontamiento y estrategias de afrontamiento.
- Cómo influyen las respuestas de afrontamiento en la forma en que el estrés puede afectar a la salud resultante.
- Los rasgos de personalidad, como el neuroticismo, la hostilidad y el optimismo, que influyen sobre la valoración del estrés, la respuesta de afrontamiento y los resultados en términos de enfermedades.
- Las características de los conocimientos individuales, como el control personal y la eficacia, que influyen sobre la valoración del estrés, la respuesta de afrontamiento y los resultados en términos de enfermedades.
- Las cuestiones relativas a las emociones, como la depresión y la expresión emocional, que influyen sobre la valoración del estrés, la respuesta de afrontamiento y los resultados en términos de enfermedades.
- Cómo el recurso externo del apoyo social influye sobre la valoración del estrés y los resultados en términos de enfermedades.

DESCRIPCIÓN DEL CAPÍTULO

El capítulo anterior establecía que se puede considerar el estrés tanto una experiencia objetiva como subjetiva, y se ofreció evidencia de las vías fisiológicas e inmunológicas por las que el estrés puede influir sobre nuestra salud y las enfermedades que padecemos. Sin embargo, no todos los individuos caerán enfermos cuando están expuestos a sucesos estresantes, lo que plantea preguntas que fascinan a los psicólogos de la salud. ¿Qué características del individuo, de sus respuestas al estrés, o de sus recursos para superar el estrés moderan o influyen sobre el impacto negativo que tiene el estrés sobre nuestra salud? Este capítulo presentará la evidencia que demuestra que los factores psicosociales son cruciales en la valoración del estrés, en las respuestas al mismo y en los resultados. Las diferencias individuales en términos de personalidad, conocimientos y emociones tienen efectos directos e indirectos sobre los resultados del estrés. Indirectamente, estos factores afectan al resultado a través de su influencia sobre las valoraciones y sobre las respuestas cognitivas y conductuales ante las demandas estresantes que tenemos que tenemos que hacer frente; estos esfuerzos se conocen como los esfuerzos de afrontamiento. Además, las características de nuestras relaciones sociales y nuestro apoyo social actúan como recursos externos, que influyen directa e indirectamente sobre el impacto negativo del estrés. Se presentará la evidencia sobre el papel directo y/o moderador de estas variables y se analizará su importancia. Al final del capítulo, el lector deberá tener claras las complejas relaciones entre el estrés, la salud y la enfermedad.

En el Capítulo 11 describimos las teorías sobre el estrés y los factores relacionados con éste, tanto agudo como crónico, y analizamos las grandes relaciones teóricas entre el estrés y la enfermedad. También presentamos evidencia sobre las vías directas por las que los procesos fisiológicos e inmunológicos afectan a la relación entre estrés y enfermedad. Gran parte de la evidencia de los efectos directos del estrés sobre la enfermedad es contradictoria, en gran medida debido a que los individuos varían mucho entre sí en su forma de reaccionar ante los factores de estrés. Esto da lugar a la necesidad de analizar las vías indirectas presentadas en el Capítulo 11, es decir, cómo las distintas personalidades, creencias y emociones influyen sobre la relación entre estrés y enfermedad, ya sea directamente o a través del efecto sobre las respuestas de afrontamiento cognitivas y conductuales.

En el capítulo anterior se presentó el modelo transaccional de Lazarus sobre el estrés y el afrontamiento (Lazarus, 1966; Lazarus y Folkman, 1984) y se esbozó el papel crucial de la valoración (de los sucesos). Las diferencias individuales en cuanto a la valoración de los sucesos influyen sobre la respuesta cognitiva, emocional y conductual a los mismos. Algunos factores pueden actuar de forma directa para afectar a los resultados, pero la mayoría actúa de forma indirecta a través de sus efectos sobre las respuestas de afrontamiento (y también a través de las respuestas fisiológicas descritas en el Capítulo 11). Así pues, ¿qué queremos decir exactamente por afrontamiento?

El estrés y el afrontamiento

Es improbable que alguien pueda evitar el estrés y, sin duda, como se indicó en el capítulo anterior, hay cierto estrés que es bueno para nosotros (factor estresante positivo o de «eutress»); pero las valoraciones y las emociones negativas suelen despertar un deseo de reducir esos pensamientos y sentimientos para restaurar un sentido de armonía o equilibrio en nuestra vida. Aunque existen más de 30 definiciones de lo que se entiende por afrontamiento, el modelo transaccional de Lazarus (*véase* la Figura 11.1) ha tenido el impacto más profundo sobre el concepto de afrontamiento (*véase* Lazarus, 1993a, 1993b; Lazarus y Folkman, 1984). Según este modelo, el estrés psicológico se debe a un ajuste desfavorable entre el individuo y su entorno; en otras palabras, cuando existe un desajuste percibido entre las demandas y los recursos que el individuo percibe que tiene en determinada situación (Lazarus y Folkman, 1984; Lazarus, 1993a). Los individuos tienen que cambiar, o bien el estresor, o bien cómo lo interpretan para que parezca más favorable. Este esfuerzo se denomina afrontamiento.

El afrontamiento se considera un proceso dinámico que incluye toda una serie de conocimientos y conductas que surgen de las valoraciones primaria y secundaria de los sucesos, y de las emociones relacionadas con los mismos (como se ha descrito en el Capítulo 11). El afrontamiento es *cualquier cosa* que haga el individuo para reducir el impacto de un elemento estresante, real o percibido, y, puesto que las valoraciones evocan emociones, se puede lograr el afrontamiento alterando o reduciendo las emociones,

nes negativas, o centrándose directamente en el factor estresante «objetivo». El afrontamiento no consigue inevitablemente suprimir el estresor, pero consigue superar la situación de diversas maneras, por ejemplo, dominando nuevas habilidades para asumir el estrés, tolerarlo, volver a valorarlo o minimizarlo. Por tanto, el afrontamiento trata de conseguir la adaptación. Por ejemplo, si el suceso estresante es el inicio de un nuevo trabajo, y esto provoca ansiedad, el afrontamiento puede consistir en centrarse en el «trabajo» (pensar en las ventajas del nuevo cargo, tomar contacto con nuevos compañeros, obtener información sobre la empresa y sus productos), o se puede centrar en la ansiedad (hablar con un amigo, emborracharse). Como ilustra este ejemplo, el afrontamiento puede ser cognitivo o conductual, activo o pasivo. De hecho, en la literatura sobre el afrontamiento se utilizan muchos términos, a menudo términos que se solapan, resumiéndose en la Tabla 12.1 dos de los principales grupos.

Dentro de las dos grandes dimensiones descritas en la Tabla 12.1 hay una variedad de subescalas de afrontamiento que se combinan para con-

Tabla 12.1 Categorías de afrontamiento frecuentemente empleadas

1. Afrontamiento orientado a los problemas (función de resolución de problemas), es decir, los esfuerzos de afrontamiento instrumental (conductuales y/o cognitivos) dirigidos al estresor para reducir las demandas que impone o para aumentar los recursos propios. Las estrategias incluyen planificar el cambio del estresor o cómo comportarse para controlarlo; la suspensión de las actividades competitivas para centrarse en la forma de afrontar el estresor; buscar apoyo práctico o información para alterar el estresor; y confrontar la fuente del estrés. versus

Afrontamiento orientado a las emociones (función de regulación de las emociones), es decir, fundamental, pero no únicamente, esfuerzos de afrontamiento cognitivo dirigidos a abordar la respuesta emocional al estresor; por ejemplo, una nueva valoración positiva de la situación estresante para verla bajo un prisma más positivo; búsqueda de apoyo emocional; desahogarse; rezar (Lazarus y Folkman, 1984; Folkman y Lazarus, 1988; cuestionario sobre los modos de afrontamiento; Carver, Scheier y Weintraub, 1989; escala COPE, Escala multidimensional de evaluación de los estilos generales de afrontamiento).

En relación con esta distinción, Endler, Parker, Summerfeldt (1998) han dividido el afrontamiento en *orientado a la emoción* (estrategias orientadas hacia el individuo, como soñar despierto, respuestas emocionales o preocupación por uno mismo); *orientado a la tarea* (estrategias para resolver, minimizar o volver a conceptualizar el problema) y *orientado a la evitación* [incluye la distracción o diversión social (escala CISS)].

2. Enfoque atencional, vigilante, activo, de monitorización, es decir, se ocupa de abordar la fuente de estrés e intentar resolver el problema mediante, por ejemplo, búsqueda de información al respecto, o hacer esfuerzos activos, cognitivos y conductuales, para abordar la fuente del estrés (véase también estilos de afrontamiento).

versus

Enfoque evitativo, pasivo, atenuador, es decir, se ocupa de evitar o minimizar la amenaza del estresor; a veces está centrado en las emociones, a veces incluye evitar la situación; por ejemplo, la distracción pensando en cosas agradables o haciendo otras actividades para no pensar en el estresor.

Krohne (1993) describió la evitación cognitiva y la vigilancia como dos «súper-estrategias» de afrontamiento que consideraba como dos dimensiones ortogonales de atención orientación y que podían reflejar la personalidad subyacente (estilos de afrontamiento: véase una sección posterior).

formar las dimensiones generales. Las subescalas de afrontamiento identificadas por distintos grupos de investigación se han derivado generalmente del análisis de factores de un gran número de elementos relativos al afrontamiento en un intento de identificar «grupos» de elementos estadísticamente significativos que se pueden utilizar a continuación en una nueva escala de medición. Folkman y Lazarus (1988), en la popular escala de modos de afrontamiento, distinguieron ocho subescalas de afrontamiento que abordan las dos grandes dimensiones del afrontamiento centrado en los problemas y del afrontamiento centrado en las emociones: confrontación, distanciamiento, autocontrol, búsqueda de apoyo social, aceptación de la responsabilidad, huida-avitación, planificación de solución de problemas, reevaluación positiva. Carver y sus colaboradores (1989) diferenciaban 13, y posteriormente 15, subescalas: planificación, afrontamiento activo, supresión de actividades distractoras, aceptación, religión, desahogarse, búsqueda de apoyo instrumental, búsqueda de apoyo emocional, humor, reinterpretación positiva, refrenar el afrontamiento, negación, desconexión mental, desconexión conductual y consumo de alcohol y drogas. Por el contrario, Endler y sus colaboradores (Endler y Parker, 1993; Endler *et al.*, 1998) valoran tres dimensiones: afrontamiento orientado a la tarea, afrontamiento orientado a las emociones y afrontamiento orientado a la evitación.

¿En qué consiste el afrontamiento adaptativo?

Cohen y Lazarus (1979) describían cinco formas de afrontamiento principales, y cada una contribuye a una adaptación exitosa al estresor:

1. Reducción de las condiciones externas perniciosas.
2. Tolerancia o ajuste a los sucesos negativos.
3. Mantenimiento de un autoimagen positiva.
4. Mantenimiento del equilibrio emocional y reducción del estrés emocional.
5. Mantenimiento de una relación satisfactoria con el entorno o con los demás.

Las respuestas de afrontamiento pueden tener éxito en una o más de estas tareas, pero la adaptación no tiene por qué ser necesariamente duradera, dependiendo del contexto y de la naturaleza del factor que provoca el estrés (por ejemplo, ¿es estable, variable o empeora?). Por ejemplo, es improbable que una persona aborde la gripe de la misma manera que si se la diagnostica con un cáncer, o que acepte suspender el examen del carné de conducir la segunda vez de la misma manera que aceptó suspenderlo la primera. Además, no se debe suponer, como en el ejemplo anterior de empezar un nuevo trabajo, que el afrontamiento consistente en abordar el problema de forma directa (buscar información sobre el nuevo cargo) es inherentemente más adaptativo que otro tipo de afrontamiento (emborracharse); hay algunas situaciones en las que el afrontamiento centrado en las emociones, o incluso el afrontamiento centrado en la evitación, son formas de afrontamiento adaptativas. La forma de superar la situación depende en

gran medida del contexto: para ser eficaz tiene que amoldarse a los cambios (*véase* la Figura 11.1, en la que se muestran flechas de *feedback* del afrontamiento a la (re)valoración así como al suceso que actúa como estímulo, y la Figura 12.1). El modelo de afrontamiento de Lazarus sugiere que resulta difícil predecir qué estrategias de afrontamiento serán eficaces en las distintas situaciones, ya que tanto las estrategias centradas en los problemas como las estrategias centradas en las emociones son interdependientes y funcionan simultáneamente para crear la respuesta de afrontamiento general en cualquier situación (Lazarus, 1993b). Tennen, Affleck, Armeli *et al.* (2000) lo confirmaron en un impresionante estudio longitudinal de pacientes que padecían dolores y en el que se hicieron mediciones diarias del afrontamiento. Concluyeron que las estrategias de afrontamiento centradas en las emociones tenían 4,4 veces más probabilidades de ser utilizadas en aquellos días en que también se utilizaban estrategias centradas en los problemas que en aquellos otros en los que no se utilizaban estrategias centradas en los problemas. También refieren que la sintomatología cotidiana del dolor influía sobre las estrategias de afrontamiento utilizadas de forma cotidiana; por ejemplo, «un incremento del dolor respecto al dolor padecido ayer aumentaba la probabilidad de que el afrontamiento centrado en los problemas de ayer se viera seguido de un afrontamiento centrado en las emociones hoy» (pág. 632). Esto pone de relieve el papel de la valoración y la reevaluación de los esfuerzos del afrontamiento: se hacen modificaciones en función de si se cree que los esfuerzos de afrontamiento anteriores han tenido éxito o no.

Por lo general, se considera que el afrontamiento centrado en los problemas tiene más probabilidades de ser adaptativo cuando se puede hacer algo para alterar o controlar el suceso que provoca el estrés. Por ejemplo, recurrir a una o más estrategias conductuales o cognitivas, como centrar los pensamientos propios en aspectos de la situación y en planificar cómo resolver cada una, o buscar información útil sobre el suceso. Por otra parte, el afrontamiento centrado en las emociones tiene más probabilidades

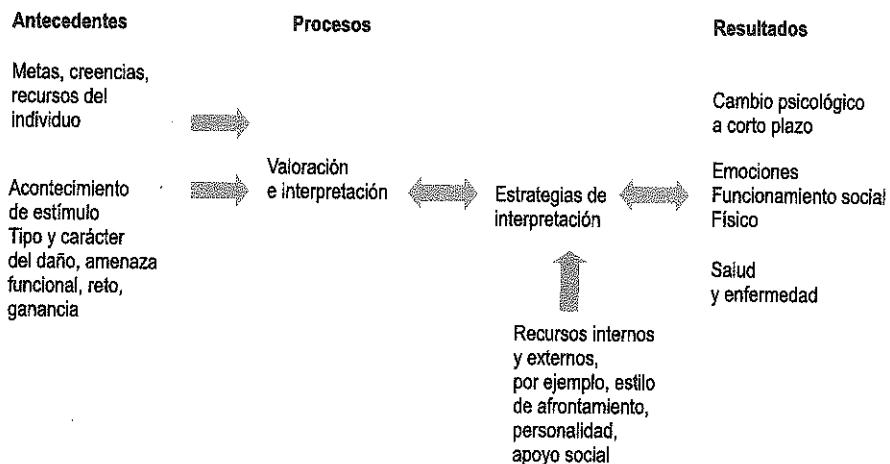


Figura 12.1 El proceso de afrontamiento.
Fuente: adaptado de Lazarus (1999: 198).

de ser adaptativo cuando el individuo tiene poco control sobre el suceso o si sus recursos para abordarlo son reducidos. El afrontamiento cognitivo centrado en las emociones quedaría reflejado en el hecho de que un individuo muestre negación o se centre en otros pensamientos como medio de distracción, mientras que los ejemplos conductuales de este tipo de afrontamiento incluirían desahogarse y mostrar las emociones o buscar apoyo emocional.

Los individuos que suelen tener un método de afrontamiento del estrés centrado en los problemas pueden descubrir que, en algunos casos, resulta contraproducente; por ejemplo, al recibir un diagnóstico de una enfermedad potencialmente mortal, el afrontamiento centrado en las emociones puede ofrecer un mejor ajuste; por ejemplo, se ha demostrado que la negación es una respuesta de afrontamiento eficaz entre las mujeres con cáncer de mama (Carver, Pozo, Harris *et al.*, 1993; Greer, Morris, Pettingale *et al.*, 1990). Aunque se relacionó la negación inicial con un ajuste positivo en la muestra de Greer, la negación continuada fue relacionada con peores resultados de supervivencia a 15 años, al igual que las respuestas de afrontamiento que reflejaban una aceptación estoica, una preocupación ansiosa por la enfermedad y desesperanza/indefensión.

Una respuesta de afrontamiento psicológica conocida como el «espíritu de lucha» (por ejemplo, «estoy decidido a vencer esta enfermedad») ha sido relacionada con mejores resultados en la supervivencia a largo plazo entre las pacientes de cáncer de mama (Greer, Morris y Pettingale, 1979; Greer *et al.*, 1990). El espíritu de lucha refleja un tipo de optimismo realista y de determinación, y los individuos que tienen un gran espíritu de lucha tienden a afrontar la enfermedad de frente en vez de a evitarla (Spiegel, 2001). Al contrario, los sentimientos de desesperanza e indefensión (por ejemplo, «tengo la sensación de que no puedo hacer nada para ayudarme») han sido relacionados con una peor supervivencia entre las pacientes de cáncer de mama (Watson, Haviland, Greer *et al.*, 1999) y los pacientes con infarto (Lewis, Dennos, O'Rourke *et al.*, 2001). Estas respuestas de afrontamiento del espíritu de lucha y la indefensión se relacionan de forma diferencial con, o bien una conducta de afrontamiento activa, centrada en el problema o bien con una conducta de afrontamiento pasiva, de evitación. Este tipo de conclusiones resultan alentadoras para las intervenciones que podrían mejorar los resultados de las enfermedades centrándose en este tipo de actitudes y respuestas de afrontamiento, por ejemplo, aumentando el espíritu de lucha al tiempo que se reduce el sentimiento de indefensión. Sin embargo, una reciente revisión de 26 estudios que analizaban los estudios de afrontamiento del espíritu de lucha o la indefensión/desesperanza y la supervivencia o recurrencia del cáncer concluyó que se pueden poner en duda las relaciones de predicción entre estas variables por las limitaciones de los tamaños muestrales o de la calidad metodológica de muchos estudios que han encontrado estas relaciones (Petticrew, Bell y Hunter, 2002).

Finalmente, respecto al afrontamiento y la adaptación, Stanton, Kirk, Cameron *et al.* (2000) han señalado que las emociones pueden tener funciones de afrontamiento adaptativo en vez de funciones perturbadoras, co-

mo implica la distinción del afrontamiento centrado en las emociones. En una serie de estudios, estos autores analizaron el «afrontamiento según el planteamiento emocional» y diferenciaron entre «procesamiento emocional» (intentos activos de comprender las emociones experimentadas) y «expresión emocional». Ambas formas de afrontamiento están relacionadas con indicadores de un ajuste psicológico positivo (*véase* una sección posterior sobre la expresión emocional).

Estilos o estrategias de afrontamiento

El estilo de afrontamiento es la tendencia general que muestran los individuos para responder a los acontecimientos de determinada manera, por ejemplo mediante la evitación *versus* prestar atención al factor que genera estrés. Otra distinción es la de los que hacen una monitorización frente a los que minimizan el problema. La monitorización refleja un estilo de afrontamiento de consideración del problema por la que se busca información relevante sobre la amenaza y se procesa, preguntando, por ejemplo, por los tratamientos y los efectos secundarios, o se busca información sobre el contenido de un próximo examen. La minimización refleja una tendencia a evitar o a distraerse de la información relevante sobre la amenaza (por ejemplo, Miller, 1987; Miller, Brody y Summerton, 1987), como dormir o soñar despierto, o hacer otras actividades. Van Zuuren y Dooper (1999) analizaron la relación entre los estilos de afrontamiento por monitorización y por minimización y la participación en la detección de la enfermedad (por ejemplo, acudir al médico si se siente cansado con frecuencia, controlarse la presión arterial) y la conducta preventiva (por ejemplo, una dieta con bajo contenido en grasas, hacer ejercicio de forma regular). La monitorización estaba relacionada de forma modesta, pero significativa, tanto con la conducta de detección como con la conducta preventiva, y los individuos con un estilo de minimización dominante tenían menos probabilidades de mostrar una conducta protectora que los que tenían una conducta menos dominante. Sin embargo, por el contrario, se concluyó que la monitorización se relacionaba con mayores sentimientos de vulnerabilidad y un elevado sentimiento de desamparo entre las mujeres con cáncer, y los autores proponen que esta tendencia a identificar y amplificar indicios de amenazas puede ser contraproducente (Miller, Fang, Manne *et al.*, 1999). Los resultados contradictorios de un estilo de afrontamiento mediante la monitorización mostrados en estos dos estudios ponen de relieve la importancia del contexto: puede que la respuesta de afrontamiento no se «ajuste» a la situación y que, por ello, sea contra-adaptativa.

La investigación sobre el afrontamiento en el campo de la psicología de la salud ha evaluado normalmente el afrontamiento respecto a estrategias específicas para un contexto, en vez de en función de los estilos; sin embargo, se pueden abordar simultáneamente los dos enfoques en los estudios que adoptan períodos de evaluación repetidos para analizar la naturaleza y la coherencia de las estrategias de afrontamiento a lo largo del tiempo (por ejemplo, Tennen *et al.*, 2000). En cierta medida, se considera

que los estilos de afrontamiento no están relacionados con el contexto o con el estímulo estresor; por el contrario, son formas generales de afrontamiento que la gente tiende a adoptar; por ejemplo, si piensa en su propia conducta probablemente sabrá si tiende a esquivar y evitar las situaciones difíciles o si las afronta. Por el contrario, las estrategias de afrontamiento derivan de un planteamiento que considera el estrés y el afrontamiento como un proceso dinámico que varía en función del contexto, del suceso y de los recursos personales del individuo, su estado de ánimo, etc., por lo que el afrontamiento en un momento dado puede incluir toda una serie de estrategias aparentemente opuestas. Lowe, Norman y Bennett (2000), por ejemplo, han concluido que, en los meses posteriores a un ataque al corazón, los individuos utilizan de manera simultánea, tanto estrategias de afrontamiento pasivo (por ejemplo, aceptación, reevaluación positiva), como estrategias de afrontamiento activo centrado en los problemas. En el mismo sentido, Macrodimitris y Endler (2001) han descubierto que los individuos con enfermedades crónicas utilizan una combinación de estrategias de afrontamiento instrumental y de distracción. También es importante tener en cuenta las intenciones o metas del afrontamiento (Laux y Weber, 1991) ya que es probable que influyan sobre las estrategias de afrontamiento utilizadas en una situación cualquiera.

Metas del afrontamiento

¿Por qué eligen los individuos afrontar sus problemas de la forma en que lo hacen? La razón por la que se elige una estrategia (o más) para abordar una situación estresante percibida está relacionada con la experiencia anterior con la respuesta de afrontamiento, pero, de forma más importante, con los resultados anticipados de esa respuesta de afrontamiento; es decir, el afrontamiento es un proceso motivacional o propositivo (Lazarus, 1993b). El propósito general del afrontamiento, es decir, afrontar una situación para que sea menos perturbadora, lleva implícito una necesidad inherente de mantener la autoestima y la autoimagen de uno mismo, y de mantener buenas relaciones con los demás. Para ilustrar esta cuestión, un estudio de las discusiones entre parejas casadas (Laux y Weber, 1991) concluyó que las respuestas de afrontamiento mediante la ira y el ataque surgían cuando una de las partes consideraba que su autoestima estaba amenazada y, por tanto, el objetivo de su estrategia de afrontamiento era la defensa personal. Por el contrario, cuando las parejas se encontraban en una situación en la que compartían la ansiedad sobre un suceso externo, era más frecuente suprimir la ira y se utilizaban, por el contrario, formas de afrontamiento de respaldo mutuo, ya que el objetivo en estos casos era resolver una preocupación compartida.

Zeidner y Saklofske (1996: 506) señalan que «el afrontamiento es algo más que un mero ajuste; es la búsqueda del crecimiento personal, del dominio y de la diferenciación que nos permite evolucionar en un mundo que no deja de cambiar».



Todo el mundo experimenta estrés en algún momento de su vida. Piense en una experiencia estresante reciente que haya tenido que vivir. ¿Cómo la superó? Piense en cualquier estrategia distinta que haya adoptado para abordar este acontecimiento. ¿Cuáles eran los objetivos o metas de estas estrategias? ¿Tenían las distintas estrategias distintas metas o propósitos? ¿Cuáles fueron eficaces y cuáles no?

Al revisar esa experiencia, ¿puede usted pensar en algo de su experiencia anterior, su personalidad o sus perspectivas vitales que pudo influir en cómo reaccionó ante este acontecimiento? Hay muchos factores que influyen sobre la forma en que valoramos los sucesos y sobre cómo reaccionamos. A medida que vaya avanzando por las próximas secciones recuerde la experiencia en la que acaba de pensar y considere si cualquiera de las influencias sobre el estrés y el afrontamiento que describimos son relevantes respecto la forma en que usted aborda el estrés.

ESTRÉS, PERSONALIDAD Y SALUD MENTAL

¿Qué es la personalidad? Se puede definir la personalidad como la «organización dinámica de los sistemas psicofísicos del individuo que determinan su conductas y pensamientos característicos» (Allport, 1961: 28). Esta definición refleja un enfoque de la personalidad en función de los rasgos, que considera que el perfil de personalidad de un individuo se analiza en función de dimensiones estables y duraderas como su sensibilidad, conciencia o neurosis. La perspectiva de los rasgos dominó la investigación hasta finales de la década de 1960 pero, cuando los rasgos no consiguieron explicar la conducta observada suficientemente bien se centró la atención en el papel de las variables, externas o situacionales, y en la existencia de características de estado (por ejemplo, la ansiedad específica a una situación). Los rasgos de la personalidad son estructuras que proporcionan un medio útil para que tipifiquemos los patrones de la conducta consiguiendo, con frecuencia, «tipologías» en función de agrupaciones de rasgos; por ejemplo, un «tipo» de individuo extravertido mostrará generalmente rasgos sociales, aventureros e impulsivos, mientras que un «tipo» psicótico mostrará características egocéntricas, agresivas, frías e impulsivas (Eysenck, 1982). Observe que las características relativas a la impulsividad aparecen en ambos «tipos» y, sin embargo, los dos tipos difieren por lo general en función de las agrupaciones de rasgos.

Hay varios modelos de asociación posibles entre variables de la personalidad y la salud y la enfermedad:

- La personalidad permite, en algunos casos, predecir la aparición de enfermedades (por ejemplo, Friedman y Booth-Kewley, 1987). Ésta es la perspectiva que subyace a la tradición psicosomática en la que se han relacionado algunas enfermedades con determinados rasgos de la personalidad (por ejemplo, el patrón de conducta tipo A y las enfermedades cardíacas, véase una sección posterior). La vía por la

- cual se produce esta relación será probablemente fisiológica, a través de la reactividad inducida por los rasgos (*véase* el Capítulo 11).
- Puede parecer que la personalidad cambia debido a una enfermedad, por ejemplo, la depresión en una enfermedad crónica (*véase* el Capítulo 15). Se trata de una relación psicosomática, es decir, entre el *cuerpo y la mente*.
 - La personalidad puede promover una conducta poco saludable que puede predecir el padecimiento de enfermedades, como fumar; por tanto, la personalidad tiene un efecto indirecto sobre el riesgo de contraer enfermedades (*véase también* el Capítulo 3).
 - La personalidad puede desempeñar un papel en la progresión de la enfermedad o en su resultado porque influye sobre la manera en que el individuo aborda los síntomas o enfermedades; por ejemplo, es posible que los individuos hostiles no utilicen eficazmente su apoyo social.

Los «cinco grandes» factores de personalidad

Una forma actual y popular de conceptualizar y evaluar la personalidad recurre a cinco dimensiones (Costa y McCrae, 1992a, 1992b):

1. Afabilidad o cordialidad, es decir, ser cooperativo.
2. Responsabilidad o minuciosidad, es decir, ser responsable.
3. Extraversión, es decir, sociable.
4. Estabilidad emocional, es decir, tenso, ansioso.
5. Apertura a la experiencia, es decir, imaginativo, abierto a nuevas experiencias.

Se ha considerado que cada uno de estos factores es un conjunto adaptativo de rasgos que permiten, tanto a los individuos como a los grupos, adaptarse a las demandas de la vida. Los estudios que utilizan los modelos de los cinco factores han concluido que cada uno tiene relaciones distintas con la conducta saludable (por ejemplo, Booth-Kewley y Vickers, 1994; Friedman, Tucker, Schwartz *et al.*, 1995), la percepción de los síntomas (Feldman, Cohen, Doyle *et al.*, 1999), el afrontamiento (por ejemplo, David y Suls, 1996) y la conducta de enfermedad (por ejemplo, Korotkov y Hannah, 2004), concluyendo este último estudio que los factores de la personalidad están más relacionados con la valoración subjetiva de la salud que con indicadores objetivos de enfermedad.

Patrón de conducta tipo A y personalidad

Las enfermedades cardiovasculares y sus resultados (ataque al corazón, angina de pecho, paro cardiaco) han sido ampliamente estudiadas en relación con las variables de la personalidad y la emoción (*véase* una sección posterior). La búsqueda de una personalidad proclive a los problemas coronarios llevó al descubrimiento de toda una serie de conductas etiquetadas como conductas tipo A (Friedman y Rosenman, 1959, 1974; Rosenman, 1978).

Las conductas tipo A son un concepto multidimensional que combina la acción y la emoción y se manifiesta en individuos que muestran:

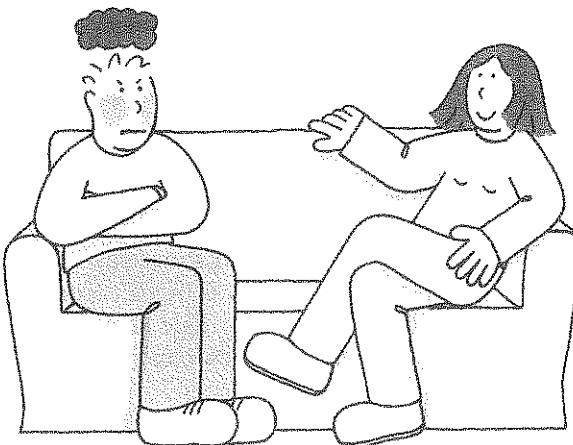
- competitividad;
- conducta de urgencia (intentar hacer demasiado en demasiado poco tiempo);
- facilidad para enfadarse/mostrar hostilidad e ira;
- impaciencia;
- conducta orientada a la consecución;
- un patrón de habla compulsivo.

En las décadas de 1960 y 1970 se descubrió que el patrón de conducta tipo A aumentaba, modesta pero consistentemente, el riesgo de enfermedades cardiovasculares y la mortalidad por infarto de miocardio cuando se comparaba con individuos que mostraban un patrón de conducta tipo B (lo contrario del tipo A, es decir, relajado con poca tendencia a la agresividad) (por ejemplo, el estudio del Western Collaborative Group (WGCS); Rosenman, Brand, Sholtz *et al.*, 1976; y el estudio sobre riesgo cardiovascular de Framingham (*Framingham heart study*)¹, Haynes, Feinleib y Kannel, 1980). Sin embargo, la mayor parte de las investigaciones posteriores, incluyendo un seguimiento a más largo plazo (22 años) de los participantes del estudio WGCS, no logró confirmar estas primeras relaciones (por ejemplo, Hollis, Connell, Stevens *et al.*, 1990; OrthGomer y Unden, 1990; Ragland y Brand, 1988; véase Booth-Kewley y Friedman, 1987, para una revisión). De hecho, algunos de estos estudios encontraron resultados muy diferentes a lo esperado; por ejemplo, el seguimiento a 22 años del grupo del estudio WGCS realizado por Ragland y Brand concluyó que las personas con personalidad tipo B que habían padecido anteriormente enfermedades cardiovasculares padecían un segundo ataque al corazón más deprisa que el tipo A con una enfermedad cardiovascular anterior, y que el tipo A sano no tenía más probabilidades que el tipo B sano de padecer un ataque al corazón mortal. Algunas de estas conclusiones contradictorias pueden explicarse en función de las diferencias de las técnicas de evaluación de la conducta tipo A (por ejemplo, entrevistas estructuradas cara a cara frente a cuestionarios cumplimentados por el propio participante), diferencias en la valoración de los resultados del ataque al corazón (por ejemplo, padecer un ataque al corazón, morir por un ataque al corazón, angina de pecho, enfermedad arterial) o diferencias en las muestras. Por ejemplo, algunos estudios utilizaban muestras sanas, otros utilizaban supervivientes de un ataque al corazón u otros con otros factores de riesgo, como fumar (véase Miller, Turner, Tindale *et al.*, 1991, para una revisión de las explicaciones de las conclusiones contradictorias de la investigación sobre la conducta tipo A).

¹ Nota de los revisores: el *Framingham heart study* es una investigación iniciada en 1948 en Framingham, Massachusetts (EEUU) bajo la dirección del National Heart Lung and Blood Institute en colaboración con la Universidad de Boston, con el objetivo de identificar los factores que influyen en las enfermedades cardiovasculares. Para ello trabajaron con una muestra inicial de 5.209 personas que se completó en el año 1971 con los descendientes de esa primera muestra (otros 5.124 sujetos) y en 2005 con 4.095 de la tercera generación.

Aunque puede que la evidencia sobre la relación entre la conducta tipo A y las enfermedades coronarias sea controvertida, existe cierta evidencia que sugiere que el tipo A responde más deprisa y de manera más emocional al estrés, y que muestra una mayor necesidad de control que los individuos que no pertenecen al tipo A (Furnham, 1990). Estas características del tipo A pueden, de hecho, aumentar la probabilidad de que un individuo padezca estrés, ya que es probable que influyan sobre sus relaciones con los demás (Smith, 1994) y hagan que el individuo sienta que se encuentra en un entorno más «estresante». El tipo A también muestra una mayor reactividad fisiológica que el tipo B, aunque esta mayor reactividad parece depender de la tarea y se hace patente cuando las tareas son competitivas o plantean retos y no cuando son tareas irrelevantes para la personalidad tipo A, como sencillas tareas perceptivo-motrices (por ejemplo, Krantz, Glass, Shaeffer *et al.*, 1982). La reactividad cardiovascular durante el estrés ha sido relacionada con diversos procesos de enfermedades, como el grado y el avance de la ateroesclerosis de la arteria carótida y la aparición de enfermedades cardiovasculares (Smith, Gallo y Ruiz, 2003), y, por tanto, es esta reactividad la que puede proporcionar el mecanismo por el que la personalidad o las características del tipo A afectan a las enfermedades. Existe evidencia empírica de que la conducta tipo A se puede alterar mediante intervenciones, con ganancias resultantes para la salud (Friedman, Thoresen, Gill *et al.*, 1986) lo que respalda el planteamiento de que el tipo A es una respuesta a situaciones provocadoras que sólo se debe, en parte, a un rasgo estable de la personalidad. Parece que el componente central es una conducta y unas actitudes hostiles o antagónicas, lo que se considera como un rasgo.

■ Hostilidad e ira



Se define la hostilidad como un rasgo compuesto por elementos emocionales, cognitivos y conductuales. Se cree que el rasgo de la ira es un elemento emocional central que es experimentado por el individuo y manifestado en

acciones o expresiones agresivas o antagónicas. Los elementos cognitivos de la hostilidad incluyen una visión cínica del mundo, una actitud general negativa y expectativas negativas (cínismo, desconfianza y maledicencia) sobre las motivaciones de los demás (Miller, Smith, Turner *et al.*, 1996). Desde el punto de vista de la conducta, los individuos hostiles pueden mostrarse abiertamente agresivos o airados. La literatura que analiza los factores psicosociales de la presión arterial y de la hipertensión ha identificado consistentemente relaciones tanto con la ira inhibida (ira hacia dentro) como con la expresión de la ira (ira hacia afuera), aunque la expresión de la ira parece estar más implicada en las enfermedades cardiovasculares (Rosenman, 1996; Suls, Wan y Costa, 1995; Williams *et al.*, 2000) y la inhibición o supresión de la ira más relacionada con el riesgo de padecer hipertensión (Vogele y Steptoe, 1993; Vogele *et al.*, 1997).

La hostilidad ha aparecido como un factor de predicción importante de la enfermedad en diversos estudios a gran escala (por ejemplo, el estudio MRFIT; Houston, Chesney, Black *et al.*, 1992; el estudio WCGS, Dembrowski, MacDougall, Costa *et al.*, 1989; Barefoot, Dahlstrom y Williams, 1983). El objetivo de estos estudios era tanto buscar relaciones entre hostilidad y padecimiento de enfermedades cardiovasculares como analizar la vía por la cual la hostilidad afectaba al estado de salud, y se han contemplado varias posibilidades.

Primero, se ha descubierto que los individuos hostiles muestran conductas de riesgo para la salud que pueden, en sí mismas, ser factores de riesgo de padecer enfermedades como enfermedades coronarias: por ejemplo, consumo excesivo de alcohol o tabaco (Lipkus, Barefoot, Williams *et al.*, 1994; Scherwitz, Perkins, Chesney *et al.*, 1992). Vogele (1998) también ha descubierto que la ira está relacionada con una mayor ingesta de alcohol y cigarrillos (*véase* la Figura 12.2). Por tanto, es esencial que los estudios que investigan la relación entre hostilidad y enfermedad tengan en

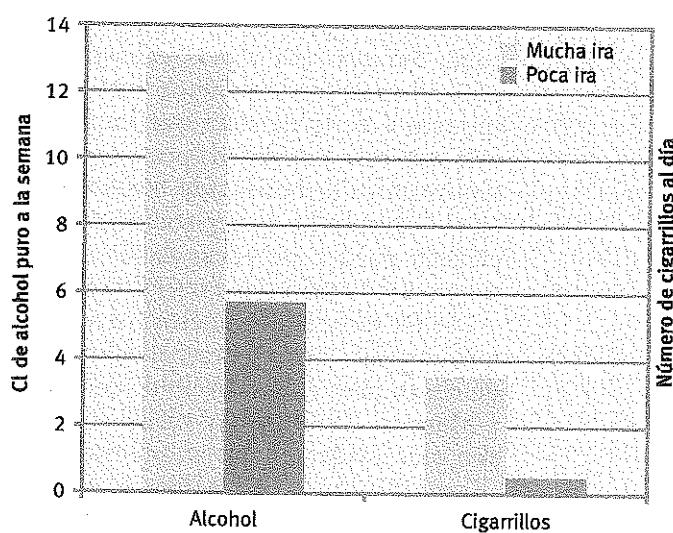


Figura 12.2 Ira y conducta saludable.

Fuente: Vogele (1998).

cuenta estos factores de riesgo o de lo contrario no se podrá tener claro en qué medida la hostilidad contribuye de forma independiente al padecimiento de enfermedades.

Segundo, se ha descubierto que los individuos hostiles tienen una menor capacidad de beneficiarse de los recursos psicosociales del apoyo interpersonal y, por tanto, tienen menos «amortiguación» frente a los efectos negativos de los sucesos estresantes o difíciles de superar (Miller, Smith, Turner *et al.*, 1996). Se conoce como la «hipótesis de la vulnerabilidad psicosocial» por la que se considera que la hostilidad es un moderador de las relaciones entre las características estresantes del entorno y los problemas de salud (Kivimäki *et al.*, 2003). Su estudio a gran escala de adultos finlandeses concluyó que, sólo para los hombres, la hostilidad influía en la relación entre desempleo y mala salud, ya que los hombres hostiles tenían una mayor prevalencia de problemas de salud independientemente de su situación de empleo, mientras que los hombres no hostiles tenían una mejor salud si tenían un trabajo.

Tercero, los estudios experimentales han demostrado que los individuos hostiles suelen ser más reactivos al estrés que los individuos que no son hostiles. Los menores «amortiguadores», más la tendencia a tener una mayor reactividad al estrés de los individuos hostiles, los hace vulnerables a las enfermedades cardiovasculares. Por ejemplo, en una serie de estudios experimentales, Suarez y sus colaboradores (por ejemplo, Suarez y Williams, 1989; Suarez, Kuhn, Schanberg *et al.*, 1998) descubrieron que las personas que obtienen una puntuación elevada en hostilidad cínica en la escala de hostilidad de Cook-Medley generaban mayores respuestas de presión arterial y neuroendocrinas (por ejemplo, niveles de cortisol superiores) que los participantes no hostiles cuando realizaban una tarea, o bien durante, o bien inmediatamente después, de un enfrentamiento con un asistente del laboratorio maleducado y agresivo. Una evidencia similar de Everson, McKey y Lovallo (1995) demostró que los individuos con una puntuación elevada en hostilidad tenían una mayor activación cardiovascular durante una tarea realizada tras una interrupción intencionada y que, además, los individuos hostiles diferían en sus evaluaciones del experimento y de la persona que los había interrumpido que los participantes con una baja hostilidad (por ejemplo, manifestaban más irritación e ira, y sentimientos de haber sido insultados a título personal). Como se describió en el Capítulo 11, los episodios prolongados o repetidos de presión arterial elevada pueden provocar daños en las paredes de los vasos que llevan la sangre al corazón (las arterias coronarias).

Se ha recopilado suficiente evidencia de las revisiones sistemáticas y los meta-análisis como para concluir que la hostilidad es un «posible» factor de riesgo para el desarrollo de enfermedades cardiovasculares (Hemingway y Marmot, 1999), y hay varios autores que han sugerido que las relaciones son más evidentes en las muestras más jóvenes (con 60 o menos años) (Kop y Krantz, 1997; Miller *et al.*, 1996; Smith, Gallo y Ruiz, 2003). Algunos autores sugieren que las «características» de riesgo, como la hostilidad (y la ira) pueden deberse a determinados contextos sociales que minan la capacidad del individuo de alcanzar sus metas o la seguridad financiera,

y que puede que la hostilidad no sea tanto un rasgo como una respuesta de afrontamiento (por ejemplo, Taylor, Repetti y Seeman, 1997). Esta perspectiva plantea la pregunta de si la hostilidad también está relacionada de manera indirecta con la enfermedad debido a su relación con la privación social (*véase el Capítulo 2*).

Personalidad tipo C

La búsqueda de una personalidad proclive a la enfermedad en relación con las enfermedades cardiovasculares (*véase Friedman y Booth-Kewley, 1987*), que llevó a la identificación y el análisis de la personalidad tipo A y de la hostilidad, estimuló la investigación sobre si había, o no, un tipo de personalidad proclive a padecer cáncer.

Los primeros trabajos que consideraron la existencia de tipos de personalidad proclives a padecer enfermedades incluyen los de Eysenck (1988) y Grossarth-Maticek (Grossarth-Maticek, Bastiaans y Kanazink, 1985). Plantearon la hipótesis de que la personalidad desempeñaba un papel importante en el desarrollo del cáncer y de las enfermedades cardiovasculares, e identificaron cuatro «tipos» de personalidad. Su «personalidad proclive al cáncer», tipo 1, se caracterizaba por la supresión de las emociones y la incapacidad de resolver el estrés interpersonal, lo que provocaba sentimientos de desesperanza, indefensión y, finalmente, depresión, mientras que una personalidad proclive a las enfermedades cardiovasculares, tipo 2, se caracterizaba por fuertes reacciones de frustración, ira, hostilidad y activación emocional (parecido a la conducta tipo A descrito anteriormente). Eysenck y Grossarth-Maticek (1989), al hacer un seguimiento de una encuesta a gran escala realizada en Yugoslavia, encontraron evidencia sobre la relación del tipo 1 y el aumento del riesgo individual del cáncer en 120 veces, mientras que el tipo 2 aumentaba el riesgo de enfermedades cardiovasculares 25 veces. Evidentemente, estas cifras sugieren que se puede atribuir a las variables de la personalidad un enorme peso en el padecimiento de enfermedades, por ejemplo, un peso mayor que incluso el que se atribuye al consumo de tabaco. Las afirmaciones de estos autores provocaron inevitablemente una gran atención de los investigadores sobre su trabajo, y tanto la encuesta como sus conclusiones han sido enormemente criticadas por realizar un análisis inadecuado, por ofrecer en su artículo insuficientes detalles metodológicos y por la incapacidad general de los demás investigadores de confirmar sus conclusiones en sus estudios sobre el cáncer o las enfermedades cardiovasculares (Amelang y Schmidt-Rathjens, 1996; Pelosi y Appleby, 1992, 1993; Smedslund y Rundmo, 1999).

Por el contrario, la tipología de Temoshok (Temoshok y Fox, 1984; Temoshok, 1987), en un seguimiento a 15 años de mujeres con cáncer de mama, logró obtener unas conclusiones sólidas de una relación entre el un estilo de afrontamiento pasivo e indefenso y un mal pronóstico de la enfermedad. Describieron una personalidad tipo C como aquella que tiene las siguientes características:

- Cooperativo y con tendencia a evitar conflictos.
- Cumplidor y pasivo.

Personalidad tipo C
Un conjunto de características de la personalidad que se manifiestan como respuestas de afrontamiento estoicas, pasivas y no emocionales. Se cree que está más relacionada con un elevado riesgo de padecer cáncer.

- Estoico.
- Poco assertivo y proclive a hacer sacrificios.
- Tendencia a inhibir las emociones negativas, sobre todo la ira.

Hay varios estudios que respaldan la tipología tipo C y el elevado riesgo de cáncer. Por ejemplo, Shaffer, Graves, Swank *et al.* (1987) realizaron un estudio prospectivo a 30 años de 972 médicos y concluyeron que los participantes que mostraban un alto grado de expresión emocional y «exteriorizaban» sus emociones tenían menos de un 1 por ciento de riesgo de desarrollar un cáncer, mientras que los que inhibían su expresión emocional tenían 16 veces más probabilidades que ese grupo de desarrollar un cáncer. En contraste con la conducta pasiva de supresión de las emociones de estos participantes, la evidencia apunta a resultados positivos entre los pacientes de cáncer que muestran un «espíritu de lucha» (*véase* la sección anterior sobre el afrontamiento adaptativo).

Personalidad tipo D

Personalidad tipo D

Un tipo de personalidad caracterizado por una elevada afectividad negativa e inhibición social.

El concepto de personalidad tipo D es muy posterior a la investigación sobre hostilidad y patrón de conducta tipo A y su relación con el riesgo de padecer enfermedades cardiovasculares. Se considera que la personalidad tipo D influye negativamente en el pronóstico y los resultados de las enfermedades cardiovasculares (Denollet y Potter, 1992; Denollet, Sys, Stroobant *et al.*, 1996; Denollet, 1998). Este tipo de personalidad se caracteriza por el «*distres*» (malestar emocional) con individuos que obtienen una puntuación elevada en afectividad negativa e inhibición social (que se define como «la evitación de peligros potenciales de las relaciones sociales, como la desaprobación o la falta de recompensa por parte de los demás» (Denollett, 1998: 209)). Por tanto, los individuos con una personalidad tipo D experimentan emociones negativas, pero las inhiben, además de evitar también el contacto social, y se han relacionado estas características con una mayor mortalidad tras el ataque al corazón u otro episodio cardiaco, incluso cuando se tienen en cuenta otros factores de riesgo biomédico (por ejemplo, Denollet *et al.*, 1996). El efecto se encontró tanto entre hombres como en las mujeres con una enfermedad cardíaca anterior.

En un intento de identificar los factores fisiológicos que se correlacionan con la personalidad tipo D, Habra, Linden, Anderson *et al.* (2003) analizaron la reactividad cardiovascular (presionar arterial, ritmo cardíaco y niveles de cortisol en la saliva) de estudiantes universitarios que estaban completando una tarea mental aritmética mientras que se los molestaba. Los varones socialmente inhibidos mostraban una mayor reactividad de la presión arterial; la afectividad negativa se relacionó con cambios del ritmo cardíaco durante la tarea entre los varones; y los niveles de cortisol en la saliva se relacionaron positivamente con ambas dimensiones del tipo D (pero no en el análisis final más riguroso). Sin embargo, a diferencia de los estudios de Denollet, donde sólo la afectividad negativa y la inhibición social eran predictivos juntos, las conclusiones de Habra sugerían que la

afectividad negativa y la inhibición social actuaban de forma independiente. Puede que estos resultados se deban a claras diferencias en las muestras (adultos mayores con enfermedades cardiovasculares frente a estudiantes universitarios sanos), por lo que resulta evidente que hace falta analizar más la personalidad tipo D.

Neuroticismo

El neuroticismo es una dimensión general de diferencias individuales caracterizada por la tendencia a experimentar emociones negativas y a mostrar creencias y conductas relacionadas con éstas (Costa y McCrae, 1987). Los individuos con una elevada puntuación en la dimensión del neuroticismo suelen mostrar creencias y conductas ansiosas desproporcionadas respecto a las circunstancias. El neuroticismo fue una de las tres dimensiones de la personalidad identificadas por Eysenck (1982). Se considera que es un rasgo y, por tanto, relativamente invariable. Como se describió en el Capítulo 9, el neuroticismo está relacionado con una mayor atención a los estados internos y más molestias somáticas, y se cree que subyace a muchas relaciones entre el estrés y el estado de salud (Costa y McCrae, 1987; McCrae, 1990). Watson y Clark (1984) propusieron que otro concepto relacionado, un rasgo dominante conocido como afectividad negativa, desempeñaba un papel central en la relación entre estrés y salud. El rasgo de afectividad negativa es una dimensión de personalidad y los individuos con una elevada afectividad negativa se caracterizan por tener un punto de vista general negativo, una mayor introspección, baja afectividad (estado de ánimo) y un bajo auto-concepto. Estudios realizados con muestras de adultos concluyeron también que la afectividad negativa estaba relacionada con una baja valoración de la salud propia y más molestias de salud pero, por lo general, no con indicadores objetivos de mala salud (Cohen *et al.*, 1995; Watson y Pennebaker, 1989; Evers *et al.*, 2003). Es probable que el neuroticismo y la afectividad negativa influyan sobre la expresión de síntomas físicos y problemas de salud dada su influencia sobre la somatización y la atención que se presta a los estados corporales internos. Un «exceso de atención» ansiosa, y la mayor probabilidad de interpretar las señales corporales de forma amenazante, provocan una sobre-percepción de síntomas que, al no corresponderse con un padecimiento real de enfermedad, hacen que la afectividad negativa se describa como un «factor molesto» (Watson y Pennebaker, 1989: 248) que obliga a los investigadores a interpretar con cautela los resultados autoinformados sobre molestias somáticas y de los factores autoinformados de predicción del estrés o la angustia, ya que la relación «identificada» entre el estrés y la enfermedad puede haber quedado exagerada por un sesgo de expresión de los participantes con una elevada afectividad negativa. A pesar de que sólo existen débiles relaciones longitudinales o de predicción entre la afectividad negativa y los indicadores objetivos de enfermedad (por ejemplo, Friedman y Booth-Kewley, 1987), los estudios siguen intentando identificar si existe una vía fisiológica entre ambas, con cierta sugerencia de que la afectividad

negativa está relacionada con mayores niveles de cortisol, lo que suprime la función inmunológica (por ejemplo, van Eck, Berkhof, Nicolson *et al.*, 1996).

Hasta ahora hemos presentado conceptos sobre personalidad que se relacionan de alguna manera con resultados negativos, pero se han identificado otros varios factores que se pueden considerar como «recursos», es decir, aspectos de la personalidad que podrían reducir los resultados negativos de las experiencias estresantes.

Resistencia

El concepto de resistencia o personalidad resistente fue identificado y puesto a prueba por Kobasa (1979) cuando buscaba factores que podrían diferenciar a los individuos que reaccionan al estrés enfermando de los que se mantienen sanos. La personalidad resistente se caracteriza por:

- haber experimentado experiencias ricas, variadas y gratificantes en la infancia.
- La presencia de las tres «C»: compromiso, control y reto o desafío (en inglés, *commitment, control* y *challenge*).

El compromiso supone el reconocimiento de uno mismo como persona valiosa, capaz de tomar decisiones de forma responsable, congruentes con sus principios y valores y comprometerse con las consecuencias de las mismas. Implica además una sensación de pertenecer a una comunidad, con disposición de ayudar a los otros y a su vez de recibir apoyo cuando se necesite. El control se definió como la creencia de un individuo de que puede influir sobre los acontecimientos de su vida. Se pensaba que los individuos con un alto control veían los estresores como potencialmente modificables. El reto se definió como la tendencia de un individuo a considerar que el cambio es un hecho normal en la vida y algo que puede ser positivo. Los individuos que tuvieran una elevada puntuación en la dimensión reto considerarían que el cambio es una oportunidad de crecimiento en vez de una amenaza a su seguridad.

En vez de ejercer un efecto directo sobre la experiencia de salud, se considera que una persona «resistente» con estas características está protegida contra el estrés y, por tanto, podría mantenerse sana. El primer estudio de Kobasa se basaba en ejecutivos varones que cumplimentaron la escala de apreciación de reajuste social de Holmes y Rahe (*véase* el Capítulo 11) y una lista de comprobación autoinformada de síntomas y enfermedades. Las correlaciones encontradas se mantuvieron en posteriores estudios prospectivos longitudinales (Kobasa, Maddi y Kahn, 1982), y en la Figura 12.3 se presentan los efectos de la amortiguación, donde se hace patente que la resistencia tiene más efecto en situaciones de gran estrés. Beasley, Thompson y Davidson (2003) encontraban más evidencia de este efecto de amortiguación en un estudio de 187 estudiantes universitarios que informaban de forma retrospectiva sucesos de estrés vital. Además de encontrar una relación directa entre la resistencia y un menor *malestar*,

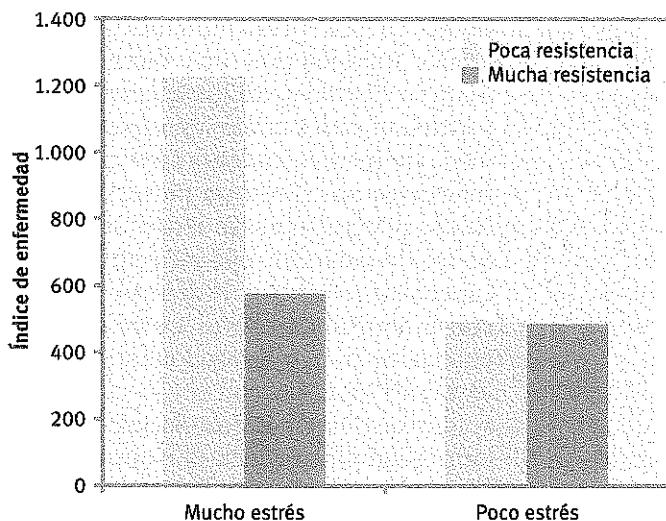


Figura 12.3 Los efectos amortiguadores de la resistencia.

Fuente: adaptado de Kobasa *et al.* (1982).

la resistencia amortiguaba los efectos de sucesos vitales negativos sobre la salud psicológica de las participantes. Tanto para los hombres como para las mujeres el efecto negativo sobre el *malestar* del afrontamiento orientado a las emociones era menor en los que tenían una elevada puntuación en resistencia. Sin embargo, este estudio era transversal y, de hecho, hay varios estudios prospectivos que no han encontrado una evidencia de efectos amortiguadores de la resistencia. También se ha sugerido que lo importante es la falta de resistencia, en vez de su existencia. Rhodewalt y Zone (1989) alcanzaron esta conclusión tras un estudio de mujeres adultas, en las que las mujeres que no mostraban resistencia habían valorado los sucesos de la vida de forma más negativa que las mujeres resistentes y que, a pesar de no haber experimentado recientemente más sucesos vitales que las mujeres resistentes, aquellas que no eran resistentes tendían a clasificar más sucesos como indeseables y que requerían un ajuste por su parte. Esto ha llevado a sugerir que la falta de resistencia puede reflejar un neuroticismo subyacente (Funk, 1992).

Optimismo

Otro recurso «protector» que puede ser beneficioso cuando hay que abordar el estrés es el del optimismo disposicional, es decir, tener una visión general positiva y expectativas positivas sobre los resultados. Scheier y sus colaboradores (Scheier, Weintraub y Carver, 1986; Scheier y Carver, 1992) propusieron que los individuos con optimismo disposicional están predisuestos a creer que los resultados deseados son posibles, y que esto motiva a los individuos optimistas a resolver más eficazmente y persistentemente los problemas de estrés o de enfermedad, reduciendo así su riesgo de padecer resultados negativos. Las personas con optimismo disposicional

tienen menos probabilidades de hacer atribuciones internas («es culpa mía»), estables («es una faceta de mi personalidad que no puedo cambiar») y globales de los sucesos negativos; es decir, es más probable que valoren el estrés como algo que se puede cambiar, específico y que no proviene de fuentes internas sino externas que potencialmente se pueden cambiar o ignorar. Por otra parte, el pesimismo es una visión negativa generalizada relacionada con respuestas al estrés de negación y distanciamiento. Se ha descubierto, por ejemplo, que el pesimismo entre los pacientes con cáncer tiene efectos independientes del optimismo y estaba relacionado con la mortalidad entre los pacientes más jóvenes incluso cuando se tenía en cuenta el factor relacionado de la depresión (Schulz, Bookwala, Knapp *et al.*, 1996).

En un meta-análisis de los estudios que utilizaban el test de Orientación Vital (la medida del optimismo desarrollaba por Scheier y Carver, 1985; véase la Tabla 12.2), Andersson (1996) encuentra que el optimismo estaba relacionado significativamente con el afrontamiento, con una menor expresión de síntomas y con una menor depresión o estado de ánimo negativo, siendo más fuerte esta última relación. Los estudios revisados por Andersson incluyen las conclusiones de Aspinwall y Taylor (1992) de que el optimismo predecía respuestas de afrontamiento activo entre los estudiantes en momentos de estrés; y, en una muestra clínica, las conclusiones de Taylor, Kemeny, Aspinwall *et al.* (1992) de que el optimismo predecía un mejor funcionamiento psicológico y físico en los hombres VIH positivos. Por tanto, el optimismo ofrece beneficios tanto para las poblaciones sanas que tienen que abordar sucesos estresantes como para las poblaciones de pacientes que tienen que abordar diversos aspectos de su enfermedad.

Tabla 12.2 Medición del optimismo: el test de Orientación Vital

Por favor, responda con la mayor precisión y sinceridad posible. Intente que su respuesta a un enunciado no afecte a las respuestas a los demás. No hay respuestas «correctas» o «incorrectas». Responda en función de sus propios sentimientos, y no de lo que piense que respondería «la mayoría». Utilizando la siguiente escala, ponga la letra correspondiente al lado de cada afirmación.

A	B	C	D	E
Estoy muy de acuerdo	Estoy un poco de acuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	No estoy muy de acuerdo	Estoy totalmente en desacuerdo
1. En momentos de incertidumbre, suelo esperar lo mejor.				<input type="checkbox"/>
2. Me resulta fácil relajarme.*				<input type="checkbox"/>
3. Si algo me pude salir mal, saldrá mal.				<input type="checkbox"/>
4. Siempre me fijo en lo positivo.				<input type="checkbox"/>
5. Siempre soy optimista sobre mi futuro.				<input type="checkbox"/>
6. Me lo paso muy bien con los amigos.*				<input type="checkbox"/>
7. Para mí es importante mantenerme ocupado.*				<input type="checkbox"/>
8. Casi nunca espero que las cosas me salgan a pedir de boca.				<input type="checkbox"/>
9. Las cosas nunca salen como yo quiero.				<input type="checkbox"/>
10. No me suelo sentir decepcionado.*				<input type="checkbox"/>
11. Creo que «no hay mal que por bien no venga».				<input type="checkbox"/>
12. Raras veces espero que me ocurran cosas buenas.				<input type="checkbox"/>

* Se trata de ítems «distractores» que tienen como función disfrazar el objetivo de la prueba.

Parece que el optimismo genera un mejor funcionamiento y mejores resultados porque los individuos optimistas valoran los acontecimientos de forma que es más probable que utilicen estrategias de afrontamiento centradas en los problemas (Taylor y Armor, 1996). Por ejemplo, un estudio hecho con estudiantes de derecho concluyó que los alumnos optimistas mostraban menos conductas de afrontamiento por evitación y un menor estrés percibido que los alumnos no optimistas, aunque los autores (Segestrom, Taylor, Kemeny *et al.*, 1998) señalan que el optimismo situacional, y no el optimismo disposicional, estaba relacionado con una valoración de la situación como menos estresante. Es importante esta diferenciación entre los distintos tipos de optimismo, sobre todo dado que las distintas mediciones del optimismo permiten predecir distintos resultados: el optimismo situacional predecía un buen estado de ánimo y una buena función immunológica, mientras que no lo predecía el optimismo disposicional.

Estos efectos beneficiosos del optimismo que han sido encontrados de forma relativamente consistente en la literatura plantean la pregunta de la viabilidad de las intervenciones para mejorar las creencias optimistas. Si el optimismo es una dimensión estable, ¿cómo se puede alcanzar? Folkman y Moskowitz (2000) han sugerido que se pueden mantener creencias optimistas gracias a tener éxito en el afrontamiento. Esto lleva a considerar si la formación en habilidades de afrontamiento y el *feedback* positivo de los esfuerzos que han tenido éxito pueden mejorar el optimismo. En caso afirmativo, el optimismo se aproximaría más a lo que se denomina autoeficacia, es decir, la creencia de que uno es capaz de hacer lo que se requiere en una situación dada (*véase* el Capítulo 5). Otro concepto relacionado con el optimismo disposicional es el del optimismo irreal, es decir, la opinión de que los sucesos desagradables le ocurrirán probablemente más a los demás que a uno mismo, y que hay más probabilidades de que las cosas agradables le ocurran a uno y no a los demás (Weinstein, 1982; también analizado en el Capítulo 5). A veces se conoce el optimismo irreal como el «optimismo defensivo» (Schwarzer, 1993) puesto que puede actuar como un amortiguador emocional frente al reconocimiento y la aceptación de posibles resultados negativos, es decir, puede proteger a los individuos de una realidad deprimente.

¿Cómo se relaciona el optimismo disposicional con los dos conceptos de optimismo irreal y autoeficacia? Y, ¿tienen ambos efectos independientes sobre la adaptación a la enfermedad? La relación entre estos tres conceptos relacionados ha sido abordada por Fournier, de Ridder y Bensing (2002) que han analizado los factores de predicción del autocuidado en individuos diabéticos insulino-dependientes o con esclerosis múltiple. Establecieron la hipótesis de que los individuos con diabetes (una enfermedad que generalmente puede ser manejada por el propio enfermo) tendrían un mejor estado de ánimo y un mejor autocuidado si tenían una elevada puntuación en eficacia positiva y en optimismo disposicional, ya que esto daría lugar a mejores estrategias de autocuidado, beneficios positivos percibidos sobre su condición y, por tanto, menores niveles de ansiedad y depresión. Por el contrario, se pensaba que las expectativas positivas de eficacia de los pacientes de esclerosis múltiple eran menos importantes que el auto-

cuidado, ya que esta enfermedad es menos controlable. En los pacientes de esclerosis múltiples se hizo la hipótesis de que el optimismo irrealista mejoraría, por el contrario, el estado de ánimo, porque se mantenían estas creencias a pesar del deterioro de la salud y, por tanto, el individuo no recibía un *feedback* negativo de las expectativas del optimismo irreal y de los intentos de controlar su enfermedad. Los datos confirmaron ambas hipótesis, poniendo de relieve el hecho de que las creencias optimistas actúan de forma distinta dependiendo del contexto y de la capacidad de controlar la enfermedad. También mostraban que el optimismo disposicional y las creencias de autoeficacia permanecían relativamente estables durante el periodo de seguimiento de 12 meses en comparación con el optimismo irrealista, que disminuía con el tiempo. Las variables disposicionales estables, como el optimismo, pueden ofrecer menos oportunidades para la intervención que cogniciones como el optimismo situacional e irrealista o las percepciones de control, por lo que ahora pasaremos a centrarnos en este último concepto.

ESTILOS Y COGNICIONES

Control percibido

Los primeros trabajos sobre el concepto de control consideraban que se trataba de un rasgo de personalidad. El *locus de control*, derivado de la teoría del aprendizaje social de Rotter, es una creencia generalizada que, cuando es interno y no externo, podría hacer que un individuo se comportase como si esperase obtener grandes reforzadores por su comportamiento (Rotter, 1966). Además, la creencia de *locus de control* interno sólo permitía predecir la conducta en las situaciones en las que se valoraban las recompensas/resultados. Por tanto, el *locus de control* hace referencia a la expectativa, parecida a un rasgo, de que las acciones personales serán eficaces en el control o dominio del ambiente, clasificándose a los individuos en función de su creencia interna o externa.

Según Rotter, un individuo «interno» asumirá la responsabilidad de lo que le ocurre; por ejemplo, atribuirá los éxitos a sus propios esfuerzos y los fracasos a su propia vaguería. Un individuo «externo» tendrá más probabilidades de creer que las fuerzas externas, o el azar, controlan su vida, y atribuirá probablemente tanto sus éxitos como sus fracasos a la suerte o el azar. Por tanto, estas creencias influirán sobre la conducta del individuo. Se considera que los individuos internos tienen sistemas cognitivos más eficientes y que gastan más energía en obtener información que les permitirá influir sobre los acontecimientos de importancia personal. En otras palabras, los individuos con una orientación interna realizarán más esfuerzos de afrontamiento centrado en los problemas cuando tienen que afrontar factores de estrés personal o social.

Relacionando el *locus de control* con resultados más concretos, relativos a la salud, Wallston y sus colaboradores (por ejemplo, Wallston,

Wallston y deVellis, 1978) describieron el concepto de *locus de control* de salud, evaluado utilizando la Escala Multidimensional de Locus de Control de la Salud. Esta escala evalúa el grado en que un individuo cree que él mismo, factores externos o los «terceros relevantes» (por ejemplo, amigos, profesionales de la salud) son responsables de su salud y de los resultados de su salud. Por tanto, este instrumento tiene tres subescalas e incluye elementos como:

- «Yo tengo el control de mi propia salud»; interno.
- «Independientemente de lo que haga, si me voy a poner enfermo me pondré enfermo»; externo.
- «En lo que respecta a mi salud, sólo puedo hacer lo que me diga el médico»; terceros poderosos.

La escala multidimensional de *locus de control* de la salud se ha utilizado ampliamente y se ha concluido que las creencias internas, externas o de terceros relevantes están relacionadas con una serie de resultados conductuales, emocionales y de afrontamiento (incluyendo la propia conducta saludable). Por ejemplo, en dos estudios longitudinales de pacientes que padecían dolor de espalda, el *locus de control* de salud interno se relacionó con una menor incapacidad física en el seguimiento, y los pacientes con fuertes creencias de control interno se beneficiaban más de su tratamiento y hacían ejercicio con más frecuencia (el *distres* se relacionó con una peor conducta de ejercicio físico) (Fisher y Johnston, 1998; Härkäpää, Järvikoski, Mellin *et al.*, 1991). Utilizando una medida del *locus de control* de salud específica a la recuperación de la incapacidad (la Escala de Locus de Control de la Recuperación de los Discapacitados Físicos; Partridge y Johnston, 1989, Johnston, Morrison, MacWalter *et al.* 1999) también concluyeron que las percepciones del control interno predecían una mejor recuperación de la incapacidad seis meses después de haber padecido un infarto cerebral agudo. Sin embargo, cuando se intentaba revelar cómo podía haber influido el control percibido sobre la recuperación física (medida en cuanto a la capacidad de realizar una serie de actividades, como andar, vestirse e ir al cuarto de baño), los autores no concluyeron que el control percibido interno llevara a un incremento de la conducta de ejercicio físico como se refería en el estudio finlandés (Härkäpää *et al.*, 1991). Es importante que estos autores reevaluaron a este grupo de supervivientes de un infarto cerebral tres años después de haber padecido el infarto para ver si los efectos beneficiosos del control percibido se mantenían a largo plazo, y los resultados confirmaron que las creencias sobre el control percibido, tal y como se habían evaluado al inicio del estudio (a los 10-20 días del infarto cerebral) tenían una significativa capacidad de predicción de la recuperación física a largo plazo, pero no de la recuperación emocional en términos de una menor angustia (Johnston *et al.*, 2004; Morrison *et al.*, 2005).

La importancia de este tipo de conclusión es que, a diferencia de los problemas neurológicos o de la edad (que permitían predecir ambos el resultado tras un infarto cerebral), se pueden modificar las creencias sobre el control. Por ejemplo, Fisher y Johnston (1996) demostraban que una sencilla intervención consistente en enviar una carta aumentaba las creencias

sobre el control interno y reducía la expresión de dolor en una muestra con dolor crónico. Estas conclusiones sugieren que la mejora de las creencias sobre el control interno es un planteamiento de intervención útil cuando el resultado en cuestión es físico. Sin embargo, hay pocos estudios que hayan concluido que el control percibido permita predecir la evolución de la enfermedad, por ejemplo, en cuanto a la recaída de un cáncer o a la supervivencia (DeBoer, Ryckman, Pruyn *et al.*, 1999).

Además, existe una evidencia empírica de que el control interno no siempre es adaptativo en tanto en cuanto puede generar sesgos optimistas, como un optimismo irreal, aunque no está claro el sentido de la causalidad (¿tienen los optimistas un control percibido, o el hecho de tener un control percibido hace que uno sea optimista? por ejemplo, Klein y Helweg-Larsen, 2002). Además, el mantenimiento de creencias de control interno en situaciones en las que esas creencias son irrealistas (por ejemplo, una grave incapacidad permanente tras una lesión cerebral traumática) puede provocar que no tengan éxito los esfuerzos de afrontamiento centrado en los problemas. Este fracaso percibido podría, a su vez, contribuir a sentimientos de depresión e indefensión, mientras que la aceptación de la realidad de no tener control podría llevar a respuestas de afrontamiento más adaptativo centrado en las emociones (Folkman, 1984; Thompson, 1981).

Una pregunta importante que hay que plantear en este sentido es la de «¿control sobre qué?». Se han descrito varios tipos de control:

- **Conductual:** la creencia de que uno dispone de conductas que reducirán el impacto negativo del factor estresante, por ejemplo, utilizando técnicas de respiración controlada antes y durante un procedimiento odontológico doloroso.
- **Cognitivo:** la creencia de que uno tiene determinados procesos o estrategias cognitivas disponibles que reducirán el impacto negativo del factor estresante, por ejemplo, distraerse de un dolor quirúrgico centrándose en pensamientos agradables de unas próximas vacaciones o unas vacaciones anteriores.
- **Decisional:** tener la oportunidad de elegir entre opciones, por ejemplo, recibir anestesia local antes de la extracción de una muela (teniendo en cuenta que los efectos pueden durar horas!), o someterse a la extracción sin anestesia.
- **Informacional:** tener la oportunidad de averiguar cosas sobre el factor estresante; es decir, obtener información sobre qué, por qué, cuándo, dónde, posibles resultados, probabilidades, etc. La información permite prepararse (*véase* el Capítulo 13).
- **Retrospectivo:** atribuciones sobre la causa o el control de un suceso realizadas después de que ocurra: es decir, búsqueda del significado de un suceso que pueda dar cierto sentido de orden en la vida; por ejemplo, culpar de un defecto de nacimiento a un gen defectuoso (interno) puede ser una respuesta más adaptativa que culpar externamente, aunque no está muy claro que sea así.

Cada uno de estos tipos de control puede reducir el efecto de estrés de un suceso al cambiar la valoración que hace la persona del factor estresante,

reduciendo la excitación emocional o influyendo sobre la respuestas de afrontamiento adoptadas (por ejemplo, Parkes, 1984). Thompson, Soblew-Shubin, Galbraith *et al.*, (1993), demostraron, en un estudio de 71 adultos con cáncer, que incluso en circunstancias generalmente incontrolables en cuanto a la evolución de la enfermedad, el control percibido sobre las emociones cotidianas y los síntomas físicos disminuía significativamente la angustia, y que estas percepciones de control permanecían relacionadas con el ajuste, incluso entre aquellos con un peor funcionamiento físico. Esto pone de relieve que, aunque el control sobre el resultado puede ser irrealista, el control sobre distintas facetas del suceso o de las respuestas al mismo sigue siendo beneficioso para el ajuste.

La autoeficacia y el *locus de control* percibido son dos importantes conceptos del control utilizados en psicología de la salud y se podría considerar que abarcan distintas fases del proceso de afrontamiento; por ejemplo, el *locus de control* es una valoración del grado en que el individuo cree que puede controlar los resultados, mientras que la autoeficacia hace referencia a la valoración de los recursos y las habilidades que el individuo cree que puede utilizar para alcanzar los resultados deseados. En relación con las creencias sobre el control también se encuentran las **atribuciones causales**. Una revisión de 64 conjuntos de datos que analizaban las relaciones entre las atribuciones sobre la causa de una amplia variedad de enfermedades y problemas de salud (incluyendo artritis, cáncer, enfermedades cardíacas, quemaduras, SIDA, infertilidad, infartos cerebrales y abortos involuntarios) y el ajuste (Hall y Marteau, 2003), concluyó que el 80 por ciento de los estudios no mostraba ninguna asociación entre las atribuciones internas (conducta de autoculpabilización) o externas (se culpabiliza a otros) y el ajuste. De hecho, no se relacionó fuertemente ninguna atribución concreta con la obtención de un resultado mejor. La autoculpa caracteriológica (por ejemplo, «lo que me ha provocado la enfermedad es algo en mí que no puedo cambiar») se relacionaba con más frecuencia con peores resultados. Este tipo de autoculpa se ha asociado con emociones negativas como la depresión.

Atribución causal

Por la que un individuo atribuye la causa de un suceso, sentimiento o acción a sí mismo, a los demás, al azar o a otro agente causal.

Estres y conductas

Depresión y ansiedad

El papel que desempeña la depresión a la hora de aumentar la incidencia/probabilidad de experimentar enfermedades es controvertido y depende de la enfermedad en cuestión. El estudio del Condado de Alameda analizado en el Capítulo 3 (donde ofrecimos una lista de siete tipos de «conductas saludables») no encontró ningún efecto de un estado de ánimo deprimido sobre la incidencia de las enfermedades cardiovasculares; sin embargo, otros estudios han relacionado la depresión y la hipertensión, incluso teniendo en cuenta otros factores de riesgo. Por ejemplo, el estudio sobre riesgo cardiovascular de Framingham concluyó que la depresión, al igual

que la ansiedad, predecía la incidencia de hipertensión durante 20 años, incluso teniendo en cuenta la edad, el consumo de tabaco y la obesidad (Markowitz *et al.*, 1993). Respecto al cáncer, un importante estudio demostró que la depresión grave y recurrente en una muestra de personas mayores predecía una mayor incidencia del cáncer de mama (Penninx, Guralnik, Pahor *et al.*, 1998).

Booth-Kewley y Friedman (1987), en su meta-análisis de los estudios que analizan los factores de predicción psicológicos de las enfermedades cardíacas, pusieron de relieve varios que identificaron una relación significativa entre la depresión y los resultados de enfermedades cardiovasculares (ataque al corazón, angina de pecho, fallo cardíaco, así como enfermedades cardiovasculares globales). Más recientemente, una revisión de Hemingway y Marmot (1999) concluyó que 11 de 11 estudios longitudinales prospectivos con poblaciones sanas presentaban resultados que respaldaban un papel de la depresión y/o ansiedad en la etiología (desarrollo) de las enfermedades cardiovasculares y que seis de seis estudios prospectivos entre pacientes con enfermedades cardiovasculares encontraban un papel significativo de pronóstico de la depresión.

También se ha encontrado una relación significativa entre un estado de ánimo deprimido y la mortalidad por un ataque al corazón (infarto de miocardio). Por ejemplo, Frasure-Smith, Lespérance y Talajic (1995) han concluido que la depresión permitía predecir mejor la muerte que el grado de daño al corazón o que haber tenido un ataque al corazón anterior. Los trabajos posteriores han confirmado estas conclusiones; por ejemplo, un impresionante estudio longitudinal de 237 hombres sanos (Vaillant, 1998) concluyó que el 45 por ciento de los que habían tenido un episodio de depresión anterior o en el momento de la evaluación inicial habían fallecido en el momento de la evaluación de seguimiento (55 años más tarde) comparado con sólo el 5 por ciento de los que no habían experimentado ese episodio. Ni la depresión ni la ansiedad permitían predecir la supervivencia en dos estudios longitudinales con pacientes de infarto cerebral realizados en Escocia (Johnston, Pollard, Morrison *et al.*, 2004; Lewis, Dennos, O'Rourke y Sharpe, 2001; Morrison, Pollard, Johnston *et al.*, 2005) aunque otros estudios con seguimientos a más largo plazo han identificado una relación significativa (Morris, Robinson, Andrzejewski, Samuels y Price, 1993).

Un estado de ánimo deprimido puede reflejar un estado subyacente de afectividad negativa (*véase* la sección anterior sobre la personalidad) que es lo que se ha sugerido en el trabajo de Denollet y sus colaboradores (Denollet y de Potter, 1992; Denollet, 1998). Estos investigadores han concluido que los resultados de una enfermedad cardiovascular (recuperación, fallecimiento u otros ataques al corazón) se puede explicar parcialmente por las elevadas puntuaciones en afectividad negativa combinadas con una inhibición social (la personalidad «tipo D»; *véase* la sección anterior) y, aunque no hay ninguna sugerencia de que estas características permitan predecir la aparición de la enfermedad, se acumula la evidencia empírica sobre su papel en los resultados de una enfermedad cardiovascular.

La investigación también ha intentado identificar las emociones relacionadas con el mayor riesgo de cáncer. Uno de estos estudios es el estudio

Western Electric (WES; Persky, Kempthorne-Rawson y Shekelle, 1987), que hizo un seguimiento a 17 y 20 años y concluyó que aquellos participantes que inicialmente tenían elevadas puntuaciones en la subescala de depresión global del Inventario Multifásico de la Personalidad Minnesota (MMPI: *Minnesota Multiphasic Personality Inventory*) tenían una mayor incidencia de cáncer en el seguimiento. Sin embargo, esto se atribuyó posteriormente a factores del entorno. Otro estudio longitudinal a gran escala, el estudio del Condado de Alameda, no reprodujo estos resultados (Kaplan y Reynolds, 1988). Aunque hay cierta sugerencia de que los sentimientos de desesperanza e indefensión relacionados con la depresión están implicados en la aparición del cáncer (Everson *et al.*, 1996), parece que la evidencia respalda más, como en el caso de las enfermedades cardiovasculares, que la depresión influye sobre los resultados más que sobre la etiología. En el Capítulo 14 se abordará el tema de la depresión como resultado en sí mismo.

También se ha descubierto que la depresión está relacionada con la conducta que tiene una persona cuando tiene que asumir un suceso estresante como una enfermedad. Se considera que la depresión reduce la probabilidad de que se tenga una conducta saludable o se abandone una conducta insana. Por ejemplo, los individuos que han experimentado un ataque al corazón (infarto de miocardio) y que mostraban posteriormente una depresión tenían menos tasas de abandono del tabaquismo que las personas que no mostraban señales de depresión cinco meses después del infarto de miocardio (Huijbrechts, Duivenvoorden, Deckers *et al.*, 1996). Los individuos deprimidos también tenían menos probabilidades de asistir a clases de rehabilitación cardiaca que los individuos no deprimidos (Lane, Carroll, Ring *et al.*, 2001) y, por lo general, los resultados de las investigaciones sugieren que la adhesión a las intervenciones y tratamientos terapéuticos, como el ejercicio o la medicación, es inferior entre los individuos deprimidos que entre los que no padecen una depresión (por ejemplo, Di-Matteo, Lepper y Crogan, 2000; Wing, Phelan y Tate, 2002). Esta falta de adhesión al tratamiento puede exponer a los individuos a resultados de salud negativos, como enfermedades futuras, una peor recuperación de la enfermedad o, incluso, la muerte (McDermott, Schmitt y Wallner, 1997).

Además de actuar posiblemente sobre los resultados de las enfermedades a través del efecto de la falta de adhesión al tratamiento, se ha demostrado que la depresión y la ansiedad influyen sobre las valoraciones que hacen los individuos cuando se encuentran ante sucesos estresantes (valoraciones de una amenaza frente a valoraciones de un reto), influyendo así sobre las acciones de afrontamiento que emprende el individuo. Por ejemplo, Lowe, Vedhara, Bennett *et al.* (2003), partiendo del marco del estrés-emociones-afrontamiento de Smith y Lazarus (1993; véase el Capítulo 11 para ver la explicación teórica), analizaron si la depresión estaba relacionada con valoraciones secundarias de un bajo potencial de afrontamiento centrado en los problemas y de expectativas futuras pesimistas, y si la ansiedad se relacionaba con las valoraciones de un bajo potencial de afrontamiento centrado en las emociones. Los resultados de 148 mujeres con sospechas de padecer un cáncer de mama confirmaron las expectativas sobre

las valoraciones del estrés, y también concluyeron que el afrontamiento mediante la confrontación, la evitación y la aceptación-resignación estaban todas relacionadas positivamente con la ansiedad, mientras que la depresión estaba relacionada negativamente con la confrontación y no con las otras dos respuestas de afrontamiento.

En el siguiente recuadro EN EL PUNTO DE MIRA se pone de relieve el hecho de que el afrontamiento del estrés no es únicamente una cuestión de emociones negativas y que hay un creciente cuerpo de investigación que apunta a la importancia de pensar y actuar de forma positiva.

En el punto de mira

Vidas positivas y con sentido

Se ha producido un crecimiento de los estudios en lo que se denomina la «psicología positiva» (Folkman y Moskowitz, 2000; Seligman y Csikszentmihalyi, 2000). En esencia, lo que sugieren estos autores, entre otros, es que tenemos que alejarnos de la atención centrada en cómo reducir o evitar los pensamientos y emociones negativos y prestar más atención a los beneficios de la salud y del bienestar ofrecidos por unos pensamientos y unas acciones positivas. Por ejemplo, además del optimismo, que hemos analizado en este capítulo, se cree que la esperanza, la felicidad y la alegría contribuyen a lo que Seligman, en una edición especial sobre la psicología positiva de *The Psychologist* (2003), describe como vidas deseables: una vida agradable, una buena vida y una vida con sentido. La vida agradable se consigue cuando el individuo busca emociones positivas en las experiencias actuales, pasadas y futuras, y disfruta de los sencillos placeres y gratificaciones o recompensas que obtenemos de la vida. La buena vida surge por estar, hacer y participar en la vida y en todas sus actividades de forma que se aproveche al máximo. La vida con sentido se consigue cuando utilizamos nuestras fuerzas y habilidades para beneficiar a alguien más que a nosotros mismos.

Para considerar que la vida es agradable, buena o con sentido, haría falta que el individuo fuera feliz, pero hay poca investigación que haya abordado realmente la felicidad en relación con los resultados de salud, valorando más frecuentemente el «bienestar» subjetivo que tal vez no sea lo mismo. Veenhoven (2003) afirma que se puede definir y medir la felicidad y que, preguntando simplemente sobre los niveles de felicidad, podríamos explorar preguntas como si la calidad de vida está relacionada con la felicidad o si se puede tener calidad de vida sin felicidad. ¿Qué es lo que hace que la vida sea buena?

Reflexione sobre su propia vida y en lo que le hace feliz: ¡puede que le ayude a vivir más!

Manifestación emocional

Un posible moderador del afrontamiento que está recibiendo mayor atención en los últimos años es el de la **manifestación emocional**, lo contrario de la supresión emocional, o el afrontamiento represivo, que se suele con-

cluir que son perjudiciales para la salud (*véase también* la sección sobre la personalidad «tipo C» en el apartado sobre personalidad y estrés). Un autor líder en este campo es Pennebaker (por ejemplo, Pennebaker, Kiecolt-Glaser y Glaser, 1988; Pennebaker, 1993) que, junto con varios colaboradores, ha desarrollado un paradigma por el que el escribir sobre el trauma reciente padecido tiene beneficios a largo plazo en cuanto al funcionamiento inmunológico (Pennebaker *et al.* 1988; Petrie, Booth, Pennebaker *et al.*, 1995) y el recurso a la atención sanitaria (Pennebaker y Beall, 1986).

La manifestación de las experiencias emocionales no debería confundirse con la **emoción expresada** (que puede incluir la expresión de emociones negativas y positivas) que, aunque se suele estudiar utilizando un paradigma de expresión por escrito similar, se ha relacionado con peores pronósticos entre las poblaciones psiquiátricas y obtiene conclusiones contradictorias entre los individuos con enfermedades físicas (los lectores interesados pueden ver un meta-análisis reciente de Panagopoulou, Kersbergen y Maes, 2002). Por ejemplo, Coyne y sus colaboradores (2003) concluyeron que la emoción expresada entre las parejas en las que uno había experimentado un **fallo cardíaco congestivo** estaba relacionada con una peor calidad conyugal y más *malestar*. Otros autores sugieren que la emoción expresada ayuda a la autorregulación emocional permitiendo que el paciente o su cuidador desarrollen un mayor control mental de la enfermedad y una narrativa coherente de los sucesos en su mente, lo que facilita la «reserva» y reduce el *malestar*. Sin embargo, la evidencia sobre los beneficios y «desventajas» de la redacción emocional, la manifestación y la expresión emocional siguen sin ser concluyentes y, sin duda, necesitan una mayor investigación.

Emociones expresadas
La manifestación de las experiencias emocionales como un medio para reducir el estrés; se suele lograr describiendo la experiencia por escrito.

Fallo cardíaco congestivo
Un desorden en el que el corazón pierde su capacidad de bombear sangre de forma eficiente. Por consiguiente, muchos órganos dejan de recibir suficiente oxígeno y nutrientes, lo que genera la posibilidad de que se vean dañados y, por tanto, de que no funcionen eficazmente.

APOYO SOCIAL Y ESTRÉS

El último tema de este capítulo trata del apoyo social, un recurso potencial disponible para la mayoría de nosotros, pero no para todos, que se ha demostrado que tiene una fuerte relación con los resultados de salud y de enfermedad. Existe evidencia empírica de que los individuos que tienen fuertes redes de apoyo social (tanto en términos de tamaño como de utilización) son más sanos y viven más tiempo que los que están aislados socialmente pero, ¿qué es lo que se quiere decir realmente con «apoyo social»?

Definición, tipos y funciones del apoyo social

El apoyo social puede ser real o recibido. Los individuos que tienen apoyo social creen que son queridos y atendidos, estimados y valorados y que forman parte de una red social de comunicación y obligación mutua, como la que se suele compartir con la familia, los amigos o los miembros de una organización social. La red social facilita la disposición de bienes, servicios y defensa mutua en momentos de necesidad o peligro (Cobb, 1976).

El apoyo social es un recurso que, cuando se percibe como disponible, afecta a cómo valoran y responden los individuos a los acontecimientos, y los individuos que perciben un elevado nivel de respaldo tienen más probabilidades de valorar los acontecimientos como menos estresantes que los individuos que no perciben que tengan ningún respaldo (es decir, el apoyo social actúa como un «amortiguador» frente al estrés). Se ha relacionado el aislamiento social, en cuanto a un bajo nivel de apoyo social y de actividades sociales, con la mortalidad por enfermedades coronarias, por ejemplo, entre varones adultos a los que se ha hecho un seguimiento durante 10 años (Orth-Gomér, Undén y Edwards, 1988).

Hay diversos tipos de apoyo social y de sus funciones en función de lo que ofrezca la persona que proporciona el apoyo y en cuanto a lo que recibe el receptor (*véase* la Tabla 12.3). Se han descrito cinco tipos básicos, aunque algunos autores sólo diferencian entre apoyo instrumental, emocional y de información, y la mayoría de los estudios no intenta registrar qué es lo que «obtiene» realmente el receptor del apoyo, sino que suponen más bien que todo ello es útil. (El Capítulo 15 pone en duda este supuesto cuando se analizan las relaciones entre cuidador y paciente.)

Tabla 12.3 Tipos y funciones del apoyo social

	Proveedor	Receptor
Apoyo emocional	Empatía Cuidado Preocupación	Seguridad Sentido de confortabilidad y pertenencia
Apoyo a la estima	Atención positiva Animar a la persona Comparar en términos positivos	Fomenta la autovalía Sentido de competencia Ser valorado
Apoyo tangible/instrumental	Asistencia directa Ayuda económica/práctica	Reduce la tensión/preocupación
Respaldo de información	Consejos, sugerencias, feedback	Comunicación Autoeficacia/autovalía
Red de apoyo	Buen recibimiento Experiencias compartidas	Sentido de pertenencia Afiliación

Apoyo social y mortalidad

Desde los primeros trabajos de Cobb, se han dedicado muchos años a intentar determinar si el apoyo social está implicado causalmente en la mortalidad, obteniéndose un primer apoyo de esta hipótesis en el estudio del Condado de Alameda (Berkman y Syme, 1979), incluso cuando se tenían en cuenta la situación de salud y la conducta de riesgo para la salud autoinformada. Los primeros trabajos también informaban de un incremento de dos veces de la mortalidad de aquellos que tenían pocas relaciones sociales (House *et al.*, 1982). Los estudios más recientes han confirmado estas relaciones. Por ejemplo, Vogt, Mullooly, Ernst *et al.* (1992), concluyeron, a partir de un estudio de seguimiento a 15 años de 2.603

adultos, que las «redes» sociales (valoradas en función de su tamaño, números de dominios de apoyo (alcance) y frecuencia de uso) permitían predecir fuertemente la mortalidad de la enfermedad isquémica coronaria, el cáncer y los infartos cerebrales. Un estudio a gran escala de empleados franceses (Melchior, Berkman, Niedhamer *et al.*, 2003) también concluyó que la falta de apoyo social y la insatisfacción con las relaciones sociales predecían un peor estado de salud.

Apoyo social y enfermedad

La evidencia de una relación entre el estrés vital y el estado de salud ha apuntado al apoyo social como moderador. Por ejemplo, Rosengren, Orth-Gomér, Bedel y Wilhelmsen (1993) concluyeron que, entre los varones de edad media, la relación entre una acumulación de cambios vitales críticos y un posterior ataque al corazón quedaba moderada por la calidad del apoyo social. Más recientemente, entre los individuos que padecían artritis reumatoide, el apoyo social en términos de una red social limitada permitía predecir la actividad de la enfermedad tres años más tarde, incluso cuando se tenían en cuenta la conducta de afrontamiento (Evers *et al.*, 2003). Se ha sugerido que las relaciones sociales son particularmente importantes en las enfermedades que llevan una dependencia física de los demás y cuando se reduce la actividad social debido a la enfermedad (Penninx *et al.*, 1999). Además, al apoyo social puede amortiguar el impacto de la depresión sobre la mortalidad tras un ataque al corazón (Frasure-Smith, Lespérance, Gravel *et al.*, 2000).

¿Cómo influye el apoyo social sobre el estado de salud?

Todos necesitamos ayuda. Existe una amplia evidencia de que el apoyo social reduce efectivamente la angustia en momentos de estrés (por ejemplo, Cutrona y Russell, 1987, 1990) y, además, la falta de apoyo social en momentos de necesidad puede, en sí, resultar muy estresante, sobre todo para aquellos individuos que tienen una gran necesidad de recibir apoyo pero insuficientes oportunidades para obtenerlo, por ejemplo, los mayores, las personas que acaban de enviudar y otras víctimas de sucesos vitales repentina, graves o incontrolables (por ejemplo, Penninx *et al.*, 1999). Aunque hay más evidencia del beneficio del apoyo social para reducir el estrés y el *malestar* durante la enfermedad que la que hay sobre cómo prevenir que ocurran, Greenwood, Muir, Packham y Madeley (1996), tras una revisión de estudios empíricos, también concluyeron que el escaso apoyo social tenía un mayor efecto sobre la incidencia de las enfermedades cardiovasculares que los sucesos vitales estresantes.

Se han propuesto dos teorías sobre cómo puede actuar el apoyo social (Cohen, 1988):

1. *Hipótesis sobre los efectos directos:* el apoyo social es beneficioso independientemente de la cantidad de estrés que experimenten los

individuos, y una falta de apoyo social es perjudicial para la salud, incluso en ausencia de estrés. Un elevado nivel de apoyo social proporciona un mayor sentido de pertenencia y de autoestima que un bajo nivel, produciendo así una visión positiva y un estilo de vida más saludable. Alternativamente, el apoyo social tiene una vía psicológica hacia la salud mediante, o bien una menor reactividad de la presión arterial, que se cree que surge de emociones positivas y valoraciones positivas del estrés, o posiblemente mediante mejores funciones del sistema endocrino o inmunológico, aunque las conclusiones en este campo no son tan consistentes. (Para una revisión exhaustiva, véase Uchino, Cacioppo y Kiecolt-Glaser, 1996.)

2. *Hipótesis de la amortiguación:* el apoyo social protege al individuo frente a los efectos negativos de un estrés elevado. El apoyo social actúa como un amortiguador, o bien (1) influyendo sobre las *valoraciones cognitivas* de una situación, de forma que el individuo percibe que sus recursos son mayores para superar la amenaza; o bien (2) modificando la *respuesta de afrontamiento* del individuo ante un factor estresante tras haberlo valorado como estresante (es decir, no tiene que afrontar los problemas por sí solo) (Cohen y Wills, 1985).

Se suele considerar que la búsqueda de apoyo social es una estrategia de afrontamiento activa, por la que se busca apoyo por razones prácticas y de información o con el fin de obtener un apoyo emocional. Kyngae, Mikkonen, Nousiainen *et al.* (2001) refieren las estrategias de afrontamiento de jóvenes a los dos meses de haber desarrollado un cáncer. Esta muestra utilizaba estrategias de afrontamiento centrado en las emociones, las valoraciones y los problemas, pero el acceso al apoyo social era una de las estrategias más comunes. Se buscaba apoyo de los profesionales de la salud en términos de obtención de información sobre su enfermedad y su tratamiento, buscándose el apoyo emocional en la familia.

En cuanto a la recepción de apoyo, Turner-Cobb, Sephton, Koopman *et al.* (2000) concluyeron que las pacientes de cáncer de mama que valoraban que su apoyo social existía y era útil tenían menores niveles de cortisol por la mañana que aquellas que no valoraban así su apoyo social, lo que sugiere una vía fisiológica por la cual el apoyo social puede ofrecer sus ventajas. Las intervenciones cognitivo-conductuales que han ofrecido a las pacientes de cáncer de mama un grupo de apoyo también han referido menores niveles de cortisol (por ejemplo, Creuss, Antoni, McGregor *et al.*, 2000). En el Capítulo 11 destacábamos los efectos inmunológicos del cortisol, por los que se relaciona un mayor cortisol con una disminución inmunológica y, tal vez, un efecto sobre el crecimiento de los tumores.

■ ¿Puede ser malo el apoyo social?

Merece la pena señalar que hay algunos casos en los que un elevado nivel de apoyo social puede resultar perjudicial. Por ejemplo, entre los pacientes que padecen dolor se ha encontrado que un elevado apoyo social en térmi-

nos de ofrecer ayuda práctica con las tareas cotidianas provocaba una mala adaptación debido a procesos de condicionamiento operante (por ejemplo, Gil *et al.*, 1987). Un exceso de cuidado (*véase también* el Capítulo 15) puede hacer que el receptor de la atención termine dependiendo demasiado del cuidador y sea demasiado pasivo en cuanto a su propia recuperación (*véase* el Capítulo 15). Además, es posible que no siempre se perciba que el tipo de apoyo social proporcionado sea útil o, aún más importante, que la ayuda ofrecida no se ajuste a las necesidades del paciente: por ejemplo, el apoyo instrumental es útil si las características del suceso son controlables; el apoyo emocional puede ser más útil cuando las cosas no son controlables, por ejemplo, después de una muerte (por ejemplo, Cutrona y Russell, 1990).

Finalmente, hay una advertencia respecto a la investigación del apoyo social. Dada la subjetividad del concepto en tanto en cuanto se define en términos de «¿cuánto apoyo social percibe que tiene?», los estudios tienen que recurrir al autoinforme. Como se ha señalado en otras partes, hay sesgos inherentes cuando se recopilan datos de los autoinformes, y es probable que las variables de las diferencias individuales, como el neuroticismo, puedan influir, no sólo sobre las percepciones que tiene el individuo sobre el carácter y el nivel de apoyo social que recibe, sino también de su satisfacción con el mismo (Uchino *et al.*, 1996). Además, puede que la propia personalidad interfiera con los recursos sociales y, de hecho, prevenga o mejore la capacidad del individuo para acceder al respaldo o beneficiarse del mismo (*véase*, por ejemplo, el análisis sobre la hostilidad).

Resumen

La evidencia revisada en el Capítulo 11 sugería que el estrés puede aumentar el riesgo de daño arterial, lo que a su vez promueve el desarrollo de enfermedades cardiovasculares. Ésta es una propuesta de un efecto directo, que implica que la simple reducción de la exposición al estrés reduciría la probabilidad de padecer esas enfermedades. Sin embargo, este capítulo ha demostrado que es una propuesta demasiado simplista. Hay muchos factores que moderan el impacto del estrés sobre la salud, o el impacto de una enfermedad estresante sobre los resultados a más largo plazo como la discapacidad, el *malestar* y la supervivencia. En este capítulo se ha descrito que los factores que se atribuyen a la personalidad de un individuo, sus creencias sobre su capacidad de control, sus emociones y su disponibilidad de apoyo social pueden afectar a las respuestas al estrés y a los resultados. Se pueden estudiar estas variables en función de las relaciones directas que tienen con los resultados del estrés, o como variables que hay que tener en cuenta cuando se analizan otros factores de predicción. Por ejemplo, un estudio puede analizar si el rasgo del neuroticismo permite predecir el *malestar* psicológico tras una intervención quirúrgica, mientras que otro estudio puede controlar el neuroticismo analizando los efectos de una hoja de información previa a la intervención quirúrgica sobre el *malestar* del

paciente tras la intervención. Independientemente de qué es lo que se esté investigando, cada vez está más claro que hay muchas variables que influyen sobre la relación entre un suceso estresante y sus resultados, y que hay factores biológicos, psicológicos y sociales que actúan de manera simultánea en la experiencia de estrés-enfermedad.

Leer más sobre este tema

Adler, N. E. y Matthews, K. A. (1994). Health psychology: why do some people get sick and some stay well? *Annual Review of Psychology*, 45: 229-259.

Una útil revisión de muchas de las variables moderadoras analizadas en este capítulo.

Rice, P. L. (1992). *Stress and Health*. California: Brooks/Cole.

Un libro bien redactado que aborda la mayoría, si no todos, los temas analizados en el capítulo.

Uchino, B. N., Cacioppo, J. T. y Kiecolt-Glaser, J. K. (1996). The relationship between social support and physiological processes: a review with emphasis on underlying mechanisms and implications for health. *Psychological Bulletin*, 119: 488-533.

Una excelente revisión, bien presentada, del apoyo social y de sus efectos sobre el funcionamiento cardiovascular, endocrino e inmunológico. Se ofrecen resúmenes muy útiles de estudios clave.

CAPÍTULO
13

Manejo del estrés

Objetivos de aprendizaje

Al terminar este capítulo, el lector deberá tener una idea clara sobre:

- Las formas de intervenir en el ámbito de una organización o de una población para reducir el estrés laboral.
- Los elementos de una aproximación cognitivo-conductual sobre el manejo del estrés.
- La naturaleza y el tratamiento del trastorno de estrés postraumático en respuesta a la aparición de una enfermedad.
- Las intervenciones eficaces para ayudar a los individuos a afrontar el estrés relacionado con una operación quirúrgica.

DESCRIPCIÓN DEL CAPÍTULO

Dicen que el estrés está por todas partes. Y, en efecto, uno de los problemas que más se suele referir en las consultas del médico de cabecera es el cansancio, a menudo un síntoma de estrés. Otros capítulos de este libro comentan el papel del estrés en el desarrollo de las enfermedades (Capítulo 11), o cómo el aprendizaje del manejo del estrés puede mejorar el estado de ánimo de forma eficaz, mejorar el resultado de una serie de enfermedades y reducir el padecimiento del dolor (Capítulos 16, 17). Lo que no se analiza con detalle en esos capítulos es cómo se pueden lograr esos cambios. Este capítulo aborda estas cuestiones desde diversas perspectivas. Primero analiza los planteamientos utilizados para minimizar el estrés en individuos sanos, tanto entre la población en general como en el lugar de trabajo. En este sentido, sirve de complemento de los Capítulos 5 y 6 y su análisis de las estrategias de promoción de la salud. El capítulo pasa a continuación a analizar la naturaleza de las intervenciones de manejo del estrés utilizadas cuando se trabaja con individuos que están experimentando estrés. Esta sección parte de los Capítulos 11 y 12 que analizaban la relación entre el estrés, el afrontamiento y la enfermedad, y le preparará para los Capítulos 16 y 17, que incluyen secciones sobre cómo puede ayudar el manejo del estrés a los individuos a afrontar la enfermedad y el dolor. Este capítulo analiza cómo tratamos una respuesta extrema (conocida como estrés postraumático) que se puede producir como resultado de la aparición de una enfermedad. Finalmente, analizamos cómo se puede minimizar el estrés cuando los individuos afrontan determinados factores estresantes (en este caso, una intervención quirúrgica) en un hospital, utilizando intervenciones relativamente sencillas. Esta parte del capítulo nos lleva del análisis del manejo del estrés en entornos preventivos a aquellos en los que el individuo está afrontando el estrés de padecer una enfermedad o de su tratamiento. También pasa de intervenciones sistemáticas muy complejas que involucran a toda una organización a intervenciones mucho más sencillas que pueden realizar las enfermeras y otros profesionales sanitarios en conversaciones generales con los pacientes.

Previsión del estrés

Cómo enseñar estrategias de manejo del estrés

Tal vez la forma más sencilla en que podemos ayudar a minimizar el estrés entre la población en general consiste en enseñar técnicas de manejo del estrés. Estas técnicas se pueden enseñar en clases nocturnas o incluso en ferias sobre la salud utilizando la aproximación de Brown, Cochrane y Hancox (2000). Estos organizaron ocho seminarios sobre manejo del estrés de un día completo o de medio día en un centro de ocio como parte de la campaña «Healthy Birmingham 2000», aprovechando el impulso publicitario. Estos talleres entrenaron a los asistentes en técnicas de relajación y otras estrategias para controlar su estrés (que describiremos más adelante en el capítulo). Sus grupos de comparación incluían a individuos que habían tomado parte en un programa de un día de duración centrado en sesiones sobre cómo comer de forma saludable, sensibilización sobre el alcohol y el ejercicio físico, y un grupo de individuos en una lista de espera para seminarios futuros. El acontecimiento resultó muy popular y atrajo tanto a individuos que habían acudido a un profesional de la salud, normalmente su médico de cabecera, para consultar sobre problemas relacionados con el estrés, como a individuos que no habían consultado previamente. La intervención también resultó exitosa. Comparados con los niveles basales, los participantes de los talleres que duraron un día mostraron reducciones significativamente mayores del estrés y la ansiedad a los tres meses de seguimiento que los individuos de los grupos de control: un resultado impresionante dada la brevedad relativa de la intervención y el amplio número de personas asistentes. Este tipo de aproximaciones tiene el potencial de proporcionar beneficios significativos a aquellos que toman parte, pero sólo es probable que acuda a este tipo de seminarios una proporción muy pequeña de la población general. Los psicólogos de la salud y otros han recurrido, por tanto, a otros métodos para intentar reducir el estrés de una parte significativa de la población general. Una de las más importantes aproximaciones que se han adoptado consiste en desarrollar estrategias para reducir el estrés en «poblaciones cautivas», entre las que se encuentra la gente en el trabajo.

Manejo del estrés en el ámbito de una organización

Existe una presión significativa y creciente sobre los empresarios para que proporcionen a sus empleados las habilidades necesarias para manejar eficazmente el estrés. En el Reino Unido esto se ha hecho aún más importante ya que el Health and Safety Executive, que fija las normas de seguridad en el lugar de trabajo, ha decidido ahora que los empresarios tienen la obligación legal de proteger el bienestar tanto emocional como físico de sus empleados. Las razones de esta política incluyen datos de sus propias fuentes (por ejemplo, Jones, Huxtable, Hodgson *et al.*, 2003), que indicaban que:

- En 2002 en Gran Bretaña, más de medio millón de personas afirmaron haber experimentado estrés laboral a un nivel que las hacía enfermar, con casi uno de cada cinco que pensaban que su trabajo era muy o extremadamente estresante¹.
- El estrés laboral, la depresión o la ansiedad explican una cifra estimada de 13,5 millones de días laborales perdidos en Gran Bretaña.
- Los niveles de estrés laboral están aumentando.
- Los profesores y las enfermeras tienen una prevalencia de estrés laboral especialmente elevada.

La mayoría de los intentos para reducir el estrés en el lugar de trabajo que se han publicado han incluido el entrenamiento en manejo del estrés en el lugar de trabajo utilizando métodos parecidos a los de Brown y sus colaboradores, descritos anteriormente. Es decir, han intentado ayudar a los asistentes a afrontar más eficazmente las exigencias que se les imponían. Y parecen ser eficaces. Eriksen, Ihlbaek, Mikkelsen *et al.* (2002), por ejemplo, asignaron de forma aleatoria un número amplio de empleados a una de tres condiciones de intervención: ejercicio físico, entrenamiento en manejo del estrés o un programa de salud integrado que incluía ejercicio físico e información sanitaria. Ninguna de las intervenciones influyó sobre el número de requejas sobre la salud, las bajas por enfermedad o el estrés laboral. Sin embargo, sí que parece que cada una de las intervenciones logró su objetivo. Los participantes de la intervención consistente en ejercicio físico mostraron mejoras de la salud general y buena forma física, mientras que el grupo sobre manejo del estrés mostró reducciones de su nivel general de estrés. A pesar de este grado de éxito, Oldenburg y Harris (1996) han sugerido que hay una serie de factores que limitan los beneficios de los programas de manejo del estrés en el lugar de trabajo. Su principal cuestionamiento hacía referencia al número y el tipo de personas que asisten a este tipo de programas. Estos autores señalaban que este tipo de programa suele atraer únicamente a entre el 10 y el 40 por ciento de la plantilla, e incluso menos si al programa no se le concede una «gran relevancia» en el lugar de trabajo. Además, la mayoría de los individuos que asiste parece tener relativamente pocos problemas relacionados con el estrés, mientras que muchos individuos que padecen ansiedad no asisten a los programas, tal vez porque consideran que sacan poco de este tipo de entrenamientos o no quieren airear sus problemas delante de sus compañeros de trabajo. El fracaso de la intervención de Eriksen para influir tanto sobre el estrés relacionado con el trabajo como sobre los niveles de bajas laborales también pone de relieve la necesidad de actuar sobre estas cuestiones de forma más directa, abordando las *causas* del estrés.

La identificación de las causas organizacionales del estrés es más compleja que proporcionar clases de manejo del estrés y tiene implicaciones

¹ De acuerdo con la V Encuesta Nacional de Condiciones de Trabajo (VENCT) realizada por el Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo español en el 2003, un 5,3 por ciento de los trabajadores en España presentaba síntomas compatibles con el estrés (tres síntomas o más de los siguientes: alteraciones del sueño, sensación continua de cansancio, cefalea, falta de concentración, falta de memoria e irritabilidad). Para más información, véase la página web del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales (<http://www.mtas.es>).

potencialmente más significativas para la organización. Por ejemplo, en la Tabla 13.1 se indica una variedad de potenciales factores de estrés que pueden influir sobre el estrés de los trabajadores de un hospital, algunos de los cuales son comunes a muchas situaciones laborales y otros exclusivos de los entornos sanitarios.

Tabla 13.1 Algunas de las fuentes de estrés de los trabajadores de los hospitales

Aspectos profesionales	Aspectos relativos a los pacientes	Aspectos laborales
Sobre-promoción	Pacientes o familiares angustiados	Trabajo por turnos
Infra-promoción	Pacientes o familiares «difíciles»	Malas condiciones laborales
Interacciones con los compañeros	Pacientes que fallecen	Sobrecarga excesiva de trabajo
Interacciones con la dirección	Quejas contra el personal	El trabajo afecta a la vida familiar
Trabajo más allá del nivel de conocimientos		Falta de apoyo social
Falta de apoyo directivo		Equipos inadecuados

Fuente: Bennet et al. (1999).

El cambio de cualquiera de estos factores puede afectar al estrés de los trabajadores de un hospital, por lo que no es fácil determinar dónde y cómo hay que intervenir a nivel organizacional. Sin embargo, el proceso utilizado por uno de los autores (PB) para reducir el estrés en un grupo de hospitalares proporciona un ejemplo de cómo esto se podría hacer. El proceso incluía:

- Identificación de las causas del estrés en el entorno laboral.
- Identificación de las soluciones para este estrés desde aquellos más implicados.
- Desarrollo del proceso de cambio para abordar los temas planteados.

Las primeras dos etapas de la intervención incluían la organización de una serie de grupos de atención con distintos empleados de toda la organización. Estos grupos estaban moderados por un psicólogo de la salud, que trabajaba con la dirección del hospital pero que no formaba parte del equipo directivo. Se organizaron muchos grupos de atención con trabajadores clave del hospital, incluyendo a personal de limpieza y celadores, enfermeras, directivos, trabajadores administrativos y otros trabajadores sanitarios, como terapeutas ocupacionales y fisioterapeutas. En cada una de estas reuniones, que incluían a unas seis personas, se invitaba a los asistentes a identificar los factores de sus entornos laborales que afectaban negativamente a su «calidad de vida» en el trabajo. Si se identificaban problemas (lo que ocurría siempre), también se les pedía que identificaran cualquier solución a estos problemas. Estas reuniones estaban programadas para tener una hora de duración, pero a menudo se prolongaban durante más tiempo, y resultaban extremadamente productivas.

Cada uno de los temas y de las soluciones planteadas en los grupos fueron ordenados a continuación en un conjunto de problemas (y, tal vez, soluciones) comunes en un documento que constituyó el punto de partida de la siguiente fase de la intervención. Los problemas planteados incluían grandes problemas sistemáticos, como:

- una mala red informática;
- un pobre horario del servicio de autobuses (no cuadraba con los turnos de trabajo);
- escasas plazas de aparcamiento, lo que dificultaba el transporte al trabajo;
- servicio de guardería inadecuado;
- la organización de varios departamentos del hospital en unidades competidoras en vez de cooperadoras;
- una cultura laboral de la dirección que castigaba a los trabajadores que no hacían horas extra significativamente.

Resulta interesante que las soluciones que habían utilizado algunos trabajadores para manejar su estrés afectaban a otros trabajadores al aumentar su insatisfacción y su estrés. Un ejemplo era que el equipo directivo de un hospital había trasladado sus oficinas de los pabellones hospitalarios para evitar lo que consideraban un excesivo contacto cotidiano con el personal de los pabellones y para permitírles concentrarse en una planificación a más largo plazo. Por ello, el grupo directivo se sentía menos estresado y más capacitado para hacer su trabajo de manera eficaz. Por el contrario, y sin que lo supiera el equipo directivo, las enfermeras de planta se sentían airadas y desilusionadas ya que consideraban que era un ejemplo de los obstáculos que la directiva ponía a un contacto que consideraban esencial para el funcionamiento eficaz del pabellón.

Una vez documentados los problemas y las soluciones, fueron llevados a un pequeño comité de altos directivos que dieron una respuesta a las necesidades. Lo hicieron agrupando los temas planteados en tres grandes categorías:

1. aquellos con probabilidad de tener un efecto mínimo, pero relativamente fácil de promover;
2. aquellos con probabilidad de tener un efecto significativo, pero más difícil de promover;
3. aquellos con probabilidad de tener un efecto significativo, pero imposible de llevar a cabo.

Claramente, las intervenciones se centraron en las dos primeras categorías. Los cambios realizados incluían un incremento del servicio de guardería y ampliación de su horario de apertura para que fuera más útil para los trabajadores que trabajaban por turnos, un cambio del horario de autobuses para hacerlos más adecuados a las necesidades, y la puesta en marcha del nuevo sistema informático para el hospital a lo largo de una serie de años. Sin embargo, no todas las intervenciones tienen que tener necesariamente un alcance tan grande. Un ejemplo es el de una directora de enfermería que observó que sus enfermeras solían llegar tarde o justo a la hora en el

turno de mañana. Cuando preguntó por qué, descubrió que se trataba fundamentalmente de mujeres solteras o separadas que tenían que dejar a sus hijos con alguien antes de ir a trabajar. Puesto que las personas que cuidaban a sus hijos sólo los querían a una hora próxima al inicio del turno, las enfermeras se encontraban muy presionadas. Si no había mucho tráfico llegaban a tiempo; si había mucho tráfico, llegaban tarde. La sencilla solución al problema consistió en iniciar el turno 15 minutos más tarde.

■ ¿Funcionan las intervenciones en el ámbito de la organización?

Existe un número relativamente reducido de estudios empíricos sobre la eficacia de este tipo de intervenciones. Sin embargo, aquellos trabajos que se han publicado sugieren que pueden resultar beneficiosas. Por ejemplo, Maes, Kittel, Scholten *et al.* (1990) cambiaron la naturaleza del entorno laboral volviendo a diseñar los puestos de trabajo para evitar tareas breves y repetitivas, proporcionando a los trabajadores cierto control sobre la organización de su trabajo y mejorando el contacto social. También dieron formación a los directivos en habilidades de comunicación y de liderazgo y los animaron a desarrollar estrategias para reducir el estrés en su área de trabajo. Esta intervención dio lugar a una mayor calidad del trabajo y a menores tasas de absentismo laboral en comparación con los lugares de control, en los que no se produjo ninguna intervención.

Una segunda intervención que utiliza esta aproximación fue llevada a cabo por Mikkelsen y Saksvik (1999). Estos autores intervinieron en dos oficinas del servicio de correos noruego. El propósito de su intervención era aumentar las oportunidades de aprendizaje de los empleados y su capacidad para tomar decisiones a fin de mejorar el entorno laboral y la salud. Para decidir los cambios que iban a realizar, organizaron grupos de debate con los trabajadores, que «diagnosticaron» sus problemas actuales, y después calificaron y pusieron en marcha los cambios del entorno laboral para remediar los problemas. Los autores informaron de que las condiciones laborales de la organización más grande se deterioraron, de hecho, a lo largo del estudio, un proceso que se revirtió en una de las oficinas que recibió la intervención, pero no en ambas. Atribuyeron el fracaso de esta última a la reestructuración organizacional y a las agitaciones que interfirieron con los beneficios potenciales de la intervención. Una tercera intervención, mucho más sencilla, fue presentada por Dababneh, Swanson y Schell (2001). Evaluaron el efecto de pequeños descansos sobre la productividad y el bienestar en una fábrica de procesamiento de carnes. En una condición se dio a los trabajadores 36 minutos de descanso adicionales sumados a sus descansos actuales: por un lado, añadiendo cuatro descansos de nueve minutos distribuidos de forma uniforme a lo largo del día; y por el otro, añadiendo 12 descansos de tres minutos. Ninguno de los descansos adicionales redujo la producción, pero ambos dieron lugar a reducciones significativas del malestar psicológico. Los trabajadores prefirieron el intervalo de nueve minutos de descanso.

En el punto de mira

Los escolares aprenden a controlar la ira

El *Sunday Times* (11 de enero de 2004) informaba sobre la utilización de una variante del manejo del estrés conocida como manejo de la ira en el colegio. El artículo daba un interesante giro del cinismo al convencimiento. Empezaba afirmando:

Nos hemos acostumbrado tanto a reírnos de la psicología barata, o al menos eso espero, que se puede confiar normalmente en que la expresión «entrenamiento en manejo de la ira» provoque risitas. La noticia del martes de que un colegio del norte de Londres está ofreciendo clases de manejo de la ira a niños de seis años debió provocar auténticas carcajadas en cualquiera que la leyera.

Lo que pasaba a describir a continuación era, en efecto, poco habitual, narrando un programa de gestión de conflictos y resolución de la ira desarrollado en la escuela primaria St. Ann's Church of England en Tottenham, Londres. En este programa, patrullas de niños, algunos con tan sólo seis años, con insignias y gorras rojas con el distintivo de «Mentor», estaban aprendiendo a detener el acoso entre compañeros. Tenían sesiones semanales de *role-playing* en los que practicaban el entrenamiento en manejo de la ira y resolución de conflictos. A los niños se les enseñaban formas de ayudar a otros niños a alejarse de las discusiones y las peleas y a controlar su ira con técnicas de respiración (*véase* más adelante). El objetivo era que, cuando alguien se enfadara o mostrara agresividad en el patio del recreo, los mentores pudieran ayudarle a «parar, pensar, escuchar y manejar su ira».

El artículo pasaba a continuación a afirmar:

Esto sonaba perfectamente absurdo al principio. El *role-playing* es, todavía, otra de esas expresiones locas que le hace pensar a uno inmediatamente en Ricky Gervais y *The Office* (una comedia británica sobre un absurdo director de oficina y sus patéticos intentos de controlar a sus empleados al tiempo que intenta congraciarse con ellos). Pero, poco a poco, empecé a pensar que tal vez este programa no fuera una idea tan tonta.

Porque parecía funcionar. Los alumnos de este colegio estaban obteniendo mejores resultados que otros de otros colegios semejantes. La conducta en el colegio había mejorado, y el rendimiento académico del colegio estaba por encima de la media nacional, a pesar de estar situado en una zona violenta y deprivada, donde los niños solían carecer de buenos modelos en sus casas.

Es posible que, al fin y al cabo, los métodos psicológicos tengan algunos beneficios.

El trabajo con las personas

Teoría del estrés: una rápida revisión

En esta sección analizamos algunos de los componentes de una serie de intervenciones a las que se suele conocer de manera colectiva como **entrenamiento en manejo del estrés**. Parten de las teorías cognitivas-conductua-

Entrenamiento en manejo del estrés

Un término genérico para las intervenciones diseñadas para entrenar a los participantes en cómo afrontar su estrés.

Esquemas cognitivos

Conjunto de creencias inconscientes, sobre el mundo y sobre nosotros mismos, que dan forma a las respuestas cognitivas más conscientes que damos ante los sucesos que nos afectan.

les sobre el estrés, que consideran que el estrés es el resultado de una serie de procesos cognitivos y ambientales (*véase* el Capítulo 11). Se puede considerar que el estrés es un estado emocional y psicológico negativo que deriva de nuestras respuestas cognitivas a los sucesos que se producen a nuestro alrededor. Es decir, se puede considerar que el estrés es un proceso más que un resultado. Nos sentimos «estresados», pero también tenemos pensamientos que contribuyen a este sentimiento, y respuestas fisiológicas y conductuales asociadas, que forman parte todas ellas de la «respuesta de estrés». En el Capítulo 11 analizábamos las teorías transaccionales y de valoración del estrés. Los enfoques sobre manejo del estrés están basados, en parte, en estas teorías y, en parte, en teorías más clínicas, siendo las dos más prominentes las de Aaron Beck (1976) y Albert Ellis (1977). Ambas suponen que nuestra respuesta cognitiva a los sucesos (y no los propios sucesos) determinan nuestro estado de ánimo, y que los sentimientos de malestar u otros estados emocionales negativos son una consecuencia de un pensamiento «distorsionado» o «irracional» (*véase* la Figura 13.1). Es decir, consideran que el estrés es el resultado de una *mala interpretación* de los sucesos del entorno o de cogniciones que exageran los elementos negativos de los eventos y pierden de vista cualquier aspecto positivo de la situación.

Beck se refería a los pensamientos que provocan emociones negativas como asunciones automáticas negativas. Vienen a la mente de forma automática, como la primera respuesta del individuo a una situación concreta, se encuentran fuera de la lógica y no se basan en la realidad. A pesar de ello, su propio automatismo implica que no se cuestionen y se acepten como ciertos. Beck identificaba dos niveles de cognición. Las cogniciones superficiales son aquellas de las que somos conscientes. Podemos acceder a ellos y mencionarlos con relativa facilidad. A ellos subyace un conjunto de creencias inconscientes sobre nosotros mismos y nuestro mundo, conocidas como **esquemas cognitivos**, que influyen sobre nuestras cogniciones superficiales que, a su vez, afectan a nuestras emociones, conductas y grado de activación fisiológica. Los pensamientos que provocan estrés, por ejemplo, dan lugar a un incremento de la activación del sistema nervioso simpático (*véase* el Capítulo 8), un comportamiento que puede ser más o menos útil para resolver el problema que está teniendo un individuo, y a sentimien-

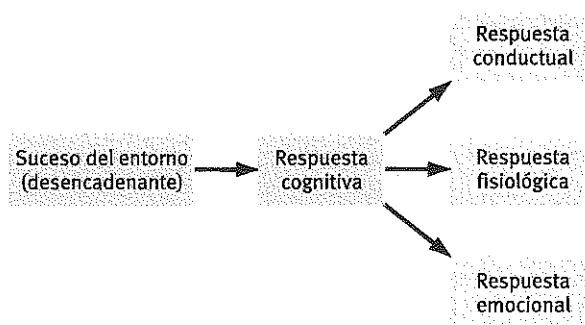


Figura 13.1 Una representación simplificada del proceso evento-estrés propuesta por Beck y otros terapeutas cognitivos.

tos de malestar, presión o ansiedad. Beck identificó una serie de categorías de pensamientos que provocaban emociones negativas, incluyendo:

- *Pensamiento catastrófista*: considerar que un suceso es totalmente negativo y potencialmente desastroso: «Ya está: he tenido un ataque al corazón. Seguro que voy a perder mi trabajo y que no podré ganar lo suficiente para pagar la hipoteca».
- *Sobregeneralización*: llegar a una conclusión general (negativa) a partir de un único incidente: «Ya está: el dolor no me ha dejado ir al cine; otra cosa más que no puedo hacer».
- *Inferencia arbitraria*: alcanzar una conclusión sin evidencia suficiente que la respalde: «Mi dolor debe indicar que tengo un tumor. Lo sé».
- *Abstracción selectiva*: centrarse en un detalle sacado de contexto: «Sí, ya sé, sé que antes salía, pero me duelen las articulaciones todo el tiempo, y sé que ya no voy a poder salir más».

Un buen ejemplo de cómo los esquemas a largo plazo generan formas muy estresantes de responder a los sucesos externos se encuentra en el modelo cognitivo de la conducta tipo A de Price (1988). De su trabajo clínico con varones tipo A concluyó que los esquemas que subyacen al comportamiento tipo A eran una baja autoestima y la creencia de que se puede lograr la estima de los demás solamente si se demuestra continuamente que se es un «triunfador» y un individuo capaz. Estas creencias subyacentes fundamentaban otros pensamientos más conscientes de tipo competitivo, de urgencia temporal, u hostiles.

Las cogniciones superficiales relacionadas con la conducta tipo A incluyen:

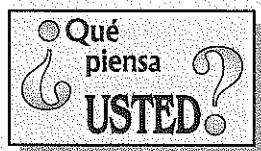
- *Pensamientos de urgencia temporal*: «Vamos, que no tengo todo el día. ¡Que voy a llegar tarde! ¿Por qué tarda tanto? ¿Soy la única persona que hace algo aquí?»
- *Pensamientos hostiles*: «¡Me ha cortado aposta! Ya me encargaré yo de él. ¿Por qué es todo el mundo tan incompetente? Realmente son de lo más tonto que hay».

Los esquemas más profundos (inconscientes) incluyen:

- «No puedo decirle que no o pareceré un incompetente y perderé su respeto».
- «Tengo que llegar a tiempo a la reunión, cueste lo que cueste, o creerán que soy un incompetente y perderé su respeto».
- «La gente sólo le respeta a uno por lo que uno hace por ellos, y no por lo que uno es».

Entrenamiento en manejo del estrés

El modelo de la respuesta de estrés descrito anteriormente sugiere una serie de factores que se pueden cambiar para reducir el estrés que padece un individuo. Estos factores incluyen:



El modelo cognitivo-conductual del estrés supone que el estrés se encuentra en el individuo. El estrés surge de una mala interpretación de los sucesos que nos acontecen. Pero ¿es realmente así? Se podría afirmar que, aunque cierto tipo de estrés puede deberse a un pensamiento distorsionado, el estrés también puede ser desencadenado por circunstancias realmente estresantes. La mayoría de la gente consideraría que el someterse a una operación quirúrgica, por ejemplo, es un suceso estresante. Los teóricos como Hobfoll han afirmado que hay muchos más factores generales, como ser madre soltera o tener un trabajo exigente, que son sucesos universalmente estresantes. Los argumentos de que la situación socioeconómica afecta a la salud a través de procesos psicológicos analizados en el Capítulo 2, también sugieren de manera implícita que existen grandes diferencias en el grado de estrés experimentado en los distintos grupos sociales.

Si estas afirmaciones son ciertas, entonces, al menos en algunos casos, el estrés se debe realmente a las circunstancias del entorno y no a la interpretación que hace el individuo de determinada situación. Estos argumentos deben llevarnos a cuestionar la relevancia que tienen en estos contextos las técnicas de manejo del estrés basadas en los modelos cognitivo-conductuales que se han descrito anteriormente.

El argumento que utilizarían los terapeutas cognitivo-conductuales contra esta crítica es que, incluso reconociendo que hay factores del entorno que influyen sobre el estrés, algunos individuos los afrontan mejor que otros. Existe una variabilidad individual de nuestra capacidad para afrontar experiencias parecidas. El papel del manejo del estrés no niega la influencia del entorno, sino que ayuda a los individuos a afrontar las circunstancias estresantes de la forma más eficaz que puedan y con el menor malestar emocional posible. Parece un argumento razonable, pero deja abierta una serie de preguntas para los psicólogos de la salud. Un tema particularmente pertinente es cuánto esfuerzo tenemos que dedicar a cambiar las fuentes de estrés y cuánto a cambiar las respuestas de los individuos a entornos potencialmente estresantes. ¿Debemos poner el énfasis en reducir las desigualdades sociales cambiando el entorno, o en ayudar a los individuos a afrontar mejor las exigencias de su entorno aquí y ahora? ¿Deberíamos ayudar a algunos individuos a afrontar mejor una operación quirúrgica, o deberíamos intentar que los procesos anteriores y posteriores a la intervención sean menos estresantes para todos? A menudo, resulta más fácil y barato enseñar a los individuos a afrontar mejor las situaciones estresantes que cambiar las causas del estrés. Pero ¿se trata del mejor planteamiento?

- sucesos del entorno que desencadenan la respuesta de estrés, o una serie de desencadenantes de un estrés a más largo plazo;
- respuestas conductuales, fisiológicas o cognitivas inadecuadas que se pueden producir como respuesta a este suceso.

La mayoría de los programas de manejo del estrés se centran en cambiar las reacciones de los individuos a los sucesos que se producen en su entorno

o que les acontecen. Muchos enseñan sencillamente técnicas de relajación para minimizar los elevados niveles de activación relacionados con el estrés (*véase* el Capítulo 8). Las intervenciones más complejas intentan cambiar las reacciones cognitivas (y, por tanto, emocionales) de los participantes ante estos sucesos. Pocos abordan los factores que desencadenan inicialmente la respuesta de estrés. Este hecho puede considerarse como una grave limitación: la forma más eficaz de reducir el estrés consiste en evitar que se produzca inicialmente. Por tanto, incorporamos a nuestra revisión del entrenamiento para el manejo del estrés un proceso tanto de identificación como de cambio de los desencadenantes del estrés, así como estrategias para afrontar los pensamientos, sentimientos, emociones y comportamientos estresantes una vez iniciados:

- Se pueden identificar y modificar los desencadenantes utilizando estrategias de resolución de problemas.
- Se pueden identificar y cambiar las distorsiones cognitivas mediante una serie de técnicas cognitivas, como la **reestructuración cognitiva** (*véase* más adelante).
- Se pueden reducir los niveles elevados de tensión muscular y otros indicios de una activación elevada mediante técnicas de relajación.
- Se puede cambiar la respuesta de estrés mediante la consideración y el ensayo de respuestas conductuales alternativas.

Reestructuración cognitiva

Reconsideración de los pensamientos automáticos negativos o catastróficos para hacerlos más acordes con la realidad.

■ Cambio de los desencadenantes

Se trata de una parte del entrenamiento e manejo del estrés que se suele descuidar, tal vez porque no existe una intervención estándar que se pueda aplicar. Los desencadenantes del estrés de cada individuo son, necesariamente, distintos, al igual que cualquier estrategia que se desarrolle para reducir la frecuencia de dichos desencadenantes. El cambio de los mismos requiere identificar primero las situaciones que aumentan el estrés de un individuo y, después, o bien cambiar su naturaleza, o bien reducir la frecuencia con que se producen. Una sencilla estrategia para reducir el nivel de estrés o ira de un individuo cuando conduce al lugar de trabajo, por ejemplo, podría consistir en salir antes de forma que sienta menos presión durante el recorrido.

Uno de los enfoques que se utilizan con más frecuencia para identificar y cambiar los desencadenantes del estrés fue el desarrollado por Gerard Egan (1998). Su modelo de consultoría centrado en el problema incluye tres fases a través de las cuales se puede lograr la identificación y el cambio de cualquier desencadenante del estrés:

1. *Exploración y clarificación del problema:* ¿cuáles son los desencadenantes del estrés?
2. *Establecimiento de objetivos:* ¿cuáles son los desencadenantes que quiere cambiar el individuo?
3. *Facilitación de la acción:* ¿cómo se plantea el individuo el cambio de los desencadenantes del estrés?

Aunque esta secuencia puede parecer en cierto modo lógica y evidente, cuando se utilizó este enfoque por primera vez a principios de la década de 1960 representaba, de hecho, un cambio significativo desde un asesoramiento relativamente poco centrado que se practicaba anteriormente (y, de hecho, se sigue practicando) por parte de muchos terapeutas que se basaban en el modelo de psicoterapia centrada en el cliente de Roger (1961). Este enfoque también puede formar parte de los programas de autocontrol analizados en el Capítulo 17.

Análisis y clarificación del problema

El objetivo de la primera etapa de intervención consiste en ayudar al individuo a identificar los problemas que tiene y que pueden estar contribuyendo a su estrés. Puede que algunos sean evidentes de inmediato; otros requieren un análisis más detallado sobre lo que está ocurriendo en la vida de ese individuo. El objetivo de esta etapa es aclarar *exactamente* cuáles son los problemas que afronta el individuo, y con cierto detalle: sólo entonces se pueden aplicar las estrategias de resolución de problemas adecuadas. A continuación se muestran algunas de las estrategias o habilidades terapéuticas que resultan particularmente pertinentes en esta etapa del asesoramiento:

- preguntas directas e instigaciones;
- silencios y mínimas instigaciones;
- retroalimentación empática.

La forma más evidente de obtener información consiste en plantear preguntas directas. Deben ser preguntas abiertas para evitar las respuestas de una sola palabra. Es probable que las preguntas del tipo: «¿Qué facetas de su trabajo contribuyen a su estrés?» proporcionen mucha más información que la pregunta: «¿Le provoca estrés su trabajo?». Un segundo enfoque, parecido al de las preguntas directas, consiste en instigar. Aquí, las solicitudes de información adoptan la forma de instigadores e invitaciones para obtener información: «Hábleme de...», «Describa...».

Es importante alternar las preguntas directas con otras técnicas para animar al individuo a analizar los aspectos relevantes. Uno de estos métodos incluye la utilización de silencios o de instigadores mínimos («Aja»). Por su propia naturaleza, el análisis de los problemas lleva a los individuos a analizar cuestiones que no habían abordado previamente. No se puede precipitar el proceso, y el hecho de llenar los silencios con nuevas preguntas puede interrumpir sus pensamientos e impedir un análisis adecuado de los problemas. Otro método para animar a analizar los problemas consiste en utilizar lo que Egan denominó *retroalimentación empática*. Puede resultar muy eficaz mostrar a los individuos que se comprende su situación o sus sentimientos con una sencilla frase: «Así pues, lo que me está diciendo es que se siente muy solo cuando su cónyuge se niega a hablar de...». Esta retroalimentación también muestra que el terapeuta comprende la situación.

Establecimiento de objetivos

Una vez identificados los problemas concretos, es posible que algunas personas consideren que son capaces de afrontarlos y no necesitarán más ayuda para realizar los cambios pertinentes. Sin embargo, otras pueden necesitar más ayuda para determinar qué es lo que quieren cambiar y cómo lo van a cambiar. La primera etapa de este proceso consiste en ayudar al individuo a decidir las metas que quiere alcanzar, y a formular estas metas en términos concretos más que generales (por ejemplo, «voy a intentar relajarme más» frente a «voy a reservarme 20 minutos al día para practicar el yoga»). Si el objetivo final parece demasiado difícil de alcanzar de un solo paso, hay que animar a identificar objetivos intermedios que lleven al objetivo final. Analice las siguientes posibilidades para reducir distintos «estreses vitales»:

- Hacer menos labores domésticas: ¡qué mi compañero haga más!
- Salir de casa para ir al trabajo 10 minutos antes para que no tenga que ir con prisas.
- Aprender a relajarme yendo a clase de yoga una vez por semana.
- Formar un grupo para hacer ejercicio físico.
- Decir que «no» cuando en el trabajo me piden algo que parece imposible.
- Hablar más con los amigos.
- Esforzarme en la relación con mi pareja; tener menos peleas.

Algunos objetivos pueden resultar evidentes tras la fase de análisis del problema. Sin embargo, si no fuera así, Egan identificó una serie de estrategias diseñadas para ayudar al paciente a identificar y definir objetivos. Una de las más importantes consiste en retar al individuo para que explore nuevas perspectivas: para que reflexione sobre nuevas formas de hacer las cosas. Resulta particularmente útil cuando parece que el paciente está bloqueado en su antigua manera de pensar o tiene la sensación de que se puede hacer muy poco. Es probable que los retos o consejos directos, por muy bien planteados que estén («Bueno, ¿por qué no se toma algo de tiempo todos los días para relajarse?»), provoquen resistencia al cambio o sentimientos de derrota. Por ello, el reto en este contexto consiste en invitar al individuo a explorar nuevas soluciones, utilizando frases como:

- «Tal vez fuera útil buscar otras formas de ver las soluciones a este problema».
- «Me pregunto si no habría otras cosas que podría hacer para resolver este problema».

Facilitación de la acción

Una vez establecidos los objetivos en la segunda fase de este enfoque centrado en el problema, puede que algunos individuos consideren que ya no necesitarán más ayuda para alcanzarlos: otros, que en esta etapa ya tienen una buena idea de *qué* es lo que quieren conseguir, pueden seguir mostrándose inseguros sobre *cómo* conseguirlo: ¿cómo tienen que negociar el

hacer menos tareas domésticas y dejar que su compañero haga más? Por ello, la etapa final de este elemento del manejo del estrés consiste en planificar formas de alcanzar los objetivos identificados.

Possiblemente el estrés tenga múltiples fuentes, y puede resultar más fácil modificar algunas áreas de estrés que otras. Puede resultar útil trabajar para alcanzar las metas relativamente fáciles al inicio de cualquier intento de cambio antes de trabajar para alcanzar los objetivos más serios o difíciles de cambiar, a medida que el individuo va adquiriendo habilidades o confianza en su capacidad de cambiar. Se pueden alcanzar algunos objetivos utilizando los recursos personales que ya tiene el individuo: una vez que ha planificado cómo los va a alcanzar, tiene confianza en su capacidad de poner en marcha el plan. Es posible que otros planes requieran que el individuo aprenda nuevas habilidades para gestionar su estrés más eficazmente. Por ejemplo, se podría beneficiar de aprender a relajarse o a reducir la frecuencia o el tipo de cualquier pensamiento que provoque estrés y que contribuye a su estrés. A continuación pasaremos a analizar estas habilidades aprendidas.

Entrenamiento en relajación

El objetivo de enseñar habilidades de relajación consiste en permitir que el individuo se relaje todo lo posible y de forma adecuada, tanto a lo largo del día como en momentos de estrés particular. Esto contrasta con procedimientos como la meditación, que proporcionan un periodo de profunda relajación y de «tiempo muerto» que bastan por sí mismos. Además de las ventajas físicas, la utilización efectiva de las técnicas de relajación lleva a aumentar el control real y percibido sobre la respuesta de estrés. Esto puede de ser, en sí mismo, un resultado valioso, ya que las percepciones de pérdida de control pueden, por sí mismas, contribuir al sentimiento de estrés. La relajación también puede incrementar el acceso a procesos de pensamiento calmados y constructivos, aunque este efecto es relativamente débil, reflejando la reciprocidad entre cada uno de los distintos elementos de estrés. La mejor manera de aprender habilidades de relajación consiste en pasar por tres fases:

1. Aprender las técnicas de relajación básicas.
2. Hacer un seguimiento de la tensión en la vida cotidiana.
3. Utilizar la relajación en momentos de estrés.

■ Aprendizaje de habilidades de relajación

La primera etapa del aprendizaje de las habilidades de relajación consiste en practicarlas en condiciones óptimas, como en una silla cómoda en una habitación silenciosa, donde no haya distracciones y resulte relativamente fácil relajarse. Inicialmente, es necesario que un profesional entrenado enseñe el proceso de relajación profunda. A esto se puede sumar la práctica continuada en el domicilio particular, utilizando, normalmente, instruccio-

nes en una cinta de audio. La práctica continuada durante una serie de días (a veces semanas) es importante en esta etapa, ya que es necesario haber practicado mucho las habilidades y que sean relativamente automáticas antes de poder utilizarlas efectivamente en los contextos de la «vida real».

El proceso de relajación que se enseña más frecuentemente se basa en la técnica de relajación muscular profunda de Jacobson (1938). Ésta consiste en tensar y relajar alternativamente grupos de músculos de todo el cuerpo en una secuencia ordenada. Con el tiempo, el énfasis de la práctica pasa a la relajación sin una tensión previa, o a la relajación de grupos concretos de músculos al tiempo que se utilizan otros, para mimetizar el uso de la relajación en el «mundo real». El orden en que se relajan los músculos varía, pero un ejercicio típico puede incluir las siguientes etapas (el procedimiento de tensión se describe entre paréntesis):

- manos y antebrazos (cerrando el puño);
- brazo (tocándose el hombro con los dedos);
- hombros y parte inferior del cuello (encogiendo los hombros);
- nuca (tocándose el pecho con la barbilla);
- labios (apretándolos);
- frente (frunciendo el ceño);
- abdomen/pecho (manteniendo una respiración profunda);
- abdomen (tensando los músculos del abdomen);
- piernas y pies (empujando el talón hacia fuera, estirando los dedos de los pies hacia la cabeza, sin levantar la pierna).

■ Seguimiento de la tensión física

Al mismo tiempo que se practican las habilidades de relajación, los individuos pueden empezar a hacer un seguimiento de sus niveles de tensión física a lo largo del día. Inicialmente, esto sirve como proceso de aprendizaje, ayudándolos a identificar lo tensos que están en determinados momentos del día y qué es lo que desencadena una tensión excesiva. Este proceso también puede ayudar a identificar posibles desencadenantes futuros del estrés y proporcionar claves sobre cuándo puede resultar particularmente útil recurrir a los procedimientos de relajación. Con frecuencia, esto incluye la utilización de un «registro de tensión diaria» en el que el individuo registra su nivel de tensión sobre alguna forma de escala numérica (0 = nada de tensión, 100 = la mayor tensión posible) a intervalos regulares a lo largo del día, o en momentos de particular estrés. Como preludio de las intervenciones cognitivas o conductuales, estos registros también pueden centrarse en los pensamientos, emociones o comportamientos experimentados en esos momentos. La Figura 13.2 proporciona un extracto de un registro diario típico del estrés. A medida que el individuo empieza a utilizar estrategias adicionales para combatir su estrés, puede añadir columnas que miden su nivel de tensión tras hacer la relajación, los pensamientos que ha utilizado para afrontar sus pensamientos estresantes, etcétera.

Hora	Situación	Tensión	Comportamiento	Pensamiento
8:32	Camino del trabajo: ¡Llego tarde!	62	Tenso: aferrado al volante Conduzco de forma agresiva Maldigo los semáforos	¡Llego tarde otra vez!... Seguro que mi jefe se entera... ¡Vamos, vamos, que no tengo todo el día! ¿Por qué siempre tarda tanto este maldito semáforo?
10:00	Presentación del trabajo a los compañeros	75	Hablo demasiado deprisa Me precipito	No estoy quedando demasiado bien... ¿Por qué no consigo nunca hacer esto bien? ¿Deben creer que soy tonto! ¡Me siento fatal!

Figura 13.2 Extractos de un registro diario en el que se anotan los factores desencadenantes del estrés, los niveles de tensión y los pensamientos y comportamientos relacionados.

■ Relajación en vivo

Tras un periodo de aprendizaje de las técnicas de relajación y de autorregistro de la tensión, los individuos pueden empezar a integrar la relajación en su vida cotidiana. En esta etapa, la relajación incluye reducir la tensión a niveles adecuados al tiempo que se llevan a cabo las actividades de la vida cotidiana. Inicialmente, puede consistir en intentar mantenerse todo lo relajado que sea posible y adecuado en momentos de un estrés relativamente reducido y, después, a medida que el individuo se siente más capacitado, utilizar la relajación en momentos de creciente estrés. El objetivo de la relajación en estos momentos no es escapar de la causa del estrés, sino mantenerse todo lo relajado que sea posible al tiempo que se afronta el factor estresante concreto. Una estrategia alternativa consiste en relajarse en intervalos regulares (como los descansos para el café) a lo largo del día.



Intervenciones cognitivas

Hay dos estrategias que se utilizan frecuentemente para cambiar las cogniciones. La más sencilla, conocida como entrenamiento en autoinstrucción,

Diálogo interior

Hablarse a uno mismo (internamente). Puede ser negativo y, por tanto, aumentar el estrés.

Terapéuticamente, se enseña a los individuos a utilizar el diálogo interior de forma que los ayude a mantener la calma.

nes, fue desarrollada por Meichenbaum (1985) y está dirigida a las cogniciones superficiales. Consiste en interrumpir el flujo de pensamientos ansiógenos (provocadores de estrés) y sustituirlos con pensamientos ensayados previamente de «afrontamiento» o de reducción del estrés: el denominado **diálogo interno positivo**. Estos pensamientos suelen pertenecer a una de dos categorías posibles. Los primeros son recordatorios para utilizar cualquier técnica de afrontamiento del estrés que haya aprendido la persona («Te estás calentando tú sólo: vamos, hombre, tómatelo con calma, acuérdate de relajarte, respira hondo, relaja los músculos»). La segunda forma de autoinstrucción actúa como una forma de tranquilizarse a uno mismo, recordando al individuo que en ocasiones anteriores ha afrontado efectivamente sus sentimientos de angustia («Venga, hombre, que ya has pasado por esto antes, tienes que poderlo hacer otra vez: mantén la calma, nada se va a descontrolar») y podrá hacerlo ahora también. Para asegurarse de que son relevantes para el individuo, y para ayudar a evocar realmente estos pensamientos en momentos de estrés, Meichenbaum sugirió que es necesario ensayar pensamientos de afrontamiento concretos, siempre que sea posible, antes de que se produzcan los sucesos estresantes, ya sea en una sesión de terapia o minutos antes de que el anticipado factor estresante sea probable que se produzca. Como poco, estos pensamientos interrumpen el flujo de pensamientos estresantes; en el mejor de los casos, reducen activamente el nivel de estrés que padece el individuo.

Una intervención más compleja, la reestructuración cognitiva, consiste en identificar y poner en duda la exactitud de los pensamientos que generan estrés (ibid.). Pide al individuo que los considere como hipótesis, y no como hechos, y que evalúe su validez sin sesgos. Este proceso puede incluir la consideración tanto de las cogniciones superficiales como de los esquemas cognitivos; aunque estos últimos requieren de una importante toma de conciencia, y se pueden alcanzar mejor en el contexto de una terapia. La mejor manera de poner en cuestión los pensamientos generadores de estrés puede enseñarse inicialmente en sesiones de terapia. En éstas, el terapeuta utiliza un proceso conocido como el método socrático o de «descubrimiento guiado» (Beck, 1976) para ayudar a los pacientes a identificar los patrones distorsionados de pensamiento que están contribuyendo a sus problemas. A continuación el terapeuta anima al individuo a que considere y evalúe distintas fuentes de información que proporcionan evidencia de la realidad o irreabilidad de las creencias que tiene. Se puede retar al paciente a que ponga en duda sus supuestos estresantes planteando preguntas clave como:

- ¿Qué evidencia hay que respalda o rechaza mi supuesto?
- ¿Hay alguna otra forma posible de pensar en esta situación?
- ¿Es posible que me esté equivocando en la forma en la que pienso?

Una vez que el individuo puede participar en este proceso en la sesión de terapia, se le anima a utilizar el proceso socrático en momentos en que se siente atrapado por los sentimientos de estrés, para poner en duda el fundamento de esos sentimientos. Una técnica que se ha desarrollado específicamente para ayudar a identificar y poner en duda las creencias centrales es la que se conoce como la técnica de la *flecha hacia abajo*. Cuando el

paciente expresa lo que parecen pensamientos o reacciones inadecuados ante los acontecimientos, se puede utilizar la técnica de la flecha hacia abajo para identificar las distorsiones en las creencias centrales que están contribuyendo a sus problemas. Las preguntas clave incluyen:

- ¿Qué es lo que le preocupa sobre...?
- ¿Qué repercusiones tendría...?
- ¿Cuáles serían las consecuencias de...?
- ¿Cuáles serían las consecuencias últimas de...?

Intervenciones conductuales

El objetivo del cambio conductual consiste en ayudar al individuo a responder a cualquier desencadenante de estrés de tal forma que maximice su eficacia a la hora de afrontar el factor desencadenante de estrés, y hacerlo de una forma que le provoque el mínimo estrés posible. Algunas conductas pueden ser relativamente sencillas. Las conductas que reducen el estrés de conducir pueden consistir en conducir respetando los límites de velocidad, echar el freno de mano al detenerse en el semáforo y tomarse un tiempo de relajación, y no conducir de forma agresiva. Otras pueden requerir cierta práctica: una persona que se enfurece en exceso, por ejemplo, puede ensayar respuestas asertivas en las sesiones de terapia a fin de prepararse para hacer lo mismo en la «vida real». Otras conductas pueden tener que meditarse en el momento de padecer del estrés. Aquí, el objetivo del entrenamiento en el manejo del estrés puede consistir en enseñar al individuo a planificar su respuesta ante cualquier factor estresante potencial para que sea aquella que minimice su estrés personal. Una sencilla regla intuitiva que puede ser útil aquí consiste en animar al individuo a pararse y planificar qué es lo que va a hacer (aunque sólo sea durante un par de segundos) en vez de saltar a la acción sin pensar, puesto que esto suele provocar más estrés.

Entrenamiento en inoculación de estrés

Entrenamiento en inoculación del estrés

Un tipo de intervención de reducción del estrés en la que se entrena a los participantes a controlar el estrés ensayando antes de someterse a situaciones estresantes. Se enseña a los participantes a relajarse y a utilizar un diálogo interior tranquilizador. Este enfoque fue desarrollado por Donald Meichenbaum.

En su enfoque denominado **entrenamiento en inoculación de estrés**, Meichenbaum (1985) sugirió que se podían combinar las diversas ramas de la terapia cognitiva descrita anteriormente de forma que cuando el individuo se encontrara ante un factor estresante se pudiera concentrar en:

- comprobar que su conducta es adecuada a las circunstancias;
- mantener la relajación;
- tener un diálogo interno adecuado.

Además, sugirió que cuando se puede anticipar un factor estresante concreto, se debe aprovechar la oportunidad para ensayar estas acciones antes del propio suceso. Una vez en la situación, se deberían poner en marcha las estrategias planificadas. Finalmente, una vez que se ha producido la situación, se debe dar tiempo a revisar lo que ha ocurrido y aprender de los éxitos o fracasos, en lugar de considerar éstos como desastres que es mejor olvidar.

Hallazgos de la investigación

Hockmeyer, J. y Smyth, J. (2002). Evaluating the feasibility and efficacy of a self-administered manual-based stress management intervention for individuals with asthma: results from controlled study. *Behavioral Medicine*, 27: 161-172.

Antecedentes

Enseñar habilidades de manejo del estrés puede mejorar significativamente la salud y el bienestar de muchas personas con enfermedades crónicas (*véase* el Capítulo 17). Sin embargo, estas intervenciones son caras y, por ello, muchas de las intervenciones descritas en este capítulo se realizan con relativa poca frecuencia, incluso en los hospitales que son considerados como «centros de excelencia». Una forma de reducir el coste consiste en enseñar estas técnicas en pequeños grupos. Una alternativa consiste en proporcionar un manual pedagógico y dejar que los pacientes aprendan las técnicas con un contacto mínimo con los profesionales sanitarios. Hockmeyer y Smyth adoptaron este último enfoque para desarrollar una intervención para personas que padecen asma. El programa constaba de dos elementos. El primero consistía en enseñar a controlar el estrés utilizando técnicas de manejo del estrés. El segundo consistía en animar a los individuos a expresar cualquier emoción negativa que pudieran haber experimentado utilizando una sencilla técnica de «narración escrita» (*véase* el Capítulo 17). Esperaban:

- mejorar la función pulmonar; y
- reducir los niveles de estrés autoinformados.

Método

Participantes

La muestra estaba compuesta por 25 varones y 29 mujeres, con una edad media de 20,7 años, a los que se había diagnosticado asma desde hacía una media de casi once años.

Procedimiento

Se asignó a los participantes de forma aleatoria a, bien un grupo de intervención activa de cuatro semanas, bien a una intervención placebo. Se tomaron medidas de la línea base y cuatro semanas más tarde, incluyendo:

- *función pulmonar*: la cantidad de aire espirado y la velocidad de exhalación utilizando la espirometría;
- *escala de estrés percibido*: el grado en que los participantes perciben que los sucesos o circunstancias de su vida en los últimos 30 días han sido estresantes.

Intervención

Los participantes de la intervención activa recibieron un cuaderno de ejercicios. Constaba de tres elementos:

1. un ejercicio de respiración profunda grabado en una cinta de audio, el cual se se pedía a los participantes que practicaran con regularidad;
2. un tratamiento cognitivo-conductual;

3. un ejercicio de 20 minutos en el que los participantes escribían una redacción sobre un suceso vital estresante.

Los ejercicios de manejo del estrés incluían una breve lectura a la semana para ayudar a los participantes a ser conscientes de sus «pensamientos, sentimientos y emociones» en relación con sus experiencias estresantes. Cada una de las lecturas de las cuatro semanas tenía su correspondiente aplicación, y se animaba a los participantes a dedicar 20 minutos a trabajar en la misma. Las aplicaciones se centraban en apuntar los pensamientos y completar ejercicios de reestructuración cognitiva. Se pedía a los participantes que completaran un ejercicio de redacción de 20 minutos al principio de cada semana. Este ejercicio consistía en hacer una redacción sobre una experiencia que estaba provocando un estrés significativo, que incluía los sentimientos y pensamientos que provocaba, y después debatir cualquier creencia que se hubiera podido desarrollar a consecuencia de dicha experiencia. La intervención placebo constaba de los mismos elementos: una cinta de audio con material educativo sobre el asma, y una serie de juegos mentales que se afirmaba que estaban diseñados como «calentamiento» para prepararse para una serie de ejercicios de gestión del tiempo. Al principio de cada semana se pedía a los participantes que realizaran los ejercicios mentales antes de escribir sobre la gestión del tiempo.

Resultados

El 78 por ciento de los participantes del grupo de intervención activa informó de un cumplimiento absoluto, siendo el porcentaje correspondiente en la intervención placebo del 74 por ciento. Los individuos del primer grupo escucharon la cinta de relajación una media de 2,28 veces a la semana. Los del grupo placebo la escucharon una media de 2,16 veces por semana. Los principales resultados fueron:

- el grupo de intervención logró mayores mejoras en las medidas de la función pulmonar;
- los indicadores del estrés percibido no disminuyeron en ninguna de las dos condiciones.

Discusión

El estudio sugería que una combinación de ejercicios de respiración y de expresión emocional podría afectar a la función pulmonar, pero no quedó claro cuál de los elementos de la intervención generaba estos cambios. Puede que la intervención fuera «demasiado reducida» como para lograr cualquier diferencia en los niveles de estrés entre las dos condiciones de esta población. Sin embargo, puesto que no se seleccionó a los participantes de este estudio por sus elevados niveles de estrés, también es posible que la intervención hubiera resultado más eficaz en una población más «estresada». Por tanto, aunque este estudio constituye un interesante intento de ayudar a la gente a gestionar su estrés y su asma de forma más efectiva, los resultados no son concluyentes. Es importante dirigir las intervenciones a las poblaciones adecuadas. Los procedimientos de manejo del estrés no funcionarán, sencillamente, si se implantan entre individuos con reducidos niveles de estrés. En general, por tanto, se puede considerar que éste es un estudio interesante pero también que tal vez no se centró adecuadamente en la población pertinente.

Como ayudar a la gente a afrontar la salud

Trastorno de estrés postraumático

Trastorno de estrés postraumático

Un trastorno que constituye una respuesta a haber experimentado un suceso traumático. Los elementos clave son recuerdos repetitivos indeseados del suceso, a menudo en forma de visiones retrospectivas, intentos de evitar esos recuerdos y un nivel de activación generalmente elevado.

La Asociación Americana de Psiquiatría (American Psychiatric Association, 2000), afirma que para que se diagnostique a una persona con **trastorno de estrés postraumático (TEP)** es necesario que haya experimentado o presenciado un acontecimiento que incluya una muerte o lesión grave, real o potencial, o una amenaza a la integridad física de la propia persona o de otros, y que su respuesta inmediata haya incluido un miedo intenso, sensación de indefensión u horror. A más largo plazo, el individuo tiene que haber experimentado tres conjuntos de síntomas con una duración de un mes o más:

1. *Recuerdos intrusivos*: se vuelve a experimentar el trauma a través de pensamientos intrusivos, visiones retrospectivas o pesadillas. Las visiones retrospectivas suelen parecer tan reales como el suceso mismo, pero pueden ser fragmentarias o parciales. Las emociones y las sensaciones relacionadas con el trauma pueden revivirse con una intensidad similar a la que se sintió en el momento. A menudo se describen las imágenes como si fueran una película del incidente. Inicialmente, la persona puede sentir que está realmente «en» la película; a medida que se va recuperando, su perspectiva puede cambiar a la de un observador externo que ve una película. Es decir, empiezan a sentirse, casi literalmente, más desprendidos del trauma.
2. *Evitación*: puede incluir mecanismos de defensa mental como ser incapaz de recordar partes del trauma, aletargamiento emocional o indiferencia hacia los demás, así como evitación física de aquello que recuerda el trauma.
3. *Activación*: sentimientos persistentes de una sobreactivación que puede hacerse patente por la irritabilidad, por sobresaltarse con facilidad o por estar excesivamente alerta, padecer insomnio o tener dificultades para concentrarse.

Los síntomas suelen empezar a producirse a los pocos días o semanas del suceso desencadenador, pero pueden resurgir una vez que han desaparecido los síntomas como resultado de un nuevo trauma o de eventos vitales tan diversos como aniversarios del trauma, pérdidas interpersonales y cambios en el estado de salud.

Muchos trabajadores sanitarios pueden estar con otras personas en momentos de amenaza de muerte o de muerte real. Por ejemplo, el personal de emergencias que trabaja en ambulancias actúan frecuentemente en accidentes en los que se han producido grandes traumas, muertes y un elevado nivel de angustia personal. Por ello, la prevalencia del trastorno de estrés postraumático en este grupo resulta alarmantemente elevada. Bennett, Williams, Page *et al.* (2004), por ejemplo, han encontrado que el 21 por ciento de su muestra de este personal estaba experimentando en cierto grado el trastorno de estrés postraumático. Muchos pacientes tam-

bien experimentan este desorden a consecuencia de los sucesos que los llevaron al hospital o que se produjeron en el hospital, aunque es difícil determinar la prevalencia exacta del trastorno de estrés postraumático entre estas personas, ya que algunos estudios utilizan criterios de «diagnóstico» mucho más estrictos que otros. Por ejemplo, entre los pacientes de cáncer hay dos estudios que utilizan criterios muy rigurosos para el diagnóstico del trastorno de estrés postraumático que han informado de una prevalencia del 3 por ciento entre las mujeres con cáncer de mama (Green, Rowland, Krupnick *et al.*, 1998) y del 5 por ciento de las personas sometidas a un transplante de médula ósea para el tratamiento del cáncer (Widows, Jacobsen y Fields, 2000). Utilizando criterios menos rígidos, Meeske, Ruccione y Globe (2001) informaron de que el 20 por ciento de su muestra de adultos que habían sido tratados con éxito de cáncer hacia una media de 11 años antes, seguían cumpliendo todos los criterios del trastorno de estrés postraumático. Un pequeño porcentaje podía presentar síntomas residuales del trastorno 20 años después de su diagnóstico y tratamiento (Kornblith, Herndon, Weiss *et al.*, 2003). Aproximadamente el 10 por ciento de la gente que ha padecido un infarto de miocardio también ha experimentado este trastorno de estrés postraumático (Bennett, Owen, Koutsakis *et al.*, 2002). El estrés postraumático puede afectar a otros individuos además de a aquellos que padecen la condición. También se han encontrado elevadas tasas de este trastorno entre los padres de niños diagnosticados con cáncer. Landolt, Vollrath, Ribi *et al.* (2003), por ejemplo, han concluido que el 16 por ciento de los padres y el 24 por ciento de las madres de niños diagnosticados con, o bien cáncer, o bien diabetes, cumplía los criterios de diagnóstico del trastorno de estrés postraumático entre cinco y seis semanas después de haberse dado el diagnóstico.

■ Prevención del trastorno de estrés postraumático: *debriefing psicológico*

Debido al grave efecto, potencialmente a largo plazo, que el trastorno de estrés postraumático puede tener sobre el individuo, se ha realizado un número significativo de trabajos de investigación y trabajo clínico para intentar prevenirlo tras incidentes traumáticos. El enfoque que se suele utilizar más frecuentemente es el denominado de *debriefing psicológico* (*psychological debriefing*). Muchos hospitales y otros servicios, como los de las ambulancias y la policía, utilizan de forma habitual el *debriefing psicológico* para ayudar a sus empleados a afrontar un incidente traumático (Smith y Roberts, 2003). Suele consistir en una entrevista de una única sesión realizada al poco tiempo de un suceso traumático. Consiste en que el individuo hable sobre el suceso y sobre sus reacciones emocionales de forma detallada y sistemática. El terapeuta dirige al individuo haciéndole recordar el suceso de forma muy estructurada, preguntándole sobre lo que ha ocurrido y sobre sus respuestas emocionales, cognitivas y conductuales. Se espera que este procedimiento ayude a la persona a asumir cualquier trauma emocional que haya experimentado y a prevenir el desarrollo del trastorno de estrés postraumático.

**Debriefing psicológico
(*psychological debriefing*)**
Procedimiento en el que la gente que ha pasado por un determinado trauma habla sobre él de un modo estructurado con un terapeuta.

El procedimiento está, al menos en parte, justificado por teóricos como Brewin y Holmes (2003), que han sugerido que los síntomas del trastorno de estrés postraumático derivan de los recuerdos traumáticos que permanecen aislados del sistema general de memoria, con vivencias retrospectivas y otros recuerdos indeseados de los sucesos que se deben a los intentos cognitivos de integrar los recuerdos traumáticos aislados en la memoria general. Cuando estos recuerdos quedan plenamente integrados en el sistema de memoria, pierden su carga emocional y dejan de ser más prominentes que otros recuerdos más generales. Este proceso de integración se ve facilitado por la reflexión y la reelaboración de los recuerdos hasta que se logra la plena integración. La interrogación psicológica puede promover la integración de los recuerdos en la memoria general desde el principio, e impedir que queden aislados y que provoquen malestar emocional.

Por desgracia, la eficacia del *debriefing* psicológico a la hora de alcanzar sus objetivos es, en cierta medida, cuestionable. En un meta-análisis de ensayos que utilizaban esta técnica, Rose, Bisson y Wesseley (2001) concluyeron que, no sólo puede no ser eficaz en la prevención del trastorno de estrés postraumático sino que, además, puede, de hecho, *aumentar* el riesgo de que se produzca el mismo. Ninguno de los estudios que se analizaron encontró que el *debriefing* redujera el riesgo del trastorno en los tres-cuatro meses posteriores a un incidente traumático. Más preocupantes fueron los resultados de dos estudios que informaban acerca de hallazgos a largo plazo. Ambos trabajos encontraron que aquellos que habían recibido el tratamiento de *debriefing* psicológico corrían casi el doble de riesgo de desarrollar el trastorno de estrés postraumático que aquellos que no recibieron la intervención. Es decir, el *debriefing* parecía inhibir la recuperación a largo plazo de un trauma psicológico. Se han propuesto una serie de explicaciones para estos hallazgos:

- Se puede producir un «trauma secundario» debido a la mayor exposición al incidente traumático en un breve periodo de tiempo tras el acontecimiento.
- El *debriefing* puede «medicalizar» el malestar normal y aumentar la expectativa de desarrollar síntomas psicológicos en aquellos que, en otro caso, no los hubieran desarrollado.
- El *debriefing* puede impedir que se produzcan las potenciales respuestas protectoras de negación y distanciamiento que es posible que se produzcan inmediatamente después de un incidente traumático.

Estos hallazgos parecen particularmente preocupantes dada la continua generalización de la utilización del *debriefing* psicológico. Es muy posible que inmediatamente después de un trauma el individuo se pueda beneficiar de cierto grado de evitación en pensar sobre el trauma, permitiéndoselo a uno mismo y afrontándolo en el largo plazo.

■ Tratamiento del trastorno de estrés postraumático

Tras un incidente traumático muchos individuos experimentan síntomas parecidos a los del trastorno de estrés postraumático durante un periodo

Terapia de exposición

Una forma de terapia que consiste en exponerse a los recuerdos traumáticos, basada en los supuestos teóricos de que la exposición continuada dará lugar a una reducción paulatina del miedo relacionado con estos recuerdos.

Desensibilización y reprocesamiento por medio del movimiento ocular

Una forma de terapia para el trastorno de estrés postraumático que consiste en exponer al paciente a los recuerdos traumáticos al tiempo que se le hace mover repetidamente los ojos. El método por el que funciona no está claro. Sin embargo, la teoría más popular es que cuando los ojos se mueven hacia adelante y hacia atrás se crea una actividad cerebral parecida a la que se produce durante el sueño REM (movimiento rápido de los ojos) que puede que ayude al cerebro a procesar el material «atascado», lo que permite al individuo alcanzar una resolución adaptativa.

de tiempo limitado. Muchos también se recuperarán de estos síntomas en las semanas posteriores al incidente. Sin embargo, cuando son persistentes y angustiantes (durante, al menos, un mes), se puede diagnosticar el desorden de estrés postraumático. En estos casos, el tratamiento óptimo parece muy similar al del *debriefing* psicológico, ya que implica la exposición repetida a los recuerdos del suceso. Se puede hacer durante varias sesiones, hasta que se logra la integración de los recuerdos aislados en la memoria general y se dejan de producir los síntomas. Este tipo de intervención, conocida como terapia de exposición, puede llevar a un aumento inicial de la ansiedad ya que las imágenes perturbadoras, que anteriormente se habían evitado siempre que fuera posible, se recuerdan de forma deliberada. Para minimizar esta ansiedad, Leskin, Kaloupek y Keane (1998) recomendaban un proceso de exposición gradual en el que el individuo recuerda y habla inicialmente sobre elementos concretos de un suceso traumático con el nivel de detalle que él elija en varias ocasiones hasta que deja de encontrarlos perturbadores. Cualquier recuerdo nuevo o potencialmente más ansioso será el foco de las siguientes etapas de la intervención.

La reactivación de los recuerdos mediante este procedimiento incluye la descripción de la experiencia con detalle, centrándose en lo que ha ocurrido, los pensamientos y emociones experimentados en ese momento, y cualquier recuerdo que haya desencadenado el incidente. Este enfoque puede ampliarse con una serie de técnicas cognitivo-conductuales, incluyendo el entrenamiento en relajación y la reestructuración cognitiva. La relajación ayuda al individuo a controlar su activación cuando recuerda sucesos angustiosos o en otros momentos del día cuando se siente tenso o nervioso. La reestructuración cognitiva puede ayudar a cambiar cualquier cognición distorsionada que se tenga en respuesta al suceso, y hacer que sea menos amenazante («¡Me voy a morir! Sentí que me iba a morir, pero hay mucha gente que sobrevive a un diagnóstico de...»).

Distintos estudios que han mostrado que la terapia basada en la exposición es superior al no tratamiento y a otras intervenciones como la consultoría de apoyo y la técnica de relajación sin exposición. Por ejemplo, Foa, Rothbaum, Riggs *et al.* (1991) compararon la eficacia entre una condición de control de lista de espera, el entrenamiento en autoinstrucciones tal y como fue desarrollado por Meichenbaum (*véase* lo expuesto anteriormente), la consultoría de apoyo y un programa de exposición. Los participantes de cada una de las intervenciones activas mostraron mayores mejorías que los de la condición de la lista de espera. Sin embargo, en el seguimiento a tres meses, los individuos que participaron en el programa de exposición informaron de una menor activación fisiológica y menos recuerdos intrusivos.

■ Desensibilización y reprocesamiento mediante movimientos oculares

El tratamiento más reciente del desorden de estrés postraumático se conoce como desensibilización y reprocesamiento mediante movimientos oculares (EMDR en sus siglas en inglés). Este enfoque fue descubierto de manera

accidental por Shapiro (1995). En una historia que se ha hecho famosa sobre cómo se produjo, observó que, cuando paseaba por un bosque, sus pensamientos perturbadores empezaban a disiparse y eran menos inquietantes. Relacionó este cambio con el rápido movimiento espontáneo de sus ojos, hacia adelante y hacia atrás, en una diagonal ascendente al tiempo que caminaba. Desde entonces, se ha desarrollado este procedimiento hasta convertirlo en una intervención estandarizada, y se ha evaluado su eficacia mediante una serie de ensayos clínicos. La intervención consiste en recordar los recuerdos traumáticos como imágenes visuales. A continuación, se pide al participante que asocie esa imagen con un pensamiento negativo pero traído al presente («estoy aterrado»). El individuo atribuye una puntuación en una escala de 0 a 100 a la intensidad de la emoción evocada mediante este proceso. A continuación, se le pide que siga con los ojos el dedo del terapeuta a medida que éste lo mueve cada vez más deprisa por la línea visual del paciente. Después de 24 movimientos como éste, se pide al paciente que «ponga la mente en blanco» o que «lo deje ir» y se le indica que vuelva a puntuar su emoción. Se repite este procedimiento hasta que el paciente experimenta una perturbación mínima ante la imagen y el pensamiento negativo. Si no se produce ningún cambio, se altera la dirección de los movimientos oculares.

El EMDR incorpora la exposición a los elementos de la configuración estimular del trauma. Por tanto, es importante determinar si la incorporación de movimientos oculares mejora el efecto de la exposición. No parece ser así. Aunque este tratamiento es, sin duda, más efectivo que la ausencia de tratamiento, puede que no sea más eficaz que los métodos de exposición tradicionales. Revisando la evidencia empírica, Davidson y Parker (2001) utilizaron un meta-análisis para comparar la eficacia de este tratamiento con el no tratamiento, con técnicas no específicas y con los métodos de exposición descritos anteriormente. Aunque el análisis indicaba que el EMDR resultaba beneficioso en comparación con el no tratamiento y con las técnicas no específicas, sus beneficios eran similares o inferiores a los de la exposición.

Minimización del estrés en el contexto hospitalario

Preparación preoperatoria

Una intervención quirúrgica es un suceso estresante, ya sea una operación pequeña realizada con anestesia local o una más importante con un periodo de inconsciencia y un largo periodo de recuperación. Por tanto, no debería resultar sorprendente que los niveles de ansiedad puedan ser elevados, tanto antes como después de la operación. Esta ansiedad es tan desagradable para el individuo afectado como una posible fuente de complicaciones. Puede aumentar la cantidad de analgésicos que se toman, el grado en el que se necesita que se tranquilice al paciente, tanto antes como después de la operación, e incluso el tiempo que hay que estar hospitaliza-

do (Johnston y Vogege, 1993). Por ello, una serie de investigadores han intentado identificar procedimientos sencillos para preparar psicológicamente a la gente para una operación a fin de minimizar la ansiedad asociada. Aunque los planteamientos de manejo del estrés que se han descrito anteriormente puedan ser adecuados en estas circunstancias, los profesionales sanitarios y los pacientes no suelen tener el tiempo o la predisposición para, enseñar o aprender estas estrategias. Por ello, se ha adoptado un enfoque muy distinto para ayudar a la gente a afrontar este tipo de estrés específico.

Muchos estudios han demostrado que sentimos menos ansiedad cuando nos enfrentamos a circunstancias potencialmente estresantes si podemos tener cierto grado de control sobre ellas (por ejemplo, Lok y Bishop, 1999). Estos hallazgos han llevado a los psicólogos de la salud a analizar si el hecho de dar a los pacientes que se van a someter a una cirugía más control sobre su situación reducirá la cantidad de estrés que experimentan. Evidentemente, los pacientes no pueden tener demasiado control sobre su anestesia o la cirugía: ¡esas cosas hay que dejárselas a los profesionales! Así pues, en este caso se puede interpretar «dar control» como «mantener informadas a las personas sobre lo que las está ocurriendo». Se cree que esto reduce la ansiedad al minimizar el miedo a lo desconocido. Si los pacientes saben lo que pueden esperar, pueden comprender mejor y sentirse menos alarmados ante lo que experimenten. Por ejemplo, si se dice a los pacientes que van a sentir cierto dolor después de la intervención, se sentirán menos alarmados y habrá menos posibilidades de que piensen que algo ha salido mal por ese dolor. Hay una serie de estudios que han analizado la eficacia de proporcionar dos tipos de información a los pacientes antes de una intervención quirúrgica:

1. *Información sobre el procedimiento*: informar a los pacientes sobre lo que va a ocurrir antes y después de la cirugía, como que se les van a inyectar fármacos antes de la operación, van a despertarse en la sala de recuperación y van a tener un gotero en el brazo.
2. *Información sensorial*: informar a los pacientes sobre cómo se sentirán antes y después de la intervención; por ejemplo, que es normal tener dolor después de la operación, o que pueden sentirse desorientados cuando se despierten de la anestesia.

El panorama general es que estas intervenciones funcionan. La mayoría de las investigaciones que evalúan la eficacia de este tipo de intervenciones se llevó a cabo en la década de 1980 y a principios de la década de 1990. En una revisión de esta bibliografía, Johnston y Vogege (1993) realizaron una serie de meta-análisis, cuyos resultados indicaban que este tipo de intervenciones permitían obtener mejoras en las medidas que incluían el dolor y la incomodidad informadas, la ansiedad por el dolor, la utilización de analgésicos, el tiempo para levantarse de la cama después de la operación e índices fisiológicos del estrés como la tasa cardíaca. Sin embargo, no parecía que hubiera una intervención que fuera consistentemente mejor que cualquier otra, y parece que la intervención óptima es una combinación de los dos tipos de información.

■ Ajuste a las necesidades del paciente

Lo que puede ser tan importante como el tipo de intervención es ajustarse a las características del paciente que la recibe. Los pacientes que suelen afrontar la situación utilizando estrategias de afrontamiento basadas en la evitación podrían beneficiarse, por ejemplo, de recibir menos información que los que normalmente afrontan el estrés utilizando estrategias centradas en el problema (*véase* el Capítulo 11) o buscando información relevante. Wilson (1981) llevó a cabo un estudio para analizar esta cuestión. Asignó a los pacientes que iban a someterse a una operación quirúrgica o bien a una atención rutinaria, a una combinación de información sobre las sensaciones que iban a tener y sobre el procedimiento, a un entrenamiento en relajación, o a una combinación de las dos intervenciones activas. A todos aquellos que se encontraron en las intervenciones activas les fue mejor que a los del grupo de atención rutinaria. Sin embargo, también se encontró que los pacientes que recibieron información sobre las sensaciones y sobre el procedimiento y que normalmente utilizaban estrategias de afrontamiento centradas en el problema para manejar su estrés, obtuvieron mejores resultados que los que utilizaban estrategias centradas en las emociones en varias medidas sobre la recuperación y el uso de analgésicos. Parece que resulta beneficioso proporcionar información a los individuos que normalmente buscan información y que reflexionan sobre cómo resolver sus problemas; esta información puede ser indeseada por aquellos individuos que normalmente evitan estas cuestiones y es posible que incluso empeore las cosas para ellos.

Esta hipótesis fue puesta a prueba más recientemente por Morgan, Roufeil, Kaushik *et al.* (1998), que presentan un estudio en el que dieron a individuos que habían sido identificados, o bien como «buscadores de información» o bien como «evitadores», información sobre las sensaciones de una próxima colonoscopia o ningún tipo de información. En los pacientes que recibieron la información acorde a su estilo de afrontamiento (es decir, nada de información para los «evitadores»; información para los «buscadores») dieron cuenta de una menor ansiedad que los que recibieron un tipo de información incongruente con su estilo. También obtuvieron una menor puntuación en una medida de «conducta de dolor» tomada por las enfermeras durante el procedimiento, aunque los participantes no informaron de ninguna diferencia de dolor durante el procedimiento ni difirieron en el uso de fármacos sedantes. Estos datos sugieren que:

- Los individuos que normalmente afrontan el estrés utilizando estrategias centradas en los problemas se benefician de la información que los ayuda a comprender su experiencia y a interpretarla activamente en relación con la información que se les proporciona.
- Los individuos que normalmente utilizan estrategias de evitación centradas en las emociones se benefician más de que no se les diga lo que tienen que esperar, y, tal vez, de que se les ayude a desarrollar estrategias que les haga más fácil distraerse de la situación.

Los niveles de ansiedad también pueden influir en el impacto de la preparación previa a la operación quirúrgica. Por ejemplo, Hathaway (1986)

Afrontamiento de evitación
Un estilo de afrontamiento que implica el control emocional mediante la evitación del afrontamiento con la situación estresante. Es análogo al afrontamiento centrado en las emociones.

Afrontamiento centrado en el problema
Un estilo de afrontamiento que implica la planificación y resolución activa de cualquier fuente de estrés.

Colonoscopia
Un procedimiento quirúrgico menor en el que se extrae un minúsculo fragmento de la pared intestinal del colon. A continuación se somete a pruebas para buscar células malignas.

concluyó, a partir de un meta-análisis, que los pacientes con bajos niveles de ansiedad se benefician más de la provisión de información sobre el procedimiento, mientras que los que tenían elevados niveles de ansiedad se beneficiaban más de una conversación informal. La ansiedad inhibe el aprendizaje de cosas nuevas, en parte porque los individuos que están ansiosos pueden no prestar atención a lo que se les esté diciendo, y en parte porque hay una inhibición directa de los procesos de memoria. Por tanto, es posible que los pacientes ansiosos se beneficien más cuando se les da relativamente poca información pero la información que reciben se ajusta a sus necesidades.

Los estudios de los efectos de la enseñanza de las técnicas de relajación a los pacientes ansiosos han ofrecido resultados contradictorios. Wilson (1981) observó que los pacientes que tenían niveles de ansiedad relativamente reducidos parecían beneficiarse más del aprendizaje de las habilidades de relajación. Por el contrario, aquellos pacientes con niveles de ansiedad especialmente elevados no se beneficiaron de que se les enseñaran técnicas de relajación, tal vez porque su ansiedad les impidió aprender y poner en práctica suficientemente bien estas técnicas. Por el contrario, Wilson *et al.* (1982) encontraron que la relajación beneficiaba a algunos pacientes ansiosos cuando eran sometidos a una **endoscopia**. Juntos, estos resultados sugieren que los individuos con niveles de ansiedad moderadamente elevados pueden beneficiarse más de la utilización de la relajación, ya que pueden ser capaces de poner en práctica las habilidades con más facilidad que aquellos que tienen elevados niveles de ansiedad.

Intervenciones más complejas han introducido técnicas de reestructuración cognitiva (véase más arriba) para ayudar a minimizar los pensamientos elicidadores de ansiedad tanto antes como después de la cirugía. Por ejemplo, Ridgeway y Mathews (1982) asignaron a mujeres que iban a ser sometidas a cirugía ginecológica a una de las tres condiciones siguientes: una condición placebo en la que recibían información general sobre el funcionamiento de la sala del hospital; información sobre las sensaciones que iban a tener y sobre el procedimiento; y entrenamiento en métodos de reestructuración cognitiva. Tras la cirugía, no hubo diferencias entre los grupos en las medidas de dolor, náuseas o duración del sueño. Sin embargo, las participantes de la condición de reestructuración cognitiva utilizaron menos analgésicos en su estancia en el hospital e informaron de menos dolor cuando se las dio el alta que las de los demás grupos. A pesar del éxito de la intervención cognitiva, la sencillez de las intervenciones basadas en la información hace que tengan más probabilidades de ser aplicadas en el «mundo real» de una ajetreada sala hospitalaria.

■ El trabajo con los niños y sus padres

Gran parte del trabajo reciente en la preparación de los individuos para una operación quirúrgica se ha centrado en ayudar a los niños y a sus padres. Los estudios que se han centrado en los niños han revelado varias técnicas que pueden resultar beneficiosas. Por ejemplo, Mahajan, Wyliee, Steffen *et al.* (1998) asignaron de forma aleatoria a niños con edades com-

Endoscopia

Utilización de un tubo fino con luz (llamado endoscopio) para examinar el interior del cuerpo.

prendidas entre los 6 y los 19 años a una de dos condiciones antes de una endoscopia gastrointestinal. Los primeros recibieron una preparación rutinaria. Los segundos recibieron preparación sobre el procedimiento, incluyendo una demostración de los materiales que se utilizarían durante la endoscopia y el uso de un muñeco o un libro de fotografías que mostraba el procedimiento. En comparación con la condición sin preparación, los participantes de la condición de información sobre el procedimiento refirieron menos ansiedad, tanto antes como durante el proceso, utilizaron menos anestesia y tenían un ritmo cardíaco más lento, lo que sugería que estaban más relajados. Hatava, Olsson y Lagerkanser (2000) asignaron de forma aleatoria a los niños y a los padres a una de dos intervenciones diseñadas para reducir la ansiedad antes de una operación otorrinolaringológica. En la primera condición, una enfermera ofreció información oral y por escrito dos semanas antes de la intervención. Esta información incluía datos sobre las reglas generales del hospital, las rutinas y la fecha de la operación. Esta intervención actuaba como intervención placebo puesto que poco hay aquí que se pueda esperar que reduzca la ansiedad salvo conocer a la enfermera que podría atender al paciente. El segundo grupo recibió una intervención más compleja, que incluía la misma información dos semanas antes de la operación quirúrgica, seguida de una visita al departamento de otorrinolaringología el día antes de la intervención. Durante esta visita, cada niño y sus padres conocían al anestesiólogo que estaría en la operación. Después, se tomaba parte en una sesión de grupo dirigida por una enfermera en la que se les mostraba el quirófano y se tumbaban en la mesa de operaciones. También se mostraba el equipo que se utilizaría durante la anestesia, y se animaba a los niños para que jugaran con el equipo para minimizar la amenaza y aumentar la familiaridad. A continuación se les enseñaba el procedimiento que se aplicaría mediante un *role-playing* con un muñeco. Esta intervención compleja ofrecía significativos beneficios, sobre todo para los niños del programa más pequeños, los que tenían menos de cinco años. Tanto los niños más pequeños como los mayores referían menos miedo y ansiedad antes de la cirugía. Además, los padres informaban de mayor satisfacción y menor ansiedad que los que no recibieron la intervención.

Jay, Elliott y Fitzgibbons (1995) ofrecieron una comparación poco habitual entre los métodos médicos y psicológicos para reducir la ansiedad en los niños que iban a ser sometidos a una **biopsia de la médula espinal** que se puede realizar y, a menudo se realiza, bajo anestesia local. Este procedimiento puede resultar muy angustioso tanto para los padres como para los hijos. Los autores compararon dos enfoques para minimizar la ansiedad en una muestra de niños con edades comprendidas entre los tres y los 12 años. El primero consistía simplemente en aplicar a los niños anestesia total. Aunque este enfoque genera cierto grado de ansiedad, el razonamiento era que podría resultar menos angustioso que experimentar el proceso con anestesia local. Compararon este enfoque con la realización del procedimiento con anestesia local tras enseñar a los niños tanto técnicas de relajación como de reestructuración cognitiva para controlar su ansiedad. Es de imaginar que se enseñó a un nivel muy sencillo, sobre todo a

Intervención placebo

Una intervención diseñada para simular una intervención psicológica pero que no se considera una terapia específica para la condición diana.

Biopsia de la médula espinal

Se realiza normalmente bajo anestesia local haciendo una pequeña incisión en la piel. A continuación se introduce una aguja de biopsia en el hueso para tomar una muestra de la médula en el centro del hueso. La médula contiene plaquetas, fagocitos y linfocitos.

los niños más pequeños. Tal vez no resulte sorprendente que los niños que recibieron entrenamiento en métodos de manejo del estrés experimentaron más ansiedad que los que fueron anestesiados al inicio del procedimiento (es decir, antes de que los niños en la condición de la anestesia estuvieran totalmente inconscientes). Sin embargo, la valoración que realizaron los padres sugería que tuvieron menos ansiedad en los días posteriores. Resulta interesante que ni los niños ni sus padres mostraran ningún tipo de preferencia por ninguna de las intervenciones.

Las intervenciones dirigidas a los padres también pueden beneficiar tanto a los progenitores como a los hijos. Por ejemplo, Campbell, Kirkpatrick, Berry *et al.* (1992) prepararon a las madres de niños en edad preescolar para una operación cardiaca en la que sus niños estarían inconscientes de una de las tres maneras siguientes: consultoría de apoyo, intervención educativa sobre el hospital y el procedimiento, y relajación y diálogo interior positivo (manejo del estrés). Las últimas intervenciones resultaron las más eficaces. Las madres con niños que recibieron formación en manejo del estrés afrontaron mejor el propio procedimiento, y sus hijos se adaptaron de forma más positiva en su casa tras recibir el alta del hospital que los que fueron asignados a otras condiciones. Las mujeres que recibieron la intervención educativa refirieron menos ansiedad y tensión durante el procedimiento que las que estaban en otras condiciones. De nuevo, parece que la combinación de intervenciones que incluyen educación y entrenamiento de estrategias de afrontamiento constituye la intervención óptima.

Resumen

Este capítulo ha analizado diversos enfoques del manejo del estrés y los contextos en los que se han aplicado. Se pueden utilizar intervenciones sistemáticas dirigidas a toda una organización como enfoque preventivo. Los planteamientos más individualizados, centrados en enfoques terapéuticos específicos, pueden beneficiar a aquellos individuos que experimentan desde un estrés moderado a un estrés traumático elevado. Finalmente, la simple información sobre el procedimiento puede beneficiar a los individuos que tienen que afrontar el estrés de una operación quirúrgica cuando hay poco tiempo (o una escasa necesidad) de utilizar estas intervenciones más complejas.

Hemos señalado que, aunque las «clases» de manejo del estrés constituyen una forma eficaz y potencialmente útil de llegar al público, es probable que la asistencia a estas clases sea limitada, por lo que los psicólogos de la salud y otros se han centrado en audiencias más grandes y «cautivas» en las organizaciones.

El manejo del estrés en este nivel puede incluir una serie de enfoques en función de las causas organizacionales del estrés. Las intervenciones de manejo del estrés deberían producirse tras una revisión de los factores estresantes y dirigirse a los aspectos del entorno que contribuyen al estrés y que se pueden cambiar de forma realista en el contexto particular de trabajo.

Las intervenciones cognitivo-conductuales dirigidas a reducir el estrés incluyen:

- desencadenantes del estrés utilizando, por ejemplo, el enfoque centrado en el problema de Egan;
- los precursores cognitivos del estrés, utilizando los modelos autoinstruccionales y de reestructuración cognitiva de Beck, Meichenbaum y Ellis;
- la respuesta fisiológica al estrés empleando métodos de relajación, incluyendo la técnica modificada de Jacobson;
- las reacciones conductuales ante situaciones estresantes utilizando la inoculación del estrés de Meichenbaum y las técnicas de ensayo de conducta.

Los tratamientos del trauma incluyen aquellos que se cree que son preventivos y los que ayudan a los individuos a afrontar condiciones a más largo plazo, como el trastorno de estrés postraumático.

- El *debriefing* clínico próximo en el tiempo al incidente no parece ser preventivo.
- Las intervenciones basadas en la exposición parecen ser efectivas para el tratamiento del trastorno de estrés postraumático.
- La desensibilización y el reprocesamiento por medio del movimiento ocular no parece proporcionar ningún beneficio adicional a estos enfoques.

Finalmente, proporcionar información relevante para ayudar a los individuos a comprender y afrontar el estrés de procedimientos hospitalarios como operaciones quirúrgicas puede reducir la ansiedad y el dolor y facilitar la rehabilitación tras la intervención quirúrgica. Sin embargo, sus beneficios varían en función de las diferencias individuales en el estilo de afrontamiento:

- Los pacientes que normalmente intentan resolver de forma activa sus problemas se benefician más de recibir la información.
- Se puede ayudar mejor a los pacientes que normalmente afrontan el estrés recurriendo a estrategias de evitación enseñándoles técnicas de distracción.

Lecturas recomendadas

Elkin, A. (1999). *Stress Management for Dummies*. Nueva York: Wiley. Es una guía irreverente pero útil para gestionar su propio estrés.

Meichenbaum, D. (1985). *Stress Inoculation Training*. Longman Higher Education.

Una revisión más académica de las técnicas de manejo del estrés para trabajar con individuos particulares. Está un poco desfasada en la actualidad, pero sigue siendo uno de los mejores textos introductorios que existen.

Barlow, D. H. y Mostofsky, D. I. (2000). *The Management of Stress and Anxiety in Medical Disorders*. Allyn and Bacon.

Una revisión más actualizada del manejo del estrés en relación con los problemas de la salud.

Williams, S. y Cooper, L. (2002). *Managing Workplace Stress*. Chichester: Wiley.

Se trata de buena y práctica revisión de los temas relacionados con el manejo del estrés a nivel organizacional. Fue patrocinado por los «jefes» (la Confederation of British Industry), por lo que es de suponer que saben de lo que están hablando.

PARTE III

Estar enfermo