

I. ¿QUÉ ES EL ESTRÉS?

Posiblemente no exista otro término en psicología sobre el que haya más ambigüedad y abuso.

Primeros usos del término estrés:

- En el s. XIV para referirse a experiencias negativas (adversidades, dificultades...)
- En el s. XVII por influencia del físico Hooke se asoció a fenómenos físicos como presión, fuerza, distorsión (strain)...
- ♦ Tres conceptos claves: carga (load), estrés (stress) y distorsión (strain).
Carga → estresor; strain → estrés (estado del organismo). Aunque a veces: estrés = estímulo y strain = respuesta.
- ♦ D.p.d.v. físico el estrés = fuerza interna generada dentro de un cuerpo por la acción de otra fuerza que tiende a distorsionar dicho cuerpo.

El concepto de estrés se aplica de forma diferente según la orientación científica:

- Los enfoques fisiológicos y bioquímicos: consideran el estrés en términos de respuestas.
- Los enfoques psicológicos y psicosociales: consideran el estrés como un fenómeno externo, focalizado en el estímulo.
- El enfoque mediacional cognitivo: factores psicológicos o subjetivos que median entre los agentes estresantes y las respuestas fisiológicas de estrés. Estrés focalizado en la interacción.

II. ORIENTACIONES TEÓRICAS SOBRE EL ESTRÉS

A. TEORÍAS BASADAS EN LA RESPUESTA

1. Teoría del estrés de Selye

Selye populariza el término estrés y se le considera fundador de esta área aplicada a las CC de la salud.

Entiende el estrés como *una respuesta no específica del organismo*.

como "el estado que se manifiesta por un síndrome específico, consistente en cambios inespecíficos inducidos dentro de un sistema biológico. Así el estrés tiene su forma y composición características, pero ninguna causa particular"

El agente desencadenante del estrés (estresor o alarmígeno) es un elemento que atenta contra la homeostasis del organismo.

Un estresor es todo agente nocivo para el equilibrio homeostático del organismo. Es cualquier estímulo (interno o externo) que provoque en el organismo la R. inespecífica de necesidad de ajuste o estrés.

Esta respuesta es una "respuesta estereotipada" de estrés que implica una activación del:

- Eje hipotálamo-hipófiso-suprarrenal → activación de corticoides
- SNA

Si la activación persiste → *síndrome de estrés* consistente en:

- Hiperdesarrollo de la corteza suprarrenal (hiperplasia suprarrenal)
- Involución de la glándula timo
- Úlcera péptica

Para Selye, el estrés no es algo que por sí deba ser evitado; puede estar asociado a estímulos agradables o desagradables.

Cannon influyó en Selye con su hipótesis de la homeostasis; y también empleó el término estrés. Lo hizo para referirse a las reacciones de lucha-huida (= respuestas automáticas que emiten los organismos en defensa de estímulos amenazantes externos o internos).

En esta respuesta interviene básicamente la activación del SNS → liberación de catecolaminas (noradrenalina y adrenalina) por la médula suprarrenal, liberación de glucosa a los músculos...

Pero Selye, además de elaborar un modelo sobre el estrés, no solo consideró la activación del SNA, sino, y sobre todo, destacó la activación del sistema hormonal hipófiso-corticosuprarrenal (mayor importancia de las hormonas de la corteza).

La ventaja de la teoría de Selye: ofrecer una definición operativa del estrés basada en la acción de dos tipos de fenómenos objetivables: el estresor y la R de estrés.

- El estresor: cualquier demanda que evoca el patrón de respuesta de estrés. Puede ser físico, psicológico, cognitivo o emocional.
- La respuesta de estrés: constituida por un *mecanismo tripartito* denominado Síndrome General de Adaptación (SGA) o Ley de Seley.
El SGA es la consideración de la respuesta de estrés mantenida en el tiempo.
Cuando esta persiste se produce un *síndrome estereotipado* caracterizado por: Hiperplasia suprarrenal, atrofia del timo y ganglios linfáticos y signos de úlcera péptica junto a otros cambios.

El desarrollo completo del SGA incluye tres etapas:

1. Reacción de alarma: reacción del organismo cuando es expuesto repentinamente a estímulos a los que no está adaptado. Dos fases:
 - ◆ Fase de choque: reacción inicial e inmediata al agente nocivo (taquicardia, pérdida de tono muscular, disminución de la temperatura y de la presión sanguínea). La descarga de

adrenalina, corticotropina (ACTH) y corticoides son reacciones primarias de defensa que empiezan durante esta fase, aunque se hacen más evidentes en la siguiente.

- ◆ Fase de contrachoque: reacción de rebote (defensa contra el choque). Movilización de una fase defensiva: agrandamiento de la corteza suprarrenal con hiperactividad (incremento de corticoides), involución rápida del sistema timo-linfático, y signos opuestos a los de la fase de choque (hipertensión, hiperglucemia, hipertermia...)

Muchas de las enfermedades asociadas a estrés agudo corresponden a estas dos fases.

2. Etapa de resistencia: se produce una adaptación del organismo al estresor (mejora y desaparición de los síntomas, incluso inversión: de catabólico a anabólico). Se caracteriza por una resistencia aumentada al agente nocivo particular y una menor resistencia a otros estímulos.
3. Etapa de agotamiento: si el organismo continúa expuesto al estresor prolongadamente pierde la adaptación adquirida en la etapa de resistencia. Reaparecen los síntomas característicos de la reacción de alarma y puede significar la muerte del organismo.

El agotamiento llega si el estresor es suficientemente severo y prolongado.

Objeciones a la teoría de Selye:

- Aun siendo un modelo definido operacionalmente no está formulada de manera científica:
 - No establece las condiciones para que un estímulo pueda ser considerado estresor independientemente de sus efectos (efectos de estrés). Tautología.
- Problema referido al componente emocional del estresor y al concepto de inespecificidad (experimentos de **Mason**)

2. Crítica al concepto de inespecificidad

Para Selye, la respuesta al estrés es inespecífica. Se puede observar ante diversos estresores: frío, calor... Lo que tienen en común los estresores es que inducen activación.

Pero Mason demostró que las denominadas respuestas inespecíficas están producidas por estímulos emocionales por lo que es más apropiado hablar de activación emocional.

Lo que existe es una respuesta específica para todos los estímulos emocionales.

La respuesta de estrés = una respuesta, provocada por el factor psicológico, que acompaña a todos los agentes que amenazan la homeostasis del individuo.

Para ello necesitó separar los efectos psicológicos de los físicos. Utilizó el ayuno como estresor (también el ejercicio y el calor)

Resultados: el ayuno por sí solo es ineficaz para inducir activación del eje hipotálamo–hipófiso–suprarrenal. Es la condición psicológica que acompaña al ayuno la que provoca la estimulación de la respuesta de estrés.

Otra evidencia de la importancia de los factores psicológicos la aporta **Weiss**:

Con el paradigma experimental de “control uncido”: dos animales reciben, en un procedimiento de evitación activa, los mismos estímulos aversivos (descarga eléctrica) pero solo uno de ellos tiene la posibilidad de controlar la emisión de esos estímulos.

Resultados: los animales sin control (pasivos) presentaron mayor grado de patología: niveles elevados de corticosterona, lesiones gástricas...

→ la R. de estrés depende del control que el sujeto tiene sobre el estresor más que de sus características físicas .

3. Definición del estrés

Básicamente se ha asumido que el estrés implica dos conceptos: el estresor y la respuesta. Y se vincula primariamente a la respuesta.

En las definiciones basadas en la respuesta subyace la idea de que el estrés supone un estado especial del organismo caracterizado por el sobreesfuerzo.

El problema de algunos de estos enfoques ha consistido en entender que la respuesta es únicamente orgánica.

Las respuestas de estrés implican tanto a los factores fisiológicos y conductuales como a los cognitivos.

El estrés implica un proceso de reacción especial (sobreesfuerzo) ante demandas fundamentalmente de naturaleza psicológica.

B. TEORÍAS BASADAS EN EL ESTÍMULO

El estrés se localiza fuera del individuo, siendo el *strain* el aspecto correspondiente a la persona.

Desde esta orientación el estrés es una VI (vs el enfoque basado en la respuesta, donde es VD).

Según Cox, estos modelos son una analogía del modelo de la ingeniería basado en la *Ley de la elasticidad* de Hooke:

El estrés (la carga o demanda que se ejerce sobre el metal) produce deformación (distorsión) del metal (strain). Si el strain producido por el estrés cae dentro de los límites de la elasticidad del metal, cuando el estrés desaparece, el material retorna a su estado original. Pero si sobrepasa esos límites, los daños son permanentes.

Se entiende que la gente también posee límites de tolerancia al estrés pudiendo variar de unos individuos a otros. Por encima de tales límites el estrés empieza a hacerse intolerable y aparecen los daños fisiológicos y/o psicológicos.

¡¡ Esta orientación centrada en el estímulo es la que más se acerca a la idea popular del estrés.

Problema: delimitar las situaciones que pueden ser consideradas como de estrés. P.ej. Weitz señaló 8 categorías.

Estos modelos han tenido gran influencia en psicopatología durante las dos últimas décadas y pueden circunscribirse dentro del *enfoque psicosocial del estrés o enfoque de los sucesos vitales*.

El grupo de Holmes es uno de los principales responsables del desarrollo de esta orientación del estrés.

C. TEORÍAS BASADAS EN LA INTERACCIÓN (Lazarus y Folkman)

Las teorías interactivas o transaccionales (o enfoque mediacional cognitivo) maximizan la relevancia de los factores psicológicos (especialmente cognitivos) que median entre los estímulos (estresores) y las respuestas de estrés. El estrés se origina a través de las relaciones particulares entre la persona (como sujeto activo que evalúa, valora y decide) y su entorno.

Idea central: el concepto cognitivo de evaluación (appraisal). Según Lazarus es el mediador cognitivo de las relaciones de estrés.

La evaluación cognitiva es un proceso universal mediante el cual las personas valoran constantemente la significación de lo que está ocurriendo, relacionado con su bienestar personal.

La T^a de Lazarus distingue tres tipos de evaluación: primaria, secundaria y reevaluación:

1. Evaluación primaria: se produce en cada encuentro con algún tipo de demanda externa o interna. Primer mediador psicológico del estrés. Puede dar lugar a cuatro modalidades de evaluación:
 - a. Amenaza: anticipación de un daño que, aunque aún no se ha producido, su ocurrencia parece inminente.
 - b. Daño- pérdida: daño psicológico que ya se ha producido (pérdida irreparable).
 - c. Desafío: valoración de una situación que implica a la vez una posible ganancia positiva y una amenaza.
 - d. Beneficio: no induce reacciones de estrés.

A partir de las tres primeras formas de evaluación se puede deducir tres tipos de estrés: amenaza, pérdida y desafío.

¡¡El estrés no es un fenómeno unitario. Destierran la idea de que el estrés es meramente una forma de activación

2. Evaluación secundaria: valoración de los recursos para afrontar la situación. Esta valoración determinará que el individuo se sienta asustado, desafiado u optimista.
Los recursos de afrontamiento incluyen: las propias habilidades de coping, el apoyo social y los recursos materiales.
3. Reevaluación: implica procesos de feedback. Permite que se produzcan correcciones sobre valoraciones previas.

Lo que diferencia el modelo mediacional cognitivo de Lazarus de otras aproximaciones es la gran relevancia que se asigna a la evaluación cognitiva:

Es el factor determinante de que una situación potencialmente estresante llegue a producir o no estrés en el sujeto. Supone enfatizar la importancia de la persona como algo activo. Se trata en último término de un modelo procesual.

Han surgido otros modelos de corte interaccional que en esencia siguen a Lazarus. Uno de estos modelos es el “modelo transaccional del estrés” de Cox y Mackay.

Entienden el estrés como parte de un sistema cibernético dinámico (mecanismos de feedback).

El estrés se produce cuando se rompe el balance entre la percepción de la demanda y la percepción de la propia capacidad para hacer frente a esa demanda (percepción de la capacidad de afrontamiento).

Lo realmente importante es la *evaluación cognitiva* de la potencialidad estresante de la situación y de su habilidad para afrontarla.

D. MODELO PROCESUAL DEL ESTRÉS, de Sandín

Surge como intento de organizar las distintas variables relacionadas con el estrés.

(En la 2ª versión del modelo, Sandín deja de hacer la distinción de Lazarus entre evaluación 1ª y 2ª).

El modelo se desarrolla en siete etapas:

- 1. Demandas psicosociales:** se refiere a los agentes externos causales primariamente del estrés. Estos son:
 - Estresores ambientales: naturales y artificiales.
 - Estresores psicosociales: sucesos mayores (o sucesos vitales), menores (o estrés diario) y estrés crónico.
 - Un factor relacionado es el estatus socioeconómico: si es bajo = +estresores, -apoyo social y peores caract. personales.
- 2. Evaluación cognitiva:** se refiere a la valoración cognitiva (consciente o no) que hace de la situación. Suele implicar alguna forma de amenaza. Dos elementos importantes:
 - el tipo de amenaza suscitado (de pérdida, de peligro inminente o de desafío) que va a depender de las características de la demanda y/o del individuo.
 - Las características de la demanda: la valencia, la independencia, la predecibilidad y la controlabilidad.
- 3. Respuesta de estrés:**
Incluye:
 - Las respuestas fisiológicas: neuroendocrinas (catecolaminas y cortisol) y asociadas al SNA (activación del simpático e inhibición del parasimpático)
 - Las respuestas psicológicas: especialmente las respuestas emocionales (ansiedad, depresión), aunque también hay componentes cognitivos y motores.
- 4. Estrategias de afrontamiento (coping):** esfuerzos conductuales y cognitivos que emplea el sujeto para hacer frente a las demandas y para suprimir el estado emocional del estrés.

Estas son las 4 fases del proceso de estrés propiamente dicho. Estas fases, interaccionan constantemente en un proceso dinámico.

P.ej. Un afrontamiento eficaz podría influir sobre la valoración cognitiva de la situación.

Hay una relación muy estrecha entre el afrontamiento y los componentes psicológicos y fisiológicos del estrés: a veces se hace difícil distinguirlos.

El afrontamiento es una variable mediadora (¡no moderadora!) de la R. de estrés. Sirve para cambiar la situación de la que surgen los estresores. Es el elemento esencial que emplea el sujeto para hacer frente al estrés, pudiendo dirigir su acción tanto a los estresores como sus propias respuestas de estrés.

5. **Características personales:** variables que pueden influir sobre las etapas anteriores (ej. personalidad, factores hereditarios, sexo, raza, etc.). Determinan en gran medida la evaluación y también influyen en las estrategias de afrontamiento.
Constituyen los principales recursos personales de afrontamiento ante el estrés.
6. **Características sociales:** nos referimos al apoyo social, el nivel socioeconómico y las redes sociales.
 - Apoyo social: un recurso social de afrontamiento. Proporcionan asistencia instrumental, informativa y emocional. Es más importante lo percibido que lo recibido.
 - Redes sociales: la totalidad de los recursos sociales de los que puede disponer.
7. **Estatus de salud:** más que una fase se trata de un resultado. Depende del funcionamiento de las fases anteriores: un afrontamiento inadecuado, puede ser nocivo para la salud.

III. DEMANDAS PSICOSOCIALES (ESTRÉS PSICOSOCIAL)

Se diferencian dos tipos de demandas psicosociales o estrés psicosocial: sucesos vitales (o sucesos vitales mayores) y el estrés diario (o sucesos vitales menores).

A. SUCESOS VITALES

(A veces criticados por no explicar suficiente varianza respecto a la salud y por circunscribirse predominantemente a estudios retrospectivos → el estudio desde los sucesos menores)

1. El enfoque de los sucesos vitales: Nuevo marco teórico del estrés

El desarrollo de este enfoque se debe al grupo de T. H. Holmes, que recogen de Wolff y Meyer la noción de enfermedad como proceso biopsicosocial.

Meyer: interesado en la interrelación entre la biología, psicología y sociología en relación con los procesos de salud y enfermedad, desarrolló el *life chart* (historia vital): ficha personal en la que se describían las situaciones vitales ordenadas cronológicamente. Pretendía conocer el contexto psicosocial en el que aparecían las enfermedades.

Holmes, basándose en las ideas de Meyer, desarrolló un nuevo marco teórico y metodológico para investigar las relaciones entre el estrés y la enfermedad basada en los fenómenos psicosociales.

Su primera idea: Transformar, con la ayuda de N. Hawkins, la historia personal en una prueba de autoinforme → SRE (Inventario de Experiencia Reciente).

El grupo de Holmes publicó el primer método escalado para cuantificar el estrés psicosocial (*impacto psicosomático potencial*)

La SRE consistía en ítems sobre *sucesos vitales* seleccionados de entre los que habían resultado significativos en las historias personales y que parecían asociarse al inicio de las enfermedades.

Con la SRE intentó reflejar el “gravamen psicosocial” a que están sometidos los individuos con el fin de relacionarlo con la salud.

Para Holmes los sucesos vitales son eventos sociales que requieren algún cambio respecto al habitual ajuste del individuo pudiendo primariamente evocar reacciones fisiológicas.

La principal propiedad aceptada como definitoria de los sucesos vitales es el cambio.

Los sucesos vitales podrían denominarse *cambios vitales*. Y a mayor cambio, mayor probabilidad de enfermar.

→ ii Se sustituye el modelo clásico de causa unifactorial de la enfermedad (agente patógeno) por un enfoque complejo y multidisciplinar (bio-psico-social). Este es uno de los aspectos más importantes de la orientación psicosocial del estrés.

(Nota: evitar la denominación de “sucesos vitales estresantes”. Es una tautología)

2. Sucesos vitales múltiples (vs aproximación de evento único)

Holmes introdujo la aproximación basada en el estudio de sucesos múltiples. Pensó que el estrés que experimenta una persona debe obedecer a múltiples sucesos.

- Estudia (retrospectivamente) el impacto de los sucesos vitales recientes (p.ej. 2 años) en la salud.
- SRE (Inventario de Experiencia Reciente) es el primer instrumento psicométrico desarrollado por el grupo de Holmes, incluye una lista de sucesos vitales en la que el sujeto debe señalar los que le han ocurrido en un período reciente (2 o 3 años).

Después publican la SRRS (Escala de Estimación del Reajuste Social): método psicométrico de estimación del reajuste social mediante unidades de cambio vital (UCV).

Se trata de asignar un valor a cada suceso vital.

La SRRS incluye una lista de 43 sucesos ordenados según su valor en UCV.

El grupo de Holmes llevó a cabo numerosos estudios en los que demostraron que muchos de estos sucesos precedían al desarrollo de trastornos físicos y psicológicos.

La SRE sigue siendo el instrumento de evaluación del estrés psicosocial más empleado. Aún así, varios autores han señalado algunos problemas de este modelo:

1. El método de ponderación no tiene en cuenta el impacto diferencial de los sucesos sobre los distintos individuos.
2. La ambigüedad en la descripción de los sucesos vitales (demasiado simples).
3. La limitación del muestreo (lista demasiado corta y poco representativa).
4. Sesgos individuales.

→ Aparecieron nuevos cuestionarios para intentar mejorar la validez y fiabilidad:

- a) Aparecieron nuevos cuestionarios incluyendo mayor número de ítems.
- b) Otros introducen sistemas de valoración del propio sujeto: LES (Escala de Experiencias Vitales) y CSV (Cuestionario de Sucesos Vitales) de Sandín y Chorot.
- c) Otros mejoraron el procedimiento descriptivo de los sucesos y el sistema de registro (entrevista estructurada contextual o semiestructurada)

CSV actual consta de 65 sucesos vitales referidos a 9 áreas (trabajo, lo académico, salud, amor - matrimonio/pareja, familia – hijos, social, legal, finanzas y residencia). Permite medir la ocurrencia de

sucesos vitales, el grado de estrés percibido y la valoración de los sucesos como positivo/negativo y esperado/inesperado.

3. Sucesos vitales y salud

Como hemos visto, la cuantificación del estrés se hace a través de la medida de los sucesos vitales. Estos pueden evaluarse:

- En cuanto a su ocurrencia
 - Sobre la base de sistemas escalonados (UCV)
 - Ponderados por el propio individuo (UCV)
- A mayor puntuación en UCV, mayor riesgo de desarrollar un trastorno.

El grupo Holmes sugiere el siguiente criterio referido al último año transcurrido:

- 300 o más UCV = 80% de posibilidad de enfermar en un futuro cercano.
- 150 - 299 UCV = 50%...
- Menos de 150 UCV = 30%...

En principio, las UCV se cuantificaban solo de manera objetiva, pero después se incluyeron variables psicológicas mediadoras, como la percepción que tiene el sujeto del suceso.

Además:

- Rahe y Arthur desarrollaron una versión modificada de la SRE para evaluar las UCV subjetivas. Y presentan un modelo de 6 etapas que relaciona los cambios vitales con la enfermedad:

Situación vital → 1. Percepción → 2. Defensas psicológicas → 3. R. psicofisiológica → 4. Afrontamiento/manejo de la respuesta → 5. Conducta de enfermedad → 6. Medida de la enfermedad

- Un enfoque complementario es el de *role strain*: Los sucesos vitales, más que generar cambios en el organismo, producen un cambio en los patrones en curso de la vida de la gente. Los sucesos actúan sobre la salud a través de problemas o dificultades, y no de forma directa.

B. SUCESOS MENORES (ESTRÉS DIARIO)

Lazarus y cols. han puesto su atención en los sucesos diarios, micro eventos o sucesos menores: sucesos de menor impacto, pero mucho más frecuentes. Tanto el estrés menor (*fastidios* o *hassles*), como las satisfacciones de la vida cotidiana (*placeres* o *uplifts*), poseen mayor significado para la salud que los sucesos vitales.

Hassles: fastidios, contrariedades o suceso negativos. Consisten en demandas irritantes, frustrantes, estresantes. Incluyen:

1. Problemas prácticos fastidiosos: perder o romper cosas, atascos, no disponer de dinero...
2. Sucesos fortuitos: inclemencias del tiempo...
3. Contrariedades de interrelación social: discusiones.

Uplifts: satisfacciones y experiencias positivas (manifestaciones amorosas, recibir buenas noticias...)

Kanner y cols.: los sucesos positivos también deberían estar relacionados con la salud, podrían estar actuando como amortiguadores emocionales del estrés. Pero los datos empíricos son escasamente consistentes.

Los datos obtenidos con los sucesos diarios negativos han resultado más relevantes.

Algunos trabajos señalan que son mejores predictores de los trastornos físicos y psicológicos que los sucesos vitales.

Lo que parece ajustarse mejor a la realidad es que ambos tipos de sucesos, sucesos vitales y estrés diario (sucesos menores negativos), contribuyen de forma interactiva.

Los sucesos vitales pueden inducir nuevos sucesos diarios; estos actuarían como mediadores entre los sucesos vitales y las respuestas de estrés.

Además de las escalas de Lazarus, Sandín y Chorot han desarrollado el Cuestionario de Estrés Diario (lista de 44 sucesos) para población española.

La evaluación del estrés diario facilitará la obtención de datos de forma longitudinal, lo que será de enorme utilidad para establecer relaciones causales y de covariación.

Algunos problemas metodológicos:

- cierta dificultad para distinguir entre un suceso vital o un suceso diario. Puede darse cierto solapamiento entre ambas escalas
- La posible confusión de medidas.

Hipótesis de Watson y Pennebaker: muchas de las medidas por autoinforme del estrés conllevan un sesgo. Los sujetos con mayor grado de afecto negativo tienden a reflejar mayor grado de estrés en los cuestionarios.

IV. EVALUACIÓN COGNITIVA

La importancia de la evaluación cognitiva del estímulo potencialmente estresante fue incorporada a la psicopatología del estrés por Lazarus.

Los experimentos de Weiss demostraron la importancia del control percibido por parte el sujeto en situaciones de estrés: solo los animales que no poseían control desarrollaban úlcera péptica.

Se ha sugerido que el *control percibido* reduce las respuestas de estrés a través de dos mecanismos:

1. La ganancia de información: incremento de la predecibilidad del estresor y anticipación del evento aversivo.
2. La respuesta anticipatoria: preparación cognitiva para un suceso, implicando la interpretación y evaluación del suceso. Prepara al organismo para hacer frente a la situación amenazante, anticipándose a la llegada del estresor.

Así pues, el control percibido o “ilusión de control” se considera un mediador importante en la respuesta de estrés. Es más importante que el control real.

La importancia de incorporar variables ps. asociadas a la evaluación cognitiva, se ve también en los cuestionarios de sucesos vitales que comienzan a incluir variables de estrés percibido o malestar personal (distress) o características como la deseabilidad, controlabilidad, negatividad, predecibilidad, novedad, in/dependiente. Según cómo se evalúen estas variables puede variar el efecto del suceso vital.

Cuando se perciben los sucesos como negativos, incontrolables, impredecibles, independientes e indeseables suelen perturbar la salud.

En la valencia de las dimensiones hay una interacción variable entre el tipo de situación y la valoración que hace la persona.

V. AFRONTAMIENTO DEL ESTRÉS

El término de afrontamiento o **coping** se ha empleado con diferentes sentidos:

- como una supresión o reducción del estado de estrés, es decir, como un resultado. Cuando desaparece la respuesta fisiológica de estrés, se dice que existe coping. Es la posición de Levine, Weinberg y Ursin. Pero según Lazarus, esta concepción confunde el proceso con el resultado.
- como los esfuerzos (cognitivos y conductuales) que hace el individuo para hacer frente a la respuesta de estrés (tanto a las demandas como al estado emocional). Postura actual.
- En psicofisiología:
Afrontamiento = formas de orientar la conducta hacia estresores de laboratorio.

En un paradigma de condicionamientos clásico se induce afrontamiento pasivo (el sujeto no puede hacer nada para controlar el estímulo estresor) → incremento en la presión sanguínea diastólica.

ii el coping pasivo → úlceras gastrointestinales, hipertensión, tumores, indefensión-depresión.

En un procedimiento de evitación, se induce afrontamiento activo → incremento en la tasa cardíaca y de la presión sistólica.

ii Los efectos fisiológicos que acompañan al afrontamiento activo pueden ser importantes en el desarrollo de la cardiopatía coronaria y la hipertensión esencial.

NOTA: otros términos sinónimos de la ecuación activo-pasivo son: lucha-huida/conservación-retraimiento, aproximación/evitación...

El afrontamiento se relaciona con las dimensiones de evaluación cognitiva resultando a veces difícil de separar ambos componentes.

Sabemos que el afrontamiento juega un papel importante como mediador entre los estresores y la salud, pero falta un modelo teórico que lo integre y lo evalúe.

El desarrollo teórico y metodológico del concepto de afrontamiento podría agruparse en dos aproximaciones distintas:

1. Como estilo personal de afrontar el estrés (estilos de afrontamiento). Relativamente estable.
2. Como proceso.
(Luego se añade una 3ª: Estrategias básicas de afrontamiento)

A. Como ESTILOS DE AFRONTAMIENTO

Antecedentes: La teoría psicoanalítica con su concepto de defensas del yo para referirse a los mecanismos psicológicos defensivos que emplea el sujeto para hacer frente a los agentes que atentan contra su integridad.

Los estilos de afrontamiento se han formulado partiendo de la base de que se trata de disposiciones personales para hacer frente a las distintas situaciones estresantes.

Cuatro modelos:

1. Modelo del Represor – Sensibilizador. Autor: Byrne

- El represor tiende a la negación y evitación.

- El sensibilizador es más vigilante y expansivo.

En la investigación de Hofer, Wolff, Friedman y Mason sobre las estrategias de afrontamiento de padres cuyos hijos padecían leucemia, se encontró que:

- Los padres represores (interiorizaban el problema) tenían MÁS niveles de 17-OHCS que los demás padres.
- Padres no represivos (personas más expansivas con tendencia a exteriorizar los problemas) tenían MENOS niveles de 17-OHCS.

Para Byrne, la estrategia defensiva de los individuos al estrés puede localizarse en algún punto de la dimensión bipolar represión/sensibilización (constructo unidimensional del afrontamiento).

- Los represores informan que experimentan baja ansiedad ante el estrés, pero dan elevadas respuestas fisiológicas.
Aunque tb es verdad que podría existir personas con baja ansiedad real. (Esto nos lleva al modelo 2)
- Los sensibilizadores informan de mayor grado de ansiedad que el reflejado en sus respuestas fisiológicas.
Aunque tb es verdad que podría existir personas con alta ansiedad real. (Esto nos lleva al modelo 2)
- Se ha sugerido que utilizan códigos defensivos opuestos: los represores niegan psicológicamente la ansiedad, mientras que los sensibilizadores la incrementan. Ambos responden al estrés de forma estereotipada, en lugar de establecer respuestas apropiadas a las demandas de la situación.

2. Weinberger, Schwartz y Davidson

Estudios experimentales: recogida de R. fisiológicas ante estresores de laboratorio, combinándolo con autoinformes de ansiedad (AA) y deseabilidad social (DS. La iguala a defensividad).

→ 4 tipos de afrontamiento del estrés:

1. Represor: +DS y – AA
2. No defensivo-ansioso: -DS y +AA
3. No defensivo-no ansioso: - DS y –AA
4. Defensividad ansiosa: + DS y +AA

Puntuaciones altas en DS:

- El represor: emite altas respuestas fisiológicas ante estímulo estresores, aunque informa que experimenta baja ansiedad (reduce la ansiedad de forma defensiva).
- Defensividad ansiosa: bajas respuestas psicofisiológicas, a pesar de informar de altos niveles de ansiedad (incrementa la ansiedad defensivamente)

Puntuaciones bajas o medias en DS:

- Los tipos no defensivos: correlacionan las respuestas fisiológicas con el autoinforme de ansiedad (afrontan el estrés con verdadera ansiedad informada, alta o baja).

3. Modelo de los estilos cognitivos *monitoring* y *blunting*. Autor: Miller

Este modelo se basa en el modo en el que los individuos procesan la información para reducir las reacciones de estrés concomitante. Distingue dos tipos de estilos:

1. *Monitoring* (o incrementador): grado en que un individuo está alerta y sensibilizado respecto a la información relacionada con amenaza.
Los incrementadores tienden a valorar como amenazantes las situaciones ambiguas, atienden más a las situaciones negativas.
2. *Blunting* (o atenuador): grado con que el individuo evita o transforma cognitivamente la información de amenaza.

Evalúan las preferencias que las personas tienen por la información y la distracción mediante la escala MBSS.

Estos estilos pueden ser más o menos adaptativos en función del tipo de situación estresante (controlabilidad de la situación):

- El estilo –incrementador y +atenuador es efectivo (-ansiedad y –frustración) en situaciones incontrolables o ante frustración aversiva por demora de gratificación, pero interfiere la ejecución de acciones instrumentales.
- El estilo +incrementador y –atenuador es efectivo ante situaciones controlables (ej. Evitación activa), pero en situaciones incontrolables incrementa la ansiedad y la frustración

4. Kohlmann

Basándose en los constructos de deseabilidad social, incrementador/atenuador y sensibilizador/represor, ha propuesto cuatro patrones de afrontamiento:

1. **Modo vigilante rígido:** personas con alta vigilancia y baja evitación (“sensibilizadores”). Tendencia a buscar información sobre el estresor para configurar una imagen mental de confrontación anticipada, ya que se estresan primariamente por la experiencia de incertidumbre respecto a una situación amenazante.
2. **Modo evitador rígido:** personas con baja vigilancia y alta evitación (“represores”). La activación emocional producida por las señales anticipatorias de la confrontación produce gran nivel de amenaza al sujeto, por lo que tienden a prestar poca atención a las características amenazantes del estresor.
3. **Modo flexible:** *uso flexible de estrategias relacionadas con la situación.* Personas “no defensivas” (baja vigilancia y baja evitación). No les cuesta tolerar ni la posibilidad de incertidumbre ni la sorpresa negativa de una posible activación emocional. Marcada orientación hacia los requerimientos situacionales que prevalecen en cada momento.
4. **Modo inconsistente:** *afrontamiento ineficaz (inestable).* Con alta vigilancia y alta evitación (“personas ansiosas”). Se estresan tanto por la incertidumbre como por las señales anticipatorias. Cuando intenta alejarse del estresor para reducir su ansiedad, se produce incremento de la incertidumbre con el consecuente incremento de estrés.

B. EL AFRONTAMIENTO COMO PROCESO

Lazarus: como los esfuerzos cognitivos y conductuales *en curso* para manejar el estrés psicológico.

Esta consideración implica asumir los siguientes principios:

1. El procesamiento debe separarse de los resultados.
 - El término se emplea indistintamente de que el proceso sea adaptativo o inadaptativo, eficaz o ineficaz.
 - No existen procesos de afrontamiento universalmente buenos ni malos, depende de muchos factores.
 - P. ej.: la negación parece ser adaptativa durante la fase de cuidados hospitalarios en pacientes que han sufrido un infarto, pero no después.
2. El afrontamiento depende del contexto (más que como disposición estable)
3. Unas estrategias de afrontamiento son más estables y consistentes que otras.
 - P.ej. es más estable la reevaluación positiva que la búsqueda de apoyo social
4. Al menos existen dos focos principales de afrontamiento: focalizada en el problema y focalizada en la emoción.
 - a) Focalizado en el problema: cambiar la relación ambiente-persona actuando sobre el ambiente o sobre sí mismo. Se trata de manejar o alterar la fuente generadora de estrés.
 - b) Focalizado en la emoción: cambiar el modo en que se trata o interpreta lo que está ocurriendo. Se trata de regular la respuesta emocional del estrés.Ambas formas de afrontamiento pueden facilitarse mutuamente, pero también pueden interferirse.
5. El afrontamiento depende de la evaluación respecto a que pueda o no hacerse algo para cambiar la situación:
 - a) Si la valoración dice que sí: predomina ... en el problema
 - b) Si la valoración dice que no: predomina ... en la emoción.

Lazarus y su grupo han elaborado instrumentos psicométricos basados en entrevistas o autoinformes para evaluar el afrontamiento (“qué piensa/hace”). Pero no hay un claro acuerdo sobre las dimensiones que pueden obtenerse mediante el análisis factorial de los ítems.

P. ej. Han referido 8 dimensiones de afrontamiento del Ways of Coping Questionnaire (WCQ):

- Focalizadas en el problema: confrontación y planificación de solución de problemas.
 - Focalizadas en la emoción: distanciamiento, autocontrol, aceptación de la responsabilidad, escape-evitación y revaloración positiva.
 - Mixta: búsqueda de apoyo social.
- (Ver tabla pág 21)

ii La ansiedad y la depresión se han relacionado positivamente con el uso de estrategias focalizadas en la emoción, y negativamente con el uso de estrategias focalizadas en el problema.

Aún asumiendo que la eficacia puede variar según el contexto, Lazarus dice que:

- La planificación de la solución de problemas y la reevaluación positiva suelen asociarse a resultados positivos.
- El distanciamiento y la confrontación, con resultados negativos.
- Las restantes estrategias aportan datos menos discriminativos (varían más en función de las demandas contextuales).

C. ESTRATEGIAS BÁSICAS DE AFRONTAMIENTO

Es una orientación no procesual del afrontamiento, pero basada en las ideas metodológicas de Lazarus.

Para el grupo de Lazarus las estrategias de afrontamiento pueden ser estables a través de distintas situaciones estresantes. Y muchos han empleado sus métodos psicométricos (ej. WCQ) aplicándolos como una medida de rasgo (no

con orientación procesual), modificando las instrucciones de la respuesta (preguntando “cómo afronta usualmente el estrés” en vez de “cómo afronta encuentros específicos con el estrés”).

Esta orientación difiere de la aproximación de estilos de afrontamiento por implicar una metodología distinta, una concepción más tendente a la multidimensionalidad y no implicar aspectos asociados al concepto de defensas del yo.

Desde esta perspectiva, el afrontamiento se entiende como esfuerzos conscientes para manejar el estrés (no se admiten los procesos inconscientes).

Las dimensiones del afrontamiento se consideran como disposiciones generales que llevan al individuo a pensar y actuar de forma más o menos estable ante diferentes situaciones estresantes.

Törestad, Magnusson y Oláh:

- El afrontamiento viene determinado tanto por la situación como por la persona. Existe interacción entre ambos factores.
- Inventario SR (MSMRI)
- Mostraron evidencias sobre la estabilidad del afrontamiento.
Los individuos tienden a usar estrategias de afrontamiento transituacionalmente.

- Categorizan el afrontamiento según tres dimensiones: constructivo, pasivo y de escape.
 - 1.** Constructivo : acciones dirigidas de manera directa y confrontativa (focalización en el problema de Lazarus).
 - 2.** Pasivo: soluciones dirigidas a la emoción. Nada puede hacerse por cambiar la situación o moverse de ella.
 - 3.** De escape: salirse del campo física o psicológicamente(Las dos últimas dimensiones se corresponden con la focalización en la emoción de Lazarus).

Endler y Parker:

- Hipótesis: las personas tienen preferencias en el empleo de estrategias de afrontamiento independientemente de las situaciones de estrés.
- Desarrollaron un nuevo cuestionario de evaluación del afrontamiento: El Multidimensional Coping Inventory (MCI).
- Aislaron tres dimensiones de afrontamiento: afrontamiento orientado hacia la tarea, la emoción y la evitación.
 - o La subescala tarea correlacionaba positivamente con las dimensiones focalizada en el problema y reevaluación positiva de Lazarus
 - o Y las subescalas emoción y evitación lo hacían con focalizado en la emoción.
 - o Las tres subescalas correlacionan positivamente con búsqueda de apoyo social

- Según estos autores:
 - El afrontamiento focalizado en el problema es una orientación hacia la tarea.
 - El afrontamiento centrado en la emoción es una orientación hacia la persona: incluye respuestas emocionales, autopreocupaciones y reacciones fantásticas.
 - La evitación incluye bien estrategias orientadas hacia la persona, bien orientadas a la tarea.

El afrontamiento de Endler y Parker se define desde un modelo tridimensional (la tarea, la emoción y la evitación) que contrasta con el modelo bidimensional de Lazarus (problema, emoción) y que es equiparable al de Törestad y cols. (constructivo, pasivo y de escape).

La tridimensionalidad supone separar la categoría de escape/evitación de la dimensión general de “afrontamiento focalizado en la emoción”

Sandín y Chorot:

A través del CAE (también separan escape/evitación) constatan la asociación de algunos ítems a ambas dimensiones (p.ej. modos de afrontamiento fantástico satura tanto lo emocional como la evitación)

Con la nueva versión del CAE han logrado una estructura factorial muy robusta: 7 dimensiones (sin solapamiento) agrupadas en 2 únicas dimensiones más generales: afrontamiento racional y afrontamiento focalizado en la emoción.

Aunque guarda semejanzas con el modelo de Lazarus, también hay diferencias. P. ej. En el factor de afrontamiento racional saturaban, además del afrontamiento focalizado en la solución de problema, otras dimensiones como la búsqueda de apoyo social y la reevaluación positiva.

Roger y cols:

- Confirman la existencia de las dimensiones primarias de Endler y Parker (tarea o racional, emoción y evitación) y lo amplían aislando un cuarto factor: afrontamiento de separación o independencia (desengancharse de la situación estresante).

El sentimiento de separación no implica negación ni intentos de evitar el estrés.

Los ítems incluidos en esta dimensión: soñar sobre tiempos pasados cuando las cosas eran mejores, hablar del problema lo menos posible, tratar de olvidarse del problema...

- Argumentan que cuando el individuo está menos implicado sentimentalmente con el evento, el afrontamiento suele ser más efectivo.
- Hallan:
 - Correlaciones positivas entre la dimensión de separación o independencia afectiva y la estrategia orientada racionalmente (tarea). Son estrategias adaptativas.
 - Correlaciones positivas entre las estrategias de emoción y de evitación. Son estrategias desadaptativas.
- ¡¡ Puede que la estrategia de afrontamiento de separación o independencia se solape con la estrategia de evitación y emoción → Son necesarios más estudios

Moos, Cronkite, Billings y Finney (modelo integrador):

Categorización del afrontamiento según dos dimensiones: método y focalización.

1. Desde el punto de vista del método empleado, puede ser:

- a. Activo – cognitivo: p. ej. redefinir la situación
- b. Activo – conductual: p. ej. acciones comportamentales para modificar la situación
- c. Evitación: p. ej. distanciarse de la situación

2. Desde el punto de vista de la focalización de las respuestas, puede ser:

- a. Focalizado en la evaluación: p.ej. análisis lógico
- b. Focalizado en el problema: p.ej. solución de problemas
- c. Focalizado en la emoción: p.ej. descarga emocional

Feuerstein y cols

- Parten del modelo teórico de Moos
- Clasifican las respuestas de afrontamiento según el método (activas o de evitación), la

focalización (problema o emoción) y la naturaleza (cognitivo o conductual) = 8 categorías
grales.

VI. LA RESPUESTA DE ESTRÉS

La R. de estrés suele implicar:

- Respuestas fisiológicas
- Respuestas emocionales negativas o distress (aunque no siempre)
- Otras respuestas psicológicas asociadas (R. cognitivas y conductuales)

A. RESPUESTAS FISIOLÓGICAS

Establecidas inicialmente por Selye:

- Activación de los sistemas hipotálamo-hipófiso-corticosuprarrenal y médulo-suprarrenal.
- Activación del SNA simpático.

Posteriormente, Mason estableció la idea de totalización neuroendocrina (over-all): el sistema neuroendocrino responde a los estresores en forma de patrones de respuesta totalitarios, implicando a cualquier sistema neuroendocrino del organismo.

El sistema neuroendocrino es extremadamente sensible a los estresores. Y su respuesta implica prácticamente a cualquier hormona.

Aisló dos patrones diferentes de respuesta hormonal:

Primer patrón	Segundo patrón
Rápida subida de los niveles de las siguientes hormonas: 17-OHCS, adrenalina, noradrenalina, tiroxina y hormona del crecimiento.	Caída inicial del nivel de: andrógenos, estrógenos e insulina
Temporalmente perfil monofásico (ascenso/recuperación).	Perfil bifásico (descenso/ascenso).
La actividad de la hormona tiroidea es la que permanece incrementada durante más tiempo (incluso cuando la exposición al estresor se ha interrumpido).	
Las hormonas implicadas tienen efectos catabólicos sobre el organismo. Respuesta global ergotropa.	Las hormonas implicadas inducen efectos anabólicos sobre el organismo. Respuesta global trofotropa.

La vasopresina y aldosterona no se han vinculado a estos patrones.

Mason interpreta estos patrones en términos del principio de inhibición recíproca. La activación de los procesos catabólicos y la inhibición de los anabólicos poseen efectos directos para la adaptación del organismo sometido a estrés.

Actualmente no existe duda sobre la idea de que posiblemente no existe una sola hormona que no se vea modificada ante el estrés.

Por otro lado, no todas las R. hormonales al estrés son de tipo activador. Esto varía según el sistema neuroendocrino implicado. P.ej.:

- Las hormonas suprarrenales, tiroideas, hormona del crecimiento y otras hormonas hipofisarias (ej. Vasopresina) incrementan la liberación hormonal.
- Las hormonas sexuales y la insulina frenan la secreción hormonal.

Y también hay efectos de interacción. P.ej.:

- Las hormonas tiroideas facilitan el efecto de las catecolaminas
- La hormona del crecimiento puede inducir efectos diabetógenos al debilitar el efecto de la insulina.

Además, las respuestas fisiológicas asociadas al estrés no se reducen a la activación /inhibición de las variables neuroendocrinas y del sistema nervioso, implican a múltiples componentes del organismo.

B. RESPUESTA PSICOLÓGICA

La principal respuesta psicológica asociada al estrés es de tipo *emocional*.

La reacción del organismo bajo el estrés tiene como finalidad restaurar su funcionamiento normal.

La emoción es activada junto a los cambios fisiológicos (“síndrome de estrés”) cada vez que el estrés es psicológicamente experimentado.

Un fenómeno común en la respuesta de estrés es la sensación subjetiva de malestar emocional (distress o strain o tensión)

El tipo de emociones que suelen acompañar a la experiencia de estrés son emociones negativas (ansiedad, ira, miedo, depresión...). Serán unas u otras dependiendo de las circunstancias del individuo, de la situación y también en función de la dimensión agudo/crónico:

- Agudo: ansiedad/miedo
- Crónico: depresión

Pero las respuestas psicológicas asociadas al estrés no son únicamente emocionales, también se producen respuestas cognitivas y conductuales.

Al considerar las respuestas cognitivas y conductuales independientes de la emoción, nos encontramos con problemas teóricos y metodológicos:

1. Las respuestas cognitivas y conductuales que emite el organismo en estado de estrés constituyen modos de afrontamiento. Ciertas respuestas cognitivas consisten en formas de valoración de la amenaza.
2. La emoción posee también componentes cognitivos y conductuales.

P.ej. La preocupación, la pérdida de control percibido y la negación son tres tipos de respuestas cognitivas señaladas frecuentemente. Pero propiamente hablando:

- La preocupación es un componente cognitivo de la emoción.
- La pérdida de control percibido es una faceta de la reevaluación cognitiva.
- La negación una estrategia de afrontamiento

Algo parecido ocurre con las respuestas conductuales (motoras): el uso de drogas y la conducta agresiva son dos formas de respuesta del estrés.

Sin embargo ambas son consideradas como forma de afrontamiento:

- Uso de drogas: de escape o evitación.
- La conducta agresiva: expresión emocional
- La expresión de la ira: forma conductual de la emoción de la ira.

Existe una estrecha interrelación entre respuestas fisiológicas y emocionales del estrés y el afrontamiento.

El afrontamiento es un mediador fundamental de la respuesta emocional:

- Estrategias tales como la planificación de solución de problemas y la reevaluación positiva se han asociado a cambios emocionales favorables: de estados negativos a positivos.
- Estrategias como la confrontación y el distanciamiento han correlacionado con cambios emocionales desfavorables: de estados negativos a más negativos.

Los datos basados en estudios longitudinales sugieren una relación causal entre afrontamiento y variables emocionales.

VII. APOYO SOCIAL

El apoyo social constituye los recursos sociales para el afrontamiento.

Apoyo social debe incluir varios elementos primarios:

1. Dirección: según sea aportado o recibido o ambos.
2. Disposición: disponibilidad en cantidad y calidad, y utilización real de los recursos
3. Descripción/evaluación.
4. Contenido: emocional, instrumental, informativo o valorativo
5. Redes sociales que constituyen la fuente del apoyo

Por la propia amplitud e indeterminación conceptual del término, las aproximaciones metodológicas existentes presentan notables variaciones.

Desde el punto de vista de su relación con la salud, es más relevante el apoyo social percibido que el apoyo social real.

Vaux, Riedel y Stewart:

Desarrollan la escala Social Support Behavoirs (SS-B) para evaluar el apoyo social percibido.

Aborda cinco modos de apoyo social percibido (de familia y de amigos, separadamente).

1. Apoyo emocional.
2. Socialización.

3. Asistencia práctica.
4. Ayuda financiera.
5. Consejo/ayuda.

El problema de esta escala es que es muy extensa (45 ítems x2) → CBAS (12x2) de Sandín que mide 4 factores:

1. Apoyo económico
2. Apoyo emocional
3. Valoración/aprecio
4. Consejo/orientación

Los datos muestran que el apoyo social se relaciona con la salud psíquica y física. El apoyo social favorece la salud:

- Relaciona negativamente con el comienzo de enfermedades
- Facilita la recuperación de pacientes con algún trastorno.

Discusión actual: si los efectos del apoyo social se deben a:

- Acción amortiguadora del estrés (*buffering effects model*)
 - Acción directa sobre la salud independientemente que exista o no estrés (*direct effects model*)
- Hay datos a favor de ambas.

A) Según el modelo de amortiguación:

- El apoyo social actúa protegiendo al individuo durante los momentos de estrés, potenciando su adaptación.
- El apoyo social puede reducir el impacto del estrés:
 1. Eliminando o reduciendo el propio estresor.
 2. Reforzando la capacidad del individuo para hacer frente al estresor.
 3. Atenuando la experiencia del estrés.

Actualmente la hipótesis de la amortiguación ha sido más ampliamente probada. Pero hay dos interpretaciones diferentes: la hipótesis moderadora y la hipótesis supresora.

1. Hipótesis moderadora

- Predice una interacción entre el estrés psicosocial y el apoyo social sobre el bienestar.
- Asume que la correlación entre el estrés y el apoyo social es baja o nula (son independientes).

2. Hipótesis supresora

- Relación aditiva entre el estrés, el apoyo social y el bienestar.
- El nivel de apoyo social es dependiente del nivel de estrés.
- Los efectos directos del estrés son minimizados por el efecto indirecto del apoyo social.
- El estrés correlaciona con el apoyo social: el estrés incrementa el apoyo social.

B) Hipótesis de los efectos directos:

- Presupone que el apoyo social ejerce efectos positivos primarios sobre la salud, siendo estos efectos independientemente de los efectos del estrés.
- El estar integrado en grupos facilita experiencias individuales positivas (autoestima, afecto positivo, sensación de control...), que protegen al individuo de los trastornos físicos y mentales, a través de distintos mecanismos psicobiológicos (p.ej. mejorando funcionamiento inmunológico).

- Los efectos directos se determinan más apropiadamente cuando el apoyo social es definido en función del grado con que una persona está integrada en las redes sociales.

(vs) Los efectos indirectos (amortiguación) se determinan más fácilmente cuando el apoyo social es operativizado según los recursos sociales disponibles en un contexto estresante.

Algunos estudios sugieren que las características negativas del apoyo social correlacionan en mayor grado que las características positivas con medidas de apoyo percibido y síntomas. Así:

La ausencia de relaciones íntimas es un factor de riesgo para desarrollar depresión (aun en ausencia de sucesos vitales estresantes). Ej: buenos/malos (25%) matrimonios.

VIII. VARIABLES PERSONALES DE PREDISPOSICIÓN

Son variables que modulan las reacciones del individuo ante situaciones estresantes y que explican posibles diferencias individuales a las reacciones de estrés.

Tipos de conexión entre las variables de personalidad y los trastornos asociados al estrés:

- La personalidad puede influir sobre la salud a través de mecanismos fisiológicos directos (reactividad cardiovascular) o indirectos (modulación del sistema inmune).
- Las características de la personalidad pueden potenciar la enfermedad al potenciar conductas no saludables (consumo de alcohol).
- Ciertos aspectos de la personalidad pueden aparecer como resultado de procesos asociados a la enfermedad (dependencia).

A. ESTRÉS Y CARACTERÍSTICAS PERSONALES

En tabla pág 29 (¡miradla!) aparecen variables disposicionales como factores moduladores (+, -) de la relación entre el estrés y la enfermedad. Así:

- Potenciadoras de la salud: hardiness, optimismo, sentido del humor, motivación de sociabilidad y autoestima, sentido de coherencia y resiliencia.
- Facilitadoras de la enfermedad: reactividad al estrés, conducta tipo A, hostilidad, cinismo, antagonismo, alexitimia, personalidad tipo C, estilo represor y motivación de logro.

Respecto a los tipos de reacción al estrés existen tipos:

- Protectores: tipo 3 y 4
- Perjudiciales: tipos 1,2,5 y 6

Por otro lado, las dimensiones extroversión y el neuroticismo se asocian al cáncer y a otros trastornos, si bien de forma más indirecta.

Definiendo conceptos.

Alexitimia:

- Característica personal que consiste en una discapacidad para describir verbalmente la experiencia emocional. Alteración cognitivo/ afectiva.
- Está relacionada con el desarrollo de enfermedades físicas (trastornos respiratorios) y con la presencia de quejas somáticas.
- No es unidimensional, se han aislado cuatro dimensiones:
 1. Dificultad para identificar emociones.
 2. Dificultad para comunicar emociones.
 3. Reducción de ensueños y fantasías.
 4. Pensamiento orientado externamente.

- Relaciones entre estas dimensiones y los tipos de reacción al estrés de Grossarth–Maticsek y Eysenck:
 1. La puntuación global de alexitimia correlaciona positivamente con Tipo 1 y Tipo 5.
 2. El tipo 4 correlaciona negativamente con las dimensiones de alexitimia.
 3. La dimensión relacionada con la dificultad para identificar sentimientos parece ser un factor de riesgo general psicósomático, ya que se asocia positivamente a todos los tipos no saludables de reacción al estrés

Hardiness:

- Resistencia o dureza ante el estrés.
- Kobasa: tendencia de orientación optimista ante el estrés caracterizada por implicar tres conceptos:
 1. **Compromiso:** habilidad para creer en y reconocer los propios valores, las metas y prioridades, apreciar la propia capacidad y lo que uno hace, y la tendencia a implicarse en las diferentes situaciones vitales con un sentido general de propósito. Las personas comprometidas poseen un sistema de creencias que minimiza la percepción de amenaza ante los diferentes sucesos vitales.

 2. **Desafío (challenge):** la tendencia a valorar las situaciones estresantes como un desafío es más saludable que la tendencia a hacerlo como una amenaza. El desafío es entendido como una oportunidad y un incentivo para el desarrollo personal. Son personas cognitivamente flexibles y con buena tolerancia a la ambigüedad.

 3. **Control:** la sensación personal de control facilita la adaptación ante las situaciones estresantes y la salud. Buscan explicaciones en las acciones de los otros, en el destino... y especialmente, en la propia responsabilidad.

- Guarda conexión con otros factores protectores como el optimismo, la autoestima y la autoeficacia.

El constructo de “sentido de coherencia” (de Antonovsky)

- Disposición estable que preserva la salud. Recurso de resistencia al estrés.
- Tres componentes:
 1. **Comprensibilidad:** control cognitivo sobre el medio (racional, comprensible, estructurado, ordenado, consistente y predecible)
 2. **Manejabilidad:** ¿tengo recursos para hacer frente a la demanda?
 3. **Significatividad:** componente motivacional: ¿es un reto?, ¿merece la pena implicarme?

.....

Los mecanismos y niveles de acción de las variables disposicionales pueden ser diversos. El tipo de variables puede actuar a diferentes niveles (en la evaluación, en la elección de la estrategia y en la respuesta fisiológica y emocional). P. ej:

- 1.** Las personas neuróticas tienden a valorar las situaciones estresantes de forma más amenazante y a emitir mayor grado de respuestas fisiológicas y emocionales (mayor sintomatología).
- 2.** Bajo estrés, las personas con elevada hostilidad tienden a experimentar ira y elevada reactividad cardiovascular: incremento de frecuencia cardíaca y presión sanguínea.
- 3.** Los individuos con estilo represor presentan inhibición de la competencia inmunológica asociada al estrés (p.ej. exceso de glucocorticoides).
- 4.** El neuroticismo relaciona positivamente con el uso de estrategias de afrontamiento focalizadas en la emoción (fantasía, escape...), y negativamente con estrategias focalizadas en la situación. La utilización de las estrategias depende de factores situacionales y personales.
- 5.** El optimismo, la autoestima, el locus de control interno y el hardiness, se asocian positivamente al uso de estrategias focalizadas en el problema y a un número mayor de acciones para aliviar sus síntomas cuando se sienten enfermos.

Las variables de personalidad también pueden:

- Actuar a otros niveles, como los relacionados con los sucesos vitales y con el estrés diario: los sucesos dependientes del sujeto pueden depender de características personales.
- Modular el apoyo social (real o percibido): relaciones positivas entre extroversión y tamaño de la red social. Ciertas cualidades personales parecen caracterizar a los individuos que disponen de superior apoyo social.
- El apoyo social se relaciona con las habilidades interpersonales: deficientes habilidades pueden llevar a una excesiva demanda de apoyo → empobrecimiento y perturbación de las redes disponibles.
- Parecer ser que la relación entre personalidad y apoyo es recíproca.

B. TIPOS DE REACCIÓN AL ESTRÉS

Eysenck y Grossarth–Maticsek ofrecen un interesante modelo para explicar la implicación psicológica en los trastornos psicósomáticos.

Se propuso en los años 80 para explicar diferencialmente la etiología del cáncer y de la cardiopatía coronaria (CC) sugiriendo dos tipos (1 y 2) implicados, y dos tipos protectores (3 y 4). El modelo definitivo está configurado por 6 tipos:

Tipo 1: predisposición al cáncer:

- Presenta elevado grado de dependencia conformista respecto a algún objeto o persona con valor emocional para él; e inhibición para establecer intimidad o proximidad con las personas queridas.
- Ante situaciones estresantes suelen reaccionar con sentimientos de desesperanza, indefensión y tendencias a idealizar los objetos emocionales y a reprimir las reacciones emocionales abiertas.
- La pérdida/ausencia del objeto se mantiene como fuente de estrés.
- Predomina la hipoestimulación.

Tipo 2: predisposición a la cardiopatía coronaria (CC):

- Reaccionan al estrés mediante excitación general, ira, agresividad e irritación crónicas.
- Evaluación de forma extrema los objetos y personas, fracaso en el establecimiento de relaciones estables.
- Las personas y situaciones importantes suelen ser la causa de infelicidad, siendo valoradas emocionalmente como negativas y altamente perturbadoras.
- También predispone al ictus.
- Predomina la hiperexcitación.

Tipo 3: histérico:

- Alternan las características de los tipos 1 y 2 (de indefensión a ira)
- Protector tanto del cáncer como de la CC
- Predomina la ambivalencia.

Tipo 4: tipo saludable protector de la salud:

- Poseen marcado grado de autonomía en su comportamiento.
- Conciben la autonomía propia y ajena como el factor más importante para el bienestar y la felicidad personal
- Afrontan el estrés de manera apropiada y realista mediante estrategias de aproximación o evitación del objeto querido (permiten su autonomía).
- Predomina la autonomía personal.

Tipo 5: racional - antiemocional:

- Tendencia a emitir reacciones racionales y antiemocionales.
- Suelen suprimir o negar las manifestaciones afectivas, encontrando dificultad para expresar las emociones.
- Predisposición a la depresión y al cáncer.
- Predomina lo racional frente a lo emocional.

Tipo 6: antisocial:

- Tendencia a reaccionar mediante comportamientos antisociales y a veces criminales.
- Predisposición al consumo de drogas.
- Conducta de tipo psicopático.

Además han aportado datos de estudios longitudinales (con los tipos 1, 2, 3 y 4) que vienen a conformar esta relación entre tipo de personalidad y tipo de trastorno. Así:

- Tipo 1: 18% de las muertes fue por cáncer; y no llegó al 2% por CC o ictus.
- Tipo 2: 14% por CC/ictus; y el 6% por cáncer.

Y estas diferencias crecen cuando las personas estuvieron sometidas a estrés, constatándose que el valor predictivo de la teoría es superior bajo situaciones de estrés. Así:

- Tipo 1: +38% por cáncer; y el 7% por CC/ictus.
- Tipo 2: 28% por CC/ictus; y el 2,3% por cáncer.

Eysenck y Grossarth-Maticsek consideran que estos tipos son modificables por el aprendizaje y han desarrollado un nuevo método de terapia de conducta denominado Creative novation behaviour therapy (terapia de conducta de innovación creativa, TCIC) para ser aplicado profilácticamente a los tipos 1 y 2.

- Este nuevo método también ha sido denominado entrenamiento en autonomía.
- El objetivo es estimular que la persona busque resultados positivos a largo plazo de los diferentes tipos de conducta y autoevaluación.
La conducta que lleva a resultados+ a CP, pero a resultados- a LP ha de ser evitada.

- Implica al menos cinco fases.
- La eficacia de la TCIC ha sido probada en la prevención del cáncer y de la CC, así como por su efecto positivo mediante el incremento de su esperanza de vida.

Estos autores han publicado dos cuestionarios (breve y largo) que permiten evaluar los seis tipos de reacción al estrés. Se ha adaptado al español la forma breve: SIRI (inventario breve de reacciones interpersonales).

Con el SIRI han estudiado la relación entre los tipos y la salud, hallando que:

- Los tipos de riesgo psicosomático (sobre todo el tipo 2) correlacionan + con sintomatología somática. Y el tipo saludable lo hacía de forma negativa.
- Más enfermedades de tipo inmunológico (infecciones, gripe y alergias) en el tipo 1.

Sandín y col. han constatado la relación entre los tipos y ciertas variables. P.ej:

- Todos los tipos (-5) correlacionan positiva y significativamente (el 4 lo hace de forma-) con neuroticismo.
- Las correlaciones con extroversión y psicoticismo dependen del tipo.
- El afrontamiento focalizado en la tarea correlaciona + con los tipos 4 y 5; y - con los demás.
- El afrontamiento focalizado en la emoción o evitación correlacionan + con 1,2,3 y 6; y - con 4.

IX. ESTRÉS, ESTADO DE SALUD Y CONDUCTAS RELACIONADAS CON LA SALUD

A. ESTRÉS Y ESTADO DE SALUD

Existen datos que apuntan hacia una posible conexión psicobiológica que explicaría diferencialmente ciertos trastornos. Por ejemplo:

- La percepción de no control sobre las situaciones estresantes, el afrontamiento pasivo-emocional, las respuestas de indefensión/desesperanza y escasa expresión emocional, y las características asociadas al tipo 1, parecen relacionarse con patrones fisiológicos (incremento de glucocorticoides) que reducen la competencia inmunológica, incrementando la vulnerabilidad hacia las enfermedades asociada al sistema inmune (p.ej. el cáncer).
- El mantener cierto grado de control sobre los eventos estresantes, el afrontamiento confrontativo y activo, las respuestas de fuerte expresión emocional, y las características asociadas al tipo 2, parecen asociarse a incrementos crónicos de la actividad simpática y catecolaminérgica y de responsividad cardiovascular que conducen a un deterioro de la estructura y funciones vasculares.
- Frankenhaeuser, además de señalar la posibilidad de estrés sin distress, demostró la existencia de una relación diferencial entre el tipo de afrontamiento/emoción y las respuestas hormonales:

El esfuerzo y el distress se asocian de forma distinta con los sistemas médulo-suprarrenal (adrenalina) y cortico-suprarrenal (cortisol).

La variable distress incluye elementos de incertidumbre, insatisfacción, actitudes pasivas y sentimiento de indefensión.

La Variable esfuerzo incluye elementos de interés, actitudes activas de afrontamiento y mantenimiento de cierto control sobre la situación.

Tres posibles combinaciones de las variables.

- 1. Esfuerzo y Distress:** elevación conjunta de catecolaminas (adrenalina) y cortisol. Estado típico del estrés diario (p. ej. trabajar de forma repetitiva con alguna máquina o rutinaria)

- 2. Esfuerzo sin Distress:** elevación de secreción de catecolaminas (adrenalina) y posible descenso de cortisol. Estado sin malestar emocional, afrontamiento activo y exitoso, alta implicación en la tarea y un alto grado de control personal.

- 3. Distress sin esfuerzo:** secreción incrementada de cortisol. Las catecolaminas pueden estar también incrementadas pero menos que con el esfuerzo. Perfil típico de los estados depresivos, la pasividad y la indefensión aprendida.

El estrés se relaciona también con trastornos más típicamente psicológicos. P. ej. la esquizofrenia obedece a una interacción entre los factores de vulnerabilidad personal (predisposición) y factores externos (estresantes).

B. ESTRÉS Y CONDUCTAS RELACIONADAS CON LA SALUD

El estrés puede influir sobre la salud de manera indirecta elicitando o manteniendo de conductas no saludables. P.ej.: algunos incrementan el consumo de tabaco y alcohol, o conducen de manera arriesgada (éstas conductas podrían conceptuarse como modos de afrontamiento del estrés).

El apoyo social:

- Reduce la frecuencia de CRS no saludables: personas con pérdidas afectivas o embarazo hacen más ejercicio y evitan alcohol o tabaco cuando disponen de apoyo social.
- Puede potenciar CRS nocivas: caso de los adolescentes estimulados entre sí para consumir drogas

También las variables disposicionales se han vinculado a prácticas de CRS nocivas. P. ej.:

- Conducta tipo A: consumo elevado de alcohol y tabaco.
- Neuroticismo: correlaciona negativamente con práctica de ejercicio.