

SALUD, ESTRÉS Y FACTORES PSICOLÓGICOS

Eloisa Guerrero Barona
Profesora tutora de psicología de la UNED.

RESUMEN

El presente artículo trata de exponer las teorías y definiciones más relevantes y actuales acerca del estrés; el impacto del estrés en la salud y las alteraciones que provoca así como la intervención comportamental para su control. Señala también los factores y las condiciones que modulan su influencia.

Palabras claves: estrés, salud, intervención

ABSTRACT

The purpose of this article is to expose the latest and most important theories and definitions about stress; the impact on health, the alterations that it produces and the behavioural intervention to control it. It also deals with factors that produce it and the conditions that modulate its influence.

Key Words: stress, health, intervention

IMPORTANCIA DE LOS FACTORES COMPORTAMENTALES

El término estrés fue introducido por Selye a raíz de sus trabajos endocrinológicos para indicar esfuerzo, tensión, acentuación. Es estrés todo lo que es vivido como sobrecarga y así se emplea en fisiología y psicología.

La palabra estrés ha sido utilizada desde entonces con bastante ligereza en nuestro lenguaje coloquial. En general, se podría decir que ha tenido muchos significados pero ninguno lo suficientemente operativo para imponerse sobre los demás.

En el ámbito de la psicología ha habido autores que han considerado al estrés como un estímulo, otros lo han considerado como respuesta e incluso otros como interacción entre el sujeto y el medio. Actualmente todos coinciden en que es un proceso amplio, complejo y dinámico y atribuyen al estrés los llamados *trastornos psicofisiológicos* o tradicionalmente llamados trastornos psicósomáticos.

El estrés puede inducir directamente efectos psicológicos y fisiológicos que alteran la salud. También puede influir sobre la salud de una forma más

indirecta a través de "conductas no saludables" (estrategias de afrontamiento nocivas como fumar, beber alcohol, conductas de riesgo) o bien inhibir conductas relacionadas con la salud, como el ejercicio físico.

Las conductas relacionadas con la salud han sido definidas como constitutivas de una vía mediante la cual variables ambientales y personales pueden afectar a los mecanismos fisiológicos e incrementar el riesgo de enfermar.

El vivir bajo situaciones estresantes se suele asociar a una reducción de conductas de salud y a un incremento de conductas nocivas para ésta. Se ha visto de igual forma que el apoyo social (grupo de amigos, pertenecía a un club social, etc.) reduce la frecuencia de conductas no saludables e incrementa las saludables (hacer más ejercicio físico y evitar el uso de excitantes). También las variables disposicionales han sido vinculadas a la practica de conductas nocivas para la salud (Ibáñez, 1989). La conducta tipo A se ha relacionado con el consumo elevado de alcohol y con el hábito de fumar y el neuroticismo parece correlacionar negativamente con la práctica continuada del ejercicio físico. Recientemente se han desarrollado algunas líneas teóricas y de investigación que enfatizan los determinantes personales de las conductas de salud.

En 1978, la OMS define la salud como un estado de completo bienestar físico, mental y social y no como la mera ausencia de enfermedad. Hoy este término es considerado como un proceso que permitirá a la persona adaptarse desde el punto de vista físico, psíquico y social y transformar su medio externo e interno.

Desde el punto de vista de la salud pública comunitaria, la salud no es una meta individual, sino de la comunidad ligada a a las condiciones históricas, culturales y sociales. Numerosos datos avalan la relevancia de la exposición a estresores y de la experiencia de estrés para la aparición y/o agravamiento de una amplia gama de enfermedades, físicas y psicológicas o emocionales. Salud y enfermedad no van a ocurrir exclusivamente en el espacio privado de nuestra vida personal. La calidad de vida, la prevención, el cuidado y los problemas de salud configuran todo un denso tejido social y ecológico y es por ello que la salud pública pretende el mejoramiento de las condiciones de vida y del nivel de la comunidad mediante la implantación y ejecución de programas que promuevan salud y prevención. Desde esta perspectiva, el objetivo principal no es combatir la enfermedad una vez que se manifiesta como tal, sino una actuación preventiva que posibilite al hombre desarrollar todas sus potencialidades y evite la aparición de procesos degenerativos.

La psicología es la disciplina científica que estudia el comportamiento o las respuestas que emite un sujeto (fisiológicas, motoras y cognitivas).

Los factores psicológicos (cognitivos, emocionales, motivacionales, etc) producto de la historia de cada persona en un contexto cultural, socioeconómico y político influyen tanto en el proceso de enfermar como en la prevención de trastornos, así como en el mantenimiento del nivel óptimo de salud. Estos factores van a incidir en todos los trastornos y enfermedades, en el agravamiento o mejoría del proceso, en su pronóstico y en el tratamiento. Al mismo tiempo, toda enfermedad física y estado de salud repercutirá en el ámbito psicológico.

Nuestras formas de comportamiento, estilos de vida y hábitos pueden acarrear problemas de salud o, por el contrario, impedir o retardar su aparición. Así podemos decir que el comportamiento es anterior a la enfermedad, es decir, primero es la dieta grasa y la vida sedentaria, después la enfermedad cardiovascular.

Las diez principales causas de muerte en países desarrollados están determinadas por problemas de conducta y, en consecuencia, podrían reducirse y prevenirse si las personas mejoraran en cinco comportamientos: dieta, hábitos de fumar, ejercicio físico, abuso del alcohol y abuso de fármacos hipotensores (Costa, M., López, E, 1986).

Hay varias razones que justifican la importancia que los factores psicológicos y comportamentales tienen sobre la salud en general:

- Epidemiológicas. Los problemas psiquiátricos suponen aproximadamente entre un 20-50% del total de consultas vistas en atención primaria (estrés, ansiedad, depresión, trastornos psicósomáticos, trastornos del sueño, trastornos asociados al alcohol y drogas). Los factores desencadenantes pueden ser personales, interpersonales (conflictos familiares, agresiones) o situacionales (pérdida de empleo, fallecimiento de un ser querido, etc.)
- Cambio en los patrones de enfermedad y morbilidad, es decir, las enfermedades funcionales priman sobre las infecciosas y contagiosas
- Cambio en el modelo de salud desde una perspectiva restaurativa hasta una perspectiva activa en el sentido de que el sujeto es el principal protagonista, el que tiene la última palabra y el que debe actuar para mejorar sus condiciones de salud y calidad de vida.
- La escasa utilidad de la cirugía y de la farmacología para solucionar los problemas funcionales. Ni una ni otra son eficaces para prevenir y solucionar muchas disfunciones sexuales, adicciones, infartos de miocardio, etc. Pueden no existir infecciones ni lesiones en estas enfermedades, sino *formas de comportamientos* (preocupaciones, ritmo de vida intenso, comidas insanas, urgencia temporal etc.).

Por todo lo apuntado anteriormente, la psicología se ve en la necesidad de buscar soluciones alternativas que permitan dar respuestas a los retos existentes incidiendo principalmente sobre patrones de conducta, estilos hábitos de vida y estrategias de afrontamiento. Como ciencia de la conducta, la psicología puede ayudarnos a observar, describir, operativizar, explicar, predecir y modificar comportamientos. Nos enseñará a descubrir y analizar las variables que hacen que un comportamiento se produzca se mantenga o se desarrolle. La psicología comunitaria aplicada a la salud incorpora recursos teóricos y prácticos de las ciencias del comportamiento y se suma a la labor de optimizar las condiciones de vida, promocionar la salud y prevenir la enfermedad.

TEORIAS DEL ESTRÉS

Se agrupan en tres bloques, según se considere el estrés como un estímulo, como una respuesta o como un proceso interactivo entre la persona y el medio.

1. Teorías basadas en la respuesta

Hans Selye fue quien popularizó el término estrés y es considerado como fundador de este área de investigación aplicada a la salud. Entiende el estrés tanto en sus primeras versiones como en las más recientes como una respuesta no específica del organismo (Selye, 1974). Define el estrés como "el estado que se manifiesta como un síndrome específico, consistente en todos los cambios producidos dentro de un sistema biológico". La respuesta va a implicar una activación anormal del sistema autónomo simpático, médulo-suprarrenal y una inhibición de la glándula tímica.

Según Selye, ocurre estrés cuando existe una alteración en el equilibrio del organismo causada por la acción de un agente externo o interno y el organismo reacciona ante esto de forma extraordinaria para restaurar dicho equilibrio. Esta respuesta de estrés está constituida por un mecanismo tripartito que se denomina SGA (síndrome general de adaptación, 1956) que incluye tres etapas: reacción de alarma, etapa de resistencia y etapa de agotamiento.

Esta teoría presenta algunas limitaciones. Por una parte no es operativa ni está formulada de manera científica y por otro lado, define el *estresor* de manera redundante y circular, esto es, estresor es un estímulo que produce estrés.

De acuerdo con esta teoría, el estrés se produce cuando ocurre una alteración en el equilibrio interno del organismo y éste reacciona de forma extraordinaria realizando un esfuerzo para contrarrestar el desequilibrio. La

respuesta de estrés es por tanto extraordinaria, fundamentalmente a nivel fisiológico, implicando un esfuerzo y produciendo una sensación subjetiva de tensión ante cualquier demanda. Así, ante la presencia de estímulos intensos o de duración prolongada, se producirá una hiperactividad homeostática que se traducirá en cambios fisiológicos (elevación de la tasa cardíaca, descargas hormonales, etc.)

En manuales y tratados de psicología es frecuente encontrar el concepto de estrés positivo o eustrés, entendido como una respuesta de adaptación ante situaciones amenazantes, necesaria para adaptarse adecuadamente a requisitos vitales (punto de vista coincidente con el de Selye). Como contrapartida, se utiliza el término distrés o estrés negativo para referirse al fracaso de la adaptación anteriormente comentada. El distrés va unido a sentimientos de frustración, inseguridad, y desesperanza.

2. Teorías basadas en el estímulo

En contraste con las teorías centradas en la respuesta, el estrés se explica aludiendo a los estímulos ambientales externos al sujeto o *estresores* y se interpreta que éstos perturban o alteran el funcionamiento del organismo.

Everly (1978) distingue dos tipos principales de estresores:

- **Psicosociales:** son situaciones que no causan directamente la respuesta de estrés, sino que se convierten en estresores a través de la interpretación cognitiva o del significado que la persona le asigna.
- **Biológicos:** son estímulos que se convierten en estresores por su capacidad para producir cambios bioquímicos o eléctricos en el organismo que eliciten por sí mismo la respuesta de estrés, por ejemplo, exponerse a ruido intenso, tomar una taza de café, etc.

Wertz (Citado por Cox, 1978) revisó y trató de clasificar los distintos tipos de situaciones estresantes que se han considerado hasta ahora en las investigaciones y señaló varias categorías entre ellas, procesar la información velozmente, la existencia de estímulos ambientales dañinos, la presión grupal, el aislamiento y confinamiento.

El problema que presenta esta teoría es la delimitación de las situaciones que pueden ser consideradas estresantes. Una situación puede ser muy estresante para una persona pero muy poco o nada para otra (Sandín y Chorot, en prensa).

La teoría basada en el estímulo se sitúa dentro de la perspectiva que en psicopatología se conoce con el nombre de *Enfoque Psicosocial* o de los sucesos vitales y ha tenido gran influencia en las últimas décadas (véase factores causales del estrés).

3. Teorías interaccionales

Estas teorías enfatizan el papel de los factores cognitivos (pensamientos, ideas, creencias, actitudes, etc.). Estos factores median la relación entre los estímulos (estresores) y las respuestas de estrés. El máximo representante de esta teoría del estrés es Richard S. Lazarus.

Según sus partidarios, el estrés es un proceso interaccional, una relación particular entre la persona y la situación, que se produce cuando la persona valora que las demandas gravan o exceden sus recursos de ajuste y hacen que peligre su bienestar. Una definición equivalente propone que el estrés en sí mismo no es una variable simple, sino un sistema de procesos interdependientes, individuales en la evaluación y en el afrontamiento que median en la frecuencia, intensidad, duración y tipo de respuestas psicológicas y somáticas (Cánovas, 1991).

Lazarus y Folkman (1984) definen el estrés como un conjunto de relaciones particulares entre la persona y la situación, siendo esta valorada por la persona como algo que grava o excede sus propios recursos y que pone en peligro su propio bienestar personal. Es una relación dinámica y bidireccional entre la persona y el entorno.

Dos conceptos fundamentales en esta teoría son la evaluación y el afrontamiento. La evaluación es definida como el mediador cognitivo de las reacciones de estrés, de las respuestas personales a los estímulos relevantes y es un proceso por medio del cual los sujetos valoran la situación, lo que está ocurriendo y todo ello relacionado con el bienestar personal del sujeto. Según estos autores existen tres tipos de evaluación primaria, secundaria y terciaria (afrontamiento).

La evaluación primaria se centra en las demandas de la situación y consiste en analizar si el hecho es positivo o no, si es relevante y sus consecuencias. En definitiva, responder a la cuestión ¿qué significa esto para mí?. El resultado de esta evaluación será determinante para que el suceso sea considerado bueno o malo, relevante o irrelevante, amenazante o no.

La evaluación secundaria tiene como objeto el análisis y la valoración de la capacidad del propio sujeto para afrontar el suceso que acaba de evaluar. La valoración de los recursos personales determina en gran medida que el individuo se sienta asustado, desafiado u optimista. Tiene que ver con la evaluación de los propios recursos y en ella juegan un papel esencial los pensamientos anticipatorios. La historia previa de afrontamiento frente a situaciones similares y el resultado exitoso o no de la ejecución de cualquiera de las estrategias utilizadas determinan el resultado.

Por último, la evaluación terciaria es el afrontamiento o estrategia de coping propiamente dichos, esto es, la acción y ejecución de una estrategia previamente elaborada (véase tabla I).

Lazarus y Folkman (1984) describen el *afrontamiento o coping* como aquellos procesos conductuales y cognitivos constantemente cambiantes que se desarrollan para mejorar las demandas específicas internas y externas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de las respuestas del individuo. Se entiende el afrontamiento en función de lo que la persona piensa o hace y no en términos de su eficacia o resultados. Para estos autores existen dos tipos de estrategias de afrontamiento, la de resolución de problemas y la segunda llamada de regulación emocional. La primera estaría dirigida a manipular o alterar el problema que está causando el malestar o a incrementar los recursos para hacer frente al problema, por ejemplo diseñando un nuevo método de solución de problemas, buscando ayuda de un profesional que nos oriente. La estrategia de regulación emocional estaría centrada en la emoción, en reducir el distrés asociado a la situación (Sánchez Cánovas, 1991). Lazarus y Folkman (1984) consideran que la gente empleará este segundo tipo de estrategia cuando experimente que el estresor es algo perdurable o inmodificable como la muerte de un ser querido. Ejemplos de este tipo de estrategias serían llorar, distraerse, dormir, beber, etc.

Lo que diferencia el modelo interaccional de las otras aproximaciones teóricas es la gran relevancia que se le asigna a la evaluación cognitiva. En gran medida es la principal responsable de que la situación potencialmente estresante llegue o no a producir estrés en el sujeto y considera al individuo como parte activa en el proceso, interactuando con el medio ecológico.

Tabla I. Dimensiones de afrontamiento (Folkman y Lazarus. 1988)

| DIENSIÓN | DESCRIPCIÓN |
|-------------------------------------|---|
| 1. Confrontación | Acciones directas dirigidas a la situación. Ej.: Expresar ira hacia la persona causante del problema, tratar de que la persona responsable cambie de idea, etc. |
| 2. Distanciamiento | Tratar de olvidarse del problema, negarse a tomarlo en serio, comportarse como si nada hubiera pasado, etc. |
| 3. Autocontrol | Guardar los problemas para uno mismo, procurar no precipitarse, etc. |
| 4. Búsqueda del apoyo social | Pedir consejo o ayuda a un amigo, hablar con alguien que puede hacer algo concreto, contra a algún familiar el problema, etc. |
| 5. Aceptación de la responsabilidad | Disculparse, criticarse a sí mismo, reconocerse causante del problema, etc. |
| 6. Escape-evitación | Esperar a que ocurra un milagro, evitar el contacto con la gente, tomar alcohol, drogas. |
| 7. Planif. de solución de problemas | Establecer un plan de acción y seguirlo, cambiar algo para que las cosas mejoren, etc. |
| 8. Reevaluación positiva | la experiencia enseña, hay gente buena y maduré como persona, etc. |

DEFINICIONES DE ESTRÉS

Las diferentes líneas de investigación presentada en el epígrafe anterior han derivado en las siguientes definiciones:

1. El estrés se origina a partir de estímulos físicos y sociales que someten a las personas a demandas que no pueden satisfacer de forma adecuada al tiempo que perciben la necesidad de satisfacerla. Se produce entonces un desajuste entre demandas ambientales y recursos disponibles (Peiró, 1993).

2. Lazarus y Folkman (1984) definen el estrés como conjunto de relaciones particulares entre la persona y la situación, siendo la situación valorada como algo que grava o excede sus propios recursos y pone en peligro su bienestar personal. Enfatizan los factores psicológicos o cognitivos y el proceso de evaluación.

3. El estrés es un fenómeno complejo que implica estímulos, respuestas y procesos psicológicos que median entre ambos. Supone un estado del organismo caracterizado por el sobreesfuerzo. Es un proceso dinámico que involucra diferentes variables que funcionan a diferentes niveles e interaccionan entre sí: agentes internos y externos, procesos de evaluación cognitiva, estrategias de afrontamiento, respuestas psicológicas y fisiológicas (reacción de estrés), variables moduladoras asociadas a elementos predisposicionales (tipo personalidad) y elementos demográficos (sexo, edad) (Sandín, 1994).

FACTORES CAUSALES DEL ESTRÉS

Desde la aproximación conocida como "Enfoque de los sucesos vitales" y desde una perspectiva multidisciplinar (bio-psico-social), cuyo objetivo es investigar las relaciones entre estrés y enfermedad y analizar las situaciones estresantes, se ha puesto de manifiesto la distinción entre varias fuentes de estrés; sucesos extraordinarios, sucesos menores, situaciones crónicas y estilos de vida.

1. Sucesos vitales intensos y extraordinarios.

Los sucesos vitales son definidos como experiencias objetivas que alteran o amenazan con alterar las actividades usuales del individuo causando un reajuste sustancial en la conducta del mismo (Sandín y Chorot, en prensa; Thoits, 1983).

Siguiendo esta línea se producen situaciones estresantes como resultado de la aparición de cambios importantes como tener un hijo, perder el empleo, etc. Estos acontecimientos exigen al sujeto un esfuerzo de adaptación intenso, que conlleva respuestas de estrés.

2. Sucesos menores (estrés diario).

Lazarus et al. ((1984) consideran que los acontecimientos estresantes diarios producen más respuestas de estrés y efectos negativos, psicológicos y biológicos más importantes de lo que puedan generar acontecimientos extraordinarios y poco frecuentes. Son sucesos más frecuentes, de ocurrencia diaria o casi diaria y más próximos temporalmente al individuo. Pertenecen a este tipo de sucesos las disputas familiares, los atascos de tráfico y los problemas económicos.

Sugieren estos autores que tanto el estrés menor como las satisfacciones que caracterizan la vida cotidiana poseen mayor significado para la salud que los sucesos mayores o vitales.

3. Situaciones de tensión crónica mantenida.

Son situaciones capaces de generar estrés que se mantienen durante largos periodos de tiempo, como una enfermedad prolongada, una mala relación con la pareja durante varios años, etc.

4. Estilos de vida.

El tipo de profesión, las aficiones, la frecuencia de contactos sociales, etc. van a determinar en gran medida las demandas a que las personas se verán sometidas, facilitando en mayor o menor grado las situaciones de estrés.

CARACTERÍSTICAS DE LAS SITUACIONES DE ESTRÉS

Aunque un acontecimiento sólo será estresor si el individuo lo percibe como tal, se pueden señalar algunas características que comúnmente se suelen presentar y que contribuirán en hacer "estresante" una situación:

- El cambio o novedad en la situación supone la aparición de nuevas demandas a las que el individuo se tiene que adaptar. Un cambio en la situación habitual puede convertirse en estresante o en amenaza.

- La falta de información e incertidumbre. Si se produce un cambio en la situación y no tenemos información alguna acerca de qué se nos demanda o qué sucederá, puede ocurrir que esta incertidumbre provoque respuestas de estrés. La sensación de incertidumbre e indefensión es estresante.

- La predecibilidad se refiere a la posibilidad de anticipar o predecir lo que puede ocurrir. Cuanto menos predecible sea una situación mayor grado de estrés originará.

- La ambigüedad de la situación de estrés, es decir, si la información para evaluar una situación no es clara, específica o concreta admite interpretación. Lo mismo ocurre si la información es excesiva o deficitaria. A mayor ambigüedad de la situación, corresponde más estrés.

- La inminencia es el intervalo de tiempo que transcurre desde que se predice un acontecimiento hasta que realmente ocurre. Cuanto más inminente sea un acontecimiento más intensamente es valorado como estresante.

- La duración de la situación de estrés, esto es, cuanto más duradera es ésta, mayores serán las consecuencias negativas para la persona.

- Las alteraciones en las condiciones biológicas del organismo que implican desde el consumo de sustancias nocivas (por ejemplo, excitantes) hasta la exposición a condiciones ambientales estresantes (como el ruido intenso).

- La intensidad del estresor, es decir, a mayor severidad o intensidad del estímulo estresor, mayor será la respuesta de estrés.

CARACTERÍSTICAS PERSONALES Y DIFERENCIAS INDIVIDUALES.

Las actuales concepciones del estrés resaltan la *percepción* de los estresores como factor clave en el desencadenamiento del proceso. La valoración que hace el individuo del estresor dependerá de variables personales, de su estilo de afrontamiento, de los resultados y consecuencias que la situación tiene para el individuo (Peiró, 1993).

Los efectos, sintomatología y consecuencias del estrés son diferentes según los distintos sujetos. Existen diferencias en los rasgos de personalidad (tipo A, tipo B, neuroticismo-extraversión), en las respuestas fisiológicas, en los patrones de conductas y en los estilos de afrontamiento o coping. En el proceso de estrés, estas características individuales van a interactuar con los factores ambientales de forma dinámica.

Payne (1988) señaló algunas de las características individuales más importantes implicadas en el proceso de estrés y las agrupó en tres categorías: genéticas (constitución física, reactividad, sexo e inteligencia), adquiridas (clase social, edad y educación) y disposicionales (personalidad tipo A, extraversión-introversión, personalidad resistente, estilos de afrontamiento, etc.).

Ivancevich y Marreson (1987) diferenciaron las variables biológicas y demográficas de las cognitivas y afectivas (nivel de necesidad, autoestima, tolerancia a la ambigüedad, locus de control y tipo de personalidad). Estas diferencias se basan en que las primeras modulan la relación percibida de estrés y sus consecuencias, mientras que las segundas actúan como moduladores entre los estresores y el estrés percibido y entre este último y las consecuencias (Peiró, 1993).

El estudio de las características individuales tiene su importancia por el hecho de que éstas determinarán en mayor o menor grado la vulnerabilidad de los estresores y repercutirán al mismo tiempo en la calidad de vida y en las consecuencias para la salud física y emocional. En este sentido, han sido muy estudiados los riesgos de sufrir accidentes laborales y enfermedades cardiovasculares en relación con el tipo de puesto de trabajo. Así los trabajadores de "cuello blanco" (altos cargos, directivos, yuppies) presentan mayor vulnerabilidad a sufrir trastornos cardiovasculares mientras que los de "mono azul" (obremos en general) lo son a sufrir accidentes laborales.

La característica personal más estudiada ha sido el *Patrón o estilo conductual tipo A*. Fue identificado por Friedman y Rosenman (1959), quienes encontraron características comunes de conducta en las personas con enfermedades coronarias y que son consideradas consecuencias del estrés. Entre las características atribuidas al patrón tipo A destacan entre otras la competitividad, la impaciencia, el habla rápida y recortada y el compromiso excesivo con el trabajo. Este patrón es opuesto al tipo B. Los sujetos pertenecientes a este tipo suelen ser definidos como relajados y acomodaticios, exentos por tanto de sufrir estrés.

Los rasgos *extraversión* y *neuroticismo* también han sido estudiados en relación con el estrés. Ambos parecen estar implicados y favorecer la percepción de los estímulos como más amenazantes y ansiógenos. Los sujetos que presentan el rasgo neuroticismo parecen estar más predispuestos al estrés y a la ansiedad así como a sufrir desarreglos somáticos (jaquecas, insomnio, dolor de espalda, trastornos digestivos, etc.).

Una característica personal estudiada y que actúa como modulador o reductor del estrés es la *personalidad resistente* (*hardy personality*). Según Kobasa (1982) se trataba de un estilo de personalidad que es fuente de resistencia al estrés, una constelación de tres atributos; compromiso (tendencia a

implicarse en las distintas situaciones de la vida), control (influencia activa de la persona en los distintos acontecimientos y sucesos) y reto (búsqueda de cambios, experiencias nuevas, ver la situación estresante como reto y no como amenaza). Estos atributos van a permitir unas estrategias de afrontamiento o de coping eficaces.

Otra característica personal estudiada ha sido el *locus de control*, que actúa también como moduladora de los efectos del estrés. Es una característica relativamente estable (Rotter, 1966) y se refiere a las creencias de que los eventos de la vida son controlados por las propias acciones (locus interno) o por acontecimientos externos (locus externo). Los sujetos con locus interno asumen que las decisiones, las acciones y los esfuerzos individuales influirán en las consecuencias, lo que provocará expectativas de afrontamiento para enfrentarse al problema de un modo más eficaz que los locus externos, que creen que la suerte, el azar y el destino les determina. Estos últimos sujetos son más propensos a la indefensión y al desamparo.

OTROS ASPECTOS IMPLICADOS EN LA RESPUESTA DE ESTRÉS

Otros aspectos implicados en la respuesta de estrés han sido las respuestas fisiológicas y las respuestas motoras o conductuales.

1. Respuestas fisiológicas

Actualmente existe evidencia suficiente de que mecanismos neurales y endocrinos están implicados en la respuesta de estrés (Everly, 1989). Distinguió tres ejes diferentes de actuación en la respuesta de estrés; el eje neural, endocrino y neuroendocrino. El primero se activaría de forma inmediata a través del sistema nervioso autónomo (elevación del ritmo cardíaco, aumento de la respiración, sudoración etc.) a través de su rama simpática y del sistema somático, encargado de regular la tensión muscular. Esta activación no suele provocar trastornos psicofisiológicos.

El eje neuroendocrino es más lento en su activación y necesita unas condiciones de estrés más mantenidas e implica su disparo la activación de las glándulas suprarrenales. El sistema cardiovascular es el más afectado. Este eje está relacionado con la puesta en marcha de conductas motoras de afrontamiento y el que se active o no dependerá de como la persona perciba la situación (evaluación primaria) y de su capacidad para hacerle frente (evaluación secundaria). Si el sujeto percibiera la situación como inevitable, se activa-

ría el siguiente eje, el eje endocrino. Este es más lento, sus efectos son más duraderos y necesita de una situación de estrés más mantenida. Sus efectos están relacionados con la indefensión, pasividad, y depresión ya que uno de los órganos aquí activados es el cerebro, siendo su efecto mucho más generalizado. Las principales hormonas implicadas en el eje endocrino son el ACTH, las hormonas del crecimiento, los opiáceos endógenos y las hormonas tiroideas.

2. Conductas motoras implicadas en la respuesta de estrés

Las respuestas motoras básicas ante situaciones de estrés pueden ser ataque, escape o huida, pasividad o indefensión. El tipo de conducta utilizada determina la forma de activación del organismo.

Así el ataque supone una elevada activación fisiológica con una importante elevación de recursos.

ESTRÉS Y TRASTORNOS PSICOFISIOLÓGICOS

El estrés puede tener innumerables consecuencias en nuestro organismo, en nuestra salud en general y en nuestra conducta o respuesta en particular, tanto a nivel fisiológico, cognitivo o motor. A nivel fisiológico puede provocar los denominados *trastornos psicofisiológicos*. El desarrollo de éstos dependerá en parte de las respuestas fisiológicas activadas, de los órganos implicados así como de variables tan diferentes como las señaladas por Sandín en el apartado anterior.

Si la respuesta de estrés provoca una activación fisiológica de forma muy frecuente, duradera o intensa, puede ocurrir que los órganos afectados se desgasten sin que les de tiempo a recuperarse de él y como consecuencia se produzca el agotamiento de recursos y la aparición de algún trastorno psicofisiológico. Pueden ser varios o uno sólo el órgano afectado, pero cuando es el cerebro el trastorno es más generalizado. En la tabla siguiente aparecen los principales trastornos psicofisiológicos recogidos por Labrador (1993).

Principales trastornos psicofisiológicos (Labrador, 1993)

| | |
|-------------------------------|--|
| Trastornos Cardiovasculares | Hipertensión esencial Enfermedad coronaria Taquicardia Arritmias cardíacas Enfermedad de Rainaud |
| Trastornos respiratorios | Cefaleas migrañosas Asma bronquial Síndrome de hiperventilación Alteraciones respiratorias |
| Trastornos gastrointestinales | Alergias Úlcera péptica Dispepsia funcional Síndrome de colon irritable Colitis ulcerosa |
| Trastornos musculares | Tics, temblores y contracturas Alteraciones de reflejos musculares Lumbalgias |
| Trastornos dermatológicos | Cefaleas tensionales Prurito Eccemas Acné Psoriasis |
| Trastornos sexuales | Impotencia Eyaculación precoz Coito doloroso Vaginismo |
| Trastornos endocrinos | Disminución del deseo Hipertiroidismo Hipotiroidismo |
| Trastornos inmunológicos | Síndrome de Cushing Inhibición del sistema inmunológico |

CONDICIONES QUE MODULAN EL EFECTO DEL ESTRÉS

De las diferentes aportaciones que se realizado se pueden clasificar las siguientes condiciones que amortiguan el efecto del estrés.

1. Condiciones Ambientales

• *Apoyo Social*

Se ha publicado recientemente abundante evidencia que relaciona el apoyo social con la salud física y psicológica y se ha señalado que favorece la salud bien porque se relaciona negativamente con el comienzo de enfermedada-

des o bien porque facilita la recuperación de pacientes con algún tipo de trastorno (Adler y Matthews, 1994). Esto ha dado origen a dos hipótesis la de acción amortiguadora y la hipótesis de efectos directos.

Según la hipótesis de acción amortiguadora, el apoyo social actúa protegiendo al individuo durante los momentos de estrés potenciando la adaptación del sujeto, por ejemplo, mediante la facilitación y mejora de conductas de afrontamiento. El apoyo social puede reducir el impacto del estrés de tres formas, eliminando o reduciendo el propio estresor, reforzando la capacidad del individuo para hacer frente al estresor bien atenuando la experiencia del estrés una vez que este se ha puesto en marcha.

La hipótesis de los efectos directos presupone que el apoyo social ejerce efectos positivos sobre la salud y que el hecho de estar integrado en un grupo (redes sociales, grupo de amigos, familia, la pertenencia a clubs) facilita experiencias individuales positivas como la autoestima, afecto positivo, control sobre el medio. Estas experiencias protegen al sujeto de trastornos físicos y emocionales a través de mecanismos psicobiológicos, por ejemplo mejorando el funcionamiento inmunológico (Sandín, 1994). Actualmente ha sido más ampliamente probada hipótesis de acción amortiguadora y se puede decir que los recursos sociales en el momento de experimentar la situación estresante reduce los efectos nocivos de ésta.

• Situaciones de caracter positivo

Se refiere a situaciones que acontecen en la vida diaria que son de fácil acceso y que por razones de tiempo, sobrecargas, etc no nos permitimos disfrutar. Nos referimos a actividades de ocio y tiempo libre tan sencillas como: pasear, descansar, oír buenas noticias, recibir sesiones de masaje, ir al teatro, etc. Todas estas situaciones modularían la respuesta de estrés (Labrador, 1993).

• Recursos utilitarios

El dinero, el acceso a información, acceso a los servicios sociales y a programas de entrenamiento, van a facilitar la resolución de una situación estresante.

2. Condiciones fisiológicas

Cuantos más recursos físicos u orgánico tenga el individuo mayor resistencia al estrés tendrá y cuanto menos recursos, peores efectos tendrá el estrés sobre él. Se ha dicho que existe cierta predisposición biológica o estereotipia de respuesta que puede o bien facilitar las consecuencias nocivas de estrés o bien protegerlas.

3. Hábitos conductuales sanos

Nos referimos con ésto, a los hábitos sanos de conducta. Una dieta equilibrada, no fumar ni beber en exceso y no consumir excitantes ni fármacos psicoactivos mejoraría nuestro estado de salud y sistema inmunológico al mismo tiempo que modularía la respuesta de estrés.

También se ha apuntado, la importancia del ejercicio físico. Este moviliza el organismo mejorando su funcionamiento y la capacidad física a nivel de los sistemas circulatorio, muscular y respiratorio.

Se ha comprobado que en estados de estrés movilizan recursos orgánicos como ácidos grasos, colesterol, glucógeno que rara vez se van a utilizar ya que la vida moderna no exige respuestas físicas intensas. Estos recursos movilizados y no utilizados pueden llegar a depositarse en el sistema vascular tapizando paredes y vasos, disminuyendo así el paso de la sangre dando lugar a un aumento de la presión arterial, hipertensión y propensión a infartos. Con el ejercicio físico podemos utilizar y consumir estos recursos movilizados por la respuesta de estrés antes de ser depositadas e impedir deterioros en el sistema cardiovascular. Los ejercicios recomendables son los aeróbicos como correr, montar en bicicleta, nadar, practicados tres o cuatro días semanales, unos treinta, cuarenta minutos y de una intensidad moderada (Labrador, 1993).

4. Aspectos cognitivos

Existen diferencias entre los individuos en su modo de evaluar las situaciones estresantes, unos lo hacen centrándose en las demandas de la situación (sujetos autoeficaces; analizan cómo manejar la situación, se centran en el problema), otros lo hacen en sí mismo (sujetos autoreferentes; se preocupa cómo les afecta la situación, se centran en la emoción) y otro en cambio lo hacen negando el problema o las demandas del medio (sujetos negativistas). Los sujetos autoeficaces llevaría mucho mejor que los anteriores la situación estresante (Labrador, 1993).

El optimismo es otra característica personal que amortigua el efecto del estrés sobre el sujeto. Las personas optimistas seleccionarían estrategias de enfrentamiento centrándose en el problema, buscarían aspectos positivos de la situación desdramatizándola, viéndola como reto y no como amenaza.

La sensación de control, el locus de control interno, comentado anteriormente, modularía los efectos del estrés. Creer que podemos manejar la situación y que ésta depende mucho de nuestros esfuerzos, estrategias y habilidades nos ayudará a salir ilesos de ella. Los experimentos de indefensión aprendida han

demostrado cómo ratas sometidas a descargas inevitables y de las que no se puede escapar adolecen de úlceras y tumores (Belloch, Sandín y Ramos, 1995).

CONSIDERACIONES FINALES

De lo expresado a lo largo del presente artículo podemos concluir que el estrés puede ser beneficioso para la salud en condiciones de moderada intensidad, frecuencia y duración y que la respuesta de estrés no es en si misma nociva.

Estrés es una reacción adaptativa que pone a disposición del individuo una gran cantidad de recursos excepcionales. Es más, las mejores realizaciones del hombre y los momentos más apasionantes de su vida se producen en unas condiciones extraordinarias en las que existen ciertas demandas a las que las personas responden de forma rápida e intensa. Pero ocurre que cuando la respuesta de estrés es excesivamente frecuente, intensa o duradera pueden aparecer consecuencias negativas, ya que el organismo no es capaz de mantener un ritmo de activación elevado durante mucho tiempo y si se mantiene más allá del límite se producirán serios deterioros a diferentes niveles, destacando los trastornos psicofisiológicos o psicosomáticos (Labrador, 1993).

Hay dos cuestiones importantes que, a veces, han provocado confusión y desacuerdo. La primera es que el estrés no causa los problemas sino que es el efecto de los mismos, es decir, se confunde a veces estrés con los factores desencadenantes o estresores. La segunda cuestión tiene que ver con la diferenciación entre estrés y ansiedad. La ansiedad es un trastorno, no es sinónimo de estrés sino una consecuencia de éste y ambos tienen en común la excesiva activación que se da a nivel de la respuesta fisiológica.

Los diferentes marcos de investigación han puesto de manifiesto la importante contribución que éstos estudios pueden tener en el control y la prevención de sus consecuencias.

El estrés vive con nosotros, hemos de acogerlo, tomar lo bueno de él y controlar su cara negativa, aprendiendo habilidades, estrategias de afrontamiento y de solución de problemas y por ello será todo un reto asumir un modelo activo de salud, es decir, entender la salud como algo a desarrollar y mejorar activamente, siendo nosotros mismos los responsables de actuar para mejorar nuestras condiciones físicas, psicológicas y prevenir posibles deterioros. Nuestras formas de comportamiento van a condicionar que surjan o no problemas de salud.

Modifiquemos pues nuestro estilo de vida, hábitos y patrones de conducta en este sentido, aún estamos a tiempo.

BIBLIOGRAFÍA

- ADLER, N. Y MATTHEWS, K. (1994): Health psychology: Why do some people get sick and some stay well? Anual review of psychology, 45, 229-259.
- BELLOCH, A., SANDIN, B. RAMOS, F.(1995): Manual de psicopatología, vol. 2. Madrid: McGraw-Hill.
- CLARK. L. A. Y WATSON, D. (1991): Tripartite model of anxiety and depression: Psychometric avidence and taxonomic implications. Journal of abnormal psychology.
- COSTA, M., LOPEZ, E. (1986): Salud comunitaria, Martínez Roca. Barcelona.
- COX. T.: (1978): Stress. Nueva york: Mac Millan
- DE LONGIS, A. ET AL.: The impact of daily stress on health and mood: Psychological and social resources as mediators. Journal of presonality and social psychology, 54, 486-495
- EVERLY, G.S. (1989): A clinical guide to the treatment of the humanstress response. Nueva York, Plenum Press.
- FOLKMAN, S. LAZARUS, R.S. (1988): Manual for the ways of coping cuestionnaire. Palo Alto, CA: Consulting psychologists press.
- FRIEDMAN, M. y ROSSENMAN, R. H. (19740: Type A beavior and your heart, Nueva York. Knopf.
- IBAÑEZ, E. (1989): La información como estrategia de dominio en pacientes aquejados de cancer. En E. Echeburúa (Ed.). El estrés: problemática psicológica y vías de intervención (pp. 77-94). San Sebastian: Universidad del Pais Vasco.
- IWAANICKI, E.F., SCHWAB (1981): A cross validation study of the Maslach Burnout Inventory. Educational and Psychological Measurement, 41, pp. 1167-1174
- KOBASA, S.C.; W.D. GENTRY (1984): Social and psychological resourdes mediating stress-illness-relationships in human. En W. D. Gentry (ed.). Handbookof behavioral medicine. Nueva York. Guilford Press.
- LABRADOR, F. J.(1992): El estrés . Nuevas técnicas para su control. Madrid. Temas de hoy.
- LABRADOR. F. J. (1993): Estrés. Eudema. Madrid.
- CRESPO, M. (1993): Estrés. trastornos psicofisiológicos. Eudema, Madrid.
- LAZARUS, R. S. y FOLKMAN, S. (1984): Stress, Appraisal and coping, Nueva York, SpringerPublishing company.
- MUÑOZ, M. FERNANDEZ ABASCAL, E. G. y LABRADOR, F. J. (1989): Patrón tipo A de conducta: estado de área. Revista española de terapia del comportamiento, 7:78-106.
- ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD (OMS) (1992): Clasificación internacional de las enfermedades (10ªed.) (CIE-10). Madrid: OMS.
- PAINE, W. S. (Ed.): Job stress and burnout: Research, theory and intervention perspectives. Beverly Hill, C. A. Sage
- PEIRO, J. M..(1990): Organizaciones: Nuevas perspectivas psicossociológicas. Barcelona. PPU.
- PEIRO, J M. (1992): Desencadenantes del estrés laboral, Eudema, Madrid.
- ROSENHAN, D. L., y SELIGMAN, D. L. (1984). Abnormal Psychology. Nueva York. Norton

ROTTER ET AL. (1974): Detachment and coping. Personality and individual differences, 15, 619-626.

SANCHEZ CANOVAS, J (1991): La medida del afrontamiento. Prácticas para el estudio de las diferencias individuales y situacionales. Valencia: Universidad de Valencia

SANCHEZ CANOVAS, J (1991): Evaluación de las estrategias de afrontamiento. En G. Buelay V. Caballo (Ed.)Manual de psicología clínica y aplicada (pp. 247-260). Madrid: Siglo XXI

SANDIN, B., Y CHOROT, P. (1986): Relaciones entre formas de adquisición, patrón de respuesta y tratamiento de la ansiedad. En B. Sandín , Aportaciones recientes en psicopatología. Madrid. Novamedic.

SANDIN, B.(1991). Perspectivas actuales en la psicopatología. En J. Buendía (ed.), Aportaciones recientes en psicopatología. Madrid. Novamedic.

SARASON, I G.; JOHNSON, J.H. Y SIEGEL, J.M.: Assessing the impact of live changes: Development of the life experiences survey. Lournal of consulting and clinical psychology, 48, 932-946

SELYE, H. (1954). Stress. Barcelona: Científico médica. (Publicación original: 1950)

SELYE, H. (1956) The stress of the life. Nueva york. MacGraw- Hill.

THOITS, P.A. (1983): Dimensions of live events that influence psychological distress: An evaluations and syntesis of the literatura. en Kaplan (Ed.). Psychological stress. (pp. 33-103). Nueva York: Academic Press.