

El estrés: qué es y cómo evitarlo

172

LA
CIENCIA
PARA
TODOS

SALUD

ALBERTO
ORLANDINI



El estrés

Qué es y cómo evitarlo

Alberto Orlandini



Primera edición (FCE Argentina), 1996

Segunda edición (La Ciencia para Todos), 1999

Quinta reimpresión, 2012

Primera edición electrónica, 2012

La Ciencia para Todos es proyecto y propiedad del Fondo de Cultura Económica, al que pertenecen también sus derechos. Se publica con los auspicios de la Secretaría de Educación Pública y del Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología.

D. R. © 1999, Fondo de Cultura Económica
Carretera Picacho-Ajusco, 227; 14738 México, D. F.
Empresa certificada ISO 9001:2008



www.fondodeculturaeconomica.com

Comentarios:

laciencia@fondodeculturaeconomica.com

Tel. (55) 5227-4672

Fax (55) 5227-4694

Se prohíbe la reproducción total o parcial de esta obra, sea cual fuere el medio. Todos los contenidos que se incluyen tales como características tipográficas y de diagramación, textos, gráficos, logotipos, iconos, imágenes, etc., son propiedad exclusiva del Fondo de Cultura Económica y están protegidos por las leyes mexicanas e internacionales del copyright o derecho de autor.

ISBN 978-607-16-1177-2

Hecho en México - *Made in Mexico*

La Ciencia para Todos

Desde el nacimiento de la colección de divulgación científica del Fondo de Cultura Económica en 1986, ésta ha mantenido un ritmo siempre ascendente que ha superado las aspiraciones de las personas e instituciones que la hicieron posible. Los científicos siempre han aportado material, con lo que han sumado a su trabajo la incursión en un campo nuevo: escribir de modo que los temas más complejos y casi inaccesibles puedan ser entendidos por los estudiantes y los lectores sin formación científica.

A los diez años de este fructífero trabajo se dio un paso adelante, que consistió en abrir la colección a los creadores de la ciencia que se piensa y crea en todos los ámbitos de la lengua española —y ahora también del portugués—, razón por la cual tomó el nombre de La Ciencia para Todos.

Del Río Bravo al Cabo de Hornos y, a través de la mar Océano, a la Península Ibérica, está en marcha un ejército integrado por un vasto número de investigadores, científicos y técnicos, que extienden sus actividades por todos los campos de la ciencia moderna, la cual se encuentra en plena revolución y continuamente va cambiando nuestra forma de pensar y observar cuanto nos rodea.

La internacionalización de La Ciencia para Todos no es sólo en extensión sino en profundidad. Es necesario pensar una ciencia en nuestros idiomas que, de acuerdo con nuestra tradición humanista, crezca sin olvidar al hombre, que es, en última instancia, su fin. Y, en consecuencia, su propósito principal es poner el pensamiento científico en manos de nuestros jóvenes, quienes, al llegar su turno, crearán una ciencia que, sin desdeñar a ninguna otra, lleve la impronta de nuestros pueblos.

Comité de Selección

Dr. Antonio Alonso
Dr. Francisco Bolívar Zapata
Dr. Javier Bracho
Dr. Gerardo Cabañas
Dr. Juan Ramón de la Fuente
Dr. Jorge Flores
Dr. Leopoldo García-Colín Scherer
Dr. Tomás Garza
Dr. Gonzalo Halffter
Dr. Jaime Martuscelli
Dr. José Luis Morán López
Dr. Héctor Nava Jaimes
Dr. Manuel Peimbert
Dr. Julio Rubio Oca
Dr. José Sarukhán
Dr. Guillermo Soberón

Coordinadora

María del Carmen Farías

ÍNDICE

Prólogo

Palabras preliminares

I. Importancia del estrés como problema en la economía, la sociedad y la salud

II. Definiciones del estrés

Estresor: definición y clasificación

Agentes del estrés según el momento en que actúan

Estresor único y reiterado

Estresores únicos y múltiples

Clasificación de los estresores según la intensidad del impacto

Estresores de acuerdo con su naturaleza

Magnitudes de estresores psicosociales

Estresores reales, representados e imaginarios

Estresores exógenos, endógenos e intrapsíquicos

El buen y el mal estrés

Estresores sinérgicos, antagónicos y ambivalentes

Estresor causal, mixto o desencadenante de enfermedad

El estrés como una respuesta biológica al estímulo

La respuesta psicológica al estrés

El estrés y la enfermedad psicogénica

III. Biología del estrés

El aparato del estrés

El factor liberador de corticotrofina (CRF)

El locus coeruleus/norepinefrina (LC/NE)

Respuesta del cerebro al estrés

Respuesta endocrina al estrés

Respuesta del sistema inmunitario al estrés

La liberación de catecolaminas por las terminaciones simpáticas y la médula suprarrenal

Enfermedades en que se han demostrado anormalidades del sistema del estrés

IV. Psicología del estrés

Las cogniciones anómalas

Las cogniciones que propician o reducen el estrés

El psicotrauma psicoanalítico remoto como punto de resonancia del estresor actual

Mecanismos de enfrentamiento o coping

Factores que facilitan o dificultan los mecanismos de enfrentamiento.

Adquisición de estos mecanismos

Las defensas y su distinción de los mecanismos de enfrentamiento

Tipos de mecanismos de enfrentamiento

Tipos de defensas inconscientes

Personalidades vulnerables y resistentes al estrés

Las personalidades e instituciones de tipo a y b

Personalidades duras y blandas de Kobasa

Personalidades, red de apoyo social y estrés

Formas de respuesta al estrés psicosocial

V. Sociología del estrés

Inventario de estresores psicosociales

Escala valorativa de reajuste social de Holmes y Rahe

Las instituciones y el estrés

El sentido de la coherencia

Marcadores del estrés en los lugares de trabajo y las medidas antiestrés en las instituciones

Los sistemas de valores y el estrés

El estrés de las relaciones interpersonales

Prevención y tratamiento de las malas relaciones con el otro

El estrés en las comunidades

VI. Las enfermedades por el estrés

Patogenia de las enfermedades por el estrés

Tipos de enfermedades psíquicas según la vulnerabilidad

Los síntomas más comunes de la enfermedad situacional

Formas clínicas de la enfermedad situacional

Formas clínicas según la evolución: aguda, intermedia y prolongada o trastornos postraumáticos

Uso indebido de drogas por estrés

Trastornos de los instintos por el estrés: sueño, alimentación y sexo
Los trastornos corporales o psicosomáticos por el estrés
El estrés como causa asociada de enfermedades genéticas, constitucionales u orgánicas

VII. Formas del estrés según el tema traumático

El estrés amoroso y marital
El estrés sexual
El estrés familiar
El estrés por duelo
El estrés académico
El estrés médico y la iatrogenia. Las instituciones médicas iatrogénicas
El estrés ocupacional
El estrés militar y de la guerra
El estrés de la tortura, el encarcelamiento y los campos de concentración

VIII. El estrés de la infancia como causa de neurosis y de trastornos de la personalidad

IX. Factores de riesgo de las enfermedades por estrés

X. Cómo se estudia a un enfermo con estrés

XI. Tratamientos del estrés

Educación para la salud
Intervención sobre el estilo de vida
Medicamentos con efecto antiestrés
Métodos de relajación
Las psicoterapias
Las intervenciones sociales
Consejos sencillos para evitar el estrés

Bibliografía

PRÓLOGO

La teoría del estrés y sus aplicaciones en la práctica médica, constituyen una de las mayores contribuciones científicas de este siglo a la medicina social. La cultura del siglo XX está signada por una constante y veloz capacidad de cambios que se producen en todos los campos de la ciencia y de la tecnología. Esto, con sus riesgos, repercute y afecta a la calidad de vida en la Tierra, no sólo a la humana sino también a la de todo el reino animal y vegetal. Además, se deben tener presentes las consecuencias de esos cambios que también involucran al aire, al agua, al suelo y los cielos. Esto coloca al ser humano en situaciones tan difíciles de sobrellevar que a veces cabe pensar que ya no se intenta vivir sino que desesperadamente se debate en una cultura de la sobrevivencia.

En ocasión del Primer Congreso Ibero Luso Americano de Medicina Psicosomática realizado en Buenos Aires en 1956, Hans Selye, el creador de la teoría del estrés, ofreció una poca conocida definición: estrés es la velocidad de desgaste vital. En consecuencia, la medicina actual requiere de enfoques integralistas que comprendan la psiquis y el cuerpo de las personas en función de su contexto socioeconómico y cultural. La teoría del estrés reúne con excelencia estos requerimientos.

Por lo expuesto, este libro de Alberto Orlandini, escrito en un lenguaje sencillo, directo y basado en la experiencia clínica, resulta accesible a un perfil de lectores mucho más amplio que el correspondiente al del mundo médico. Coincido en la validez de esta intención que mi amigo Orlandini expresará en sus palabras preliminares.

Son tantas las víctimas del proceso socioeconómico y cultural que se desarrolla en esta década final del siglo XX, que los enfoques médicos requeridos no pueden dejar de contemplar una visión macroscópica del campo social en el que se trabaja. Este texto cumple con ese requisito y se convierte por ello en un recurso de gran utilidad, porque no solamente esclarece acerca de los significados de una amplia gama de reacciones humanas que redefine a la luz de la teoría del estrés, sino que también ofrece con visión integradora y pragmática una orientación hacia las posibles soluciones terapéuticas.

DR. EDUARDO KALINA

Palabras preliminares

Esta obra está dedicada a las personas que sufren el estrés, con la intención de que el conocimiento de las causas, los mecanismos, los síntomas y los tratamientos, permita prevenir o atenuar el impacto de este flagelo de la vida actual y, de esta manera, reducir el deterioro de la calidad de vida y la mortalidad. Aunque el texto está dirigido al lector no especializado, también es de interés para médicos, psiquiatras, psicólogos, sociólogos, trabajadores sociales y otros profesionales relacionados con la salud.

Mis conocimientos sobre el estrés provienen especialmente del trabajo con mis pacientes, de sus relatos, de mi experiencia como administrador de salud, de las discusiones académicas en los cursos y comisiones sobre esta materia, y de las investigaciones que he realizado en empresas, hospitales, consultorios de médicos de familia y áreas territoriales de salud.

La palabra estrés se utiliza con significados múltiples. En ocasiones se la aplica para definir aquello que Hans Selye denomina distrés o mal estrés, que consiste en la ocurrencia de una situación traumática como puede ser un drama amoroso. Otros profesionales de la salud hablan de estrés cuando se evidencia una respuesta biológica a determinados psicotraumas manifestada en los sistemas nervioso, endocrino o inmunitario, que suele expresarse en taquicardia, sudoración, secreción de noradrenalina y cortisol, como así también en la disminución de los anticuerpos y de la actividad de los leucocitos.

El término estrés también denomina la respuesta psíquica que se manifiesta por pensamientos, emociones y acciones ante la situación de amenaza, y que se expresa a través de comportamientos como estados de perplejidad, de ansiedad, de humor o de agresión. También se diagnostican como estrés las enfermedades mentales o corporales provocadas por los estresores psicosociales como la depresión, la fatiga patológica, las arritmias cardíacas o la cefalea de tensión, como así también la activación biológica, los cambios psíquicos y las enfermedades como respuesta compleja a los estresores.

El término estrés suena bien. Ha tenido gran aceptación por parte del público y en los medios académicos, pero su éxito no se debe tanto al encanto de la palabra sino a su valor teórico. Se ha convertido en una noción de gran generalidad en la medicina con capacidad para vincular distintas ciencias y alienta el progreso de una enorme cantidad de estudios. A pesar de que el uso del término se remonta a más de medio siglo, aún resulta novedoso y la acumulación de observaciones sobre esta materia aumenta día a día en la literatura médica.

Desde el punto de vista teórico, para la realización de este libro se han tenido en cuenta las contribuciones de la biología, las clasificaciones estadounidenses e internacionales de las enfermedades, la psiquiatría tradicional, la medicina psicosomática, el psicoanálisis, la psicología cognoscitiva, el conductismo y aun la medicina folklórica tomados de la forma más desprejuiciada posible.

El texto consta de once partes en las que se tratan la epidemiología del estrés; las definiciones; los aspectos biológicos, psicológicos y sociológicos; las enfermedades psíquicas y somáticas por psicotraumas; la descripción de algunos tipos de estrés (sexual, sentimental, académico, ocupacional, etc.). También se anotan consideraciones sobre la vulnerabilidad, la resistencia y la prevención de enfermedades; la metodología para el estudio de una persona con estrés y algunos consejos sencillos para poder manejar estos desarreglos. En el libro se comenta que muchos tratamientos del estrés pecan de ingenuidad o sólo resultan sintomáticos; por ello se propone que estas terapias se dirijan a objetivos más amplios.

El autor entiende que no resulta empeño fácil tanto escribir como leer literatura de educación para la salud. A pesar de ello ha preferido tratar la mayoría de los aspectos sin simplificar ni vulgarizar los conocimientos, por lo que agradece el esfuerzo y la paciencia del lector.

ALBERTO ORLANDINI

Buenos Aires, 1996

I. Importancia del estrés como problema en la economía, la sociedad y la salud

TAN SUBESTIMADAS como cuantiosas suelen ser las pérdidas que el estrés causa a la economía de una sociedad.

De acuerdo con estadísticas, las situaciones de estrés individual o colectivo ocasionan a países y empresas grandes pérdidas por defectos en la calidad y cantidad de productos y servicios, ausentismo, cambios de cargos, deserción laboral, accidentes, jubilaciones prematuras e, incluso, la muerte del trabajador. Además, también engrosan las cifras los gastos en servicios de salud por envejecimiento prematuro, enfermedades, uso indebido de drogas, tramitaciones legales por divorcio, violencia y conflictos laborales.

Se ha demostrado que en los animales, el ser humano incluido, el estrés crónico aumenta las manifestaciones de envejecimiento cerebral. Los psicotraumas ocasionan mayor utilización de los servicios médicos por enfermedades psíquicas, manifestaciones corporales del estrés que suelen llamarse somatizaciones, o agravamiento de desarreglos genéticos como la diabetes mellitus, la hipertensión arterial o el asma bronquial. Resulta evidente que el estrés también provoca un aumento del consumo de alcohol y de drogas, y favorece la automedicación con fármacos psicotrópicos y analgésicos.

En el Reino Unido las enfermedades por estrés ocasionan millones de días productivos perdidos por ausencia al trabajo y 55 millones de libras esterlinas de gastos a la seguridad social y al seguro nacional. En los Estados Unidos se ha calculado que las enfermedades ocupacionales por estrés ocasionan pérdidas equivalentes del 1 al 3% del producto bruto interno. Por su parte, la Asociación Norteamericana de Cardiología calculó que las enfermedades cardiovasculares por estrés demandaban 26 700 millones de dólares anuales. En esa misma nación se evaluó que el síntoma dolor relacionado con el estrés provocaba pérdidas por 50 000 millones de dólares anuales.

Sin embargo, no sólo el aspecto económico debe tenerse en cuenta para medir el impacto del estrés en una sociedad. Éste también causa desarreglos sociales cuyas consecuencias se evidencian en el maltrato al prójimo, las malas relaciones interpersonales, el descontento en las escuelas, en los trabajos, en las comunidades y, finalmente, la alienación laboral.

La institución familiar no escapa a las consecuencias de ciertas situaciones estresantes: el malestar en las parejas, el estrés y la disolución familiar, el sufrimiento

de los hijos, el abuso infantil, la violencia hogareña, muchas veces son causas de consultas médicas.

Es de considerar que el estrés ocasiona un notable impacto sobre la salud de la población, que lo evidencia de distintas maneras, pero sus reacciones pueden resumirse en tres grandes grupos. Existen quienes, al no encontrar alternativas, deben optar por estilos de vida malsanos debido a cambios de horarios, privación de sueño, consumo defectuoso o exagerado de alimentos, aumento de carga física o sedentarismo, reposo y recreaciones insuficientes, abuso de café, tabaco, alcohol y drogas. Otro grupo manifiesta enfermedades corporales e inmunitarias causadas o agravadas por los estresores, y el último lo componen aquellas personas que padecen enfermedades mentales, los suicidas y los homicidas.

Las enfermedades por estrés han superado a las infecciones como causa de muerte y, sobre el final de este siglo, la mayoría de las defunciones depende de enfermedades crónicas no transmisibles influidas por los psicotraumas.

En 1986, en un estudio realizado por el autor y colaboradores en Santiago de Cuba, se observó a un grupo de cien niños que presentaba estrés mental. El 91% de ellos demostraba ansiedad; el 69%, ira; el 64%, tristeza y el 11% había cometido intentos de suicidio. La cuarta parte de estos niños manifestaba como causa principal del estrés el duelo por la muerte de algún familiar. El 14% tenía problemas de discordia en la familia; 10% eran hijos de padres divorciados; el 9% demostraba signos de inadaptación a la escuela y el 6% había sido separado de alguna persona significativa para su vida. Además, el 40% de estos niños presentó anormalidades en la personalidad antes de enfermarse y provenía de familias disarmonicas o incompletas en el 64% de los casos.

Otro estudio realizado también en Cuba con cien adolescentes con desarreglos mentales, en el cual se indagó sobre estresores sexuales, mostró que el 56% de los jóvenes había tenido o tenía relaciones sentimentales insatisfactorias. El 52% era víctima de represión sexual familiar; el 41% lo había sido de abusos sexuales. La cuarta parte había sido testigo de relaciones sexuales entre adultos. El 14% tenía conflictos de celos en las relaciones sentimentales. El 11% había sufrido represión sexual escolar, mientras que el 2% fue víctima de represión sexual policial. El 5% había sido victimado por perversos sexuales. El 3% se había trastornado por incesto y el 2% había sido objeto de violación.

En 1983 investigamos a 48 adolescentes que habían realizado intentos de suicidio. El 35% de ellos alegó conflictos amorosos; el 10% problemas escolares. El 37,5% tenía una mala relación con sus padres y el 12,5% con sus hermanos. Cabe destacar que el 72% de estos jóvenes integraba familias disfuncionales o incompletas.

Orlandini y Durán, en una muestra de 1 340 habitantes que se obtuvo en 1981

visitando casa por casa a los sujetos de un área de salud urbana de Santiago de Cuba, encontraron que más de 750 (51,5%) padecían síntomas psíquicos. El 36,1% manifestaba ansiedad. Casi la tercera parte (30%) sufría insomnio. El 24,4% era víctima de depresión y el 12,2% de fatiga. Quedó demostrado que la cuantía de los síntomas psíquicos en la población era alta. Como conclusión de este estudio estimamos que al menos la mitad de los síntomas eran causados por el estrés psicosocial.

En 1990, luego de los accidentes, el suicidio fue la segunda causa de muerte entre las personas de 15 a 49 años de edad en la provincia de Santiago de Cuba. Los intentos de suicidio se relacionaron con conflictos amorosos en el 40.9% de los casos y con estrés familiar en el 32.7% de las ocasiones. En las personas que murieron se encontró que el motivo más común del suicidio fue el de los conflictos en la pareja (37,5%).

En 1981 y 1982 se estudiaron adicciones en Santiago de Cuba. Encontramos que el 18% de la población se automedicaba y el 10% consumía alcohol de manera exagerada o patológica. En un trabajo cubano publicado en 1985, sobre 6 555 sujetos los fumadores resultaron el 47,5% de la muestra.

Las muertes por violencia incluyen los accidentes, los homicidios y los suicidios, y pueden ser consideradas como una manifestación de estrés en las comunidades. En 1987 Cuba ocupó el cuarto lugar por muertes violentas en las Américas, luego de El Salvador —donde se producía una guerra civil—, Colombia y México. Las muertes por violencia en Cuba mostraron una prevalencia de 64.8 por cada 100 000 habitantes, y 22.6 correspondieron a suicidios. En 1991, también en Santiago de Cuba, se estimó que un tercio de los homicidios de mujeres se debía a estrés marital. Un estudio a individuos que habían provocado lesiones u homicidios mostró que en el 28,6% de los casos, el factor causal de la agresión fue el odio generado en riñas callejeras o la actualización de viejos rencores. La quinta parte de los individuos (20.9%) atacó para abusar sexualmente; el 12.4% actuó motivado por celos y discordias en la pareja; el 9.8% debido a enfermedades mentales y el 8.8% para robar con violencia.

El autor desea ser disculpado por el uso de tantos datos estadísticos, pero las cifras resultan indispensables para poder explicar la importancia del estrés en el origen de las enfermedades psíquicas.

II. Definiciones del estrés

LA PALABRA ESTRÉS se utiliza en forma confusa y con significaciones múltiples. En la literatura son cinco los sentidos más utilizados del término. Suele llamarse estrés al agente, estímulo, factor que lo provoca o estresor. También a la respuesta biológica al estímulo o para expresar la respuesta psicológica al estresor. Asimismo, para otros expresa la respuesta psicológica al estresor. También denomina las enfermedades psíquicas o corporales provocadas por el factor estrés y, finalmente, en un sentido más amplio, significa el tema general que puede incluir todos los variados asuntos que se relacionan con esta materia.

ESTRESOR: DEFINICIÓN Y CLASIFICACIÓN

Se denominan estresores a los estímulos que provocan la respuesta biológica y psicológica tanto del estrés normal como de los desarreglos que llegan a convertirse en enfermedades. Los factores del estrés pueden clasificarse según trece criterios:

- Momento en que actúan (remotos, recientes, actuales, futuros);
- Periodo en que actúan (muy breves, breves, prolongados, crónicos);
- La repetición del tema traumático (único o reiterado);
- La cantidad en que se presentan (únicos o múltiples);
- La intensidad del impacto (microestresores y estrés cotidiano, estresores moderados, estresores intensos, estresores de gran intensidad);
- La naturaleza del agente (físicos, químicos, fisiológicos, intelectuales, psicosociales);
- La magnitud social (microsociales, macrosociales);
- El tema traumático (sexual, marital, familiar, ocupacional, etc.);
- La realidad del estímulo (real, representado, imaginario);
- La localización de la demanda (exógena o ambiental, endógena, intrapsíquica);
- Sus relaciones intrapsíquicas (sinergia positiva, sinergia negativa, antagonismo, ambivalencia);
- Los efectos sobre la salud (positivo o eustrés, negativo o distrés);
- La fórmula diátesis/estrés (factor formativo o causal de la enfermedad, factor mixto, factor precipitante o desencadenante de la enfermedad).

AGENTES DEL ESTRÉS SEGÚN EL MOMENTO EN QUE ACTÚAN

Los psicotraumas pueden considerarse remotos, recientes, actuales o futuros, de acuerdo con el momento de la vida del sujeto en que actúen.

Los estresores remotos actúan durante la infancia y la adolescencia y provocan enfermedades psíquicas inmediatas o determinan una sensibilidad o vulnerabilidad permanente que se evidencia en la adultez. Factores de estrés remoto pueden resultar tanto el trauma erótico entre el niño pequeño y sus padres, que Freud denominara conflicto de Edipo, como el incesto, los abusos y las represiones sexuales. Ser víctima de padres abusivos y enfermantes (autoritarios, perseguidores, castigadores, culpabilizantes, negligentes, inconsistentes, contradictorios, desvalorizadores del niño, distantes, crueles, rechazantes, exageradamente exigentes o permisivos, sobreprotectores, melancólicos, esquizofrénicos o alcohólicos) y el divorcio o la separación de los padres o la preferencia de éstos por un hermano, demostrada a través de comparaciones humillantes, pueden resultar psicotraumas remotos. La crianza en instituciones que no brinden afecto ni una adecuada estimulación sensorial, social, moral y cultural, o un ambiente familiar horrible por falta de comunicación y jerarquías, por discordia, envidias, odios y violencia, y los abusos y conflictos entre hermanos, también son factores de este tipo de estrés, al igual que la desventura, enfermedad o muerte de un progenitor o de un familiar de gran significación.

Los estresores recientes actúan durante los dos últimos años. Los factores de estrés actuales suceden en el momento presente y el psicotrauma futuro resulta una desgracia anunciada o esperada que influye desfavorablemente antes de que ocurra.

De acuerdo con el tiempo que duran, los estresores se clasifican como muy breves, breves, prolongados y crónicos. Un temblor de tierra que dura solamente unos segundos resulta un ejemplo de estrés muy breve. Los factores de estrés breves pueden ocurrir durante horas o días. Cuando duran meses se clasifican como prolongados y si se mantienen durante años se denominan crónicos.

CUADRO 1. Clasificación de los agentes del estrés

1) <i>Según el momento en que actúan</i>	8) <i>De acuerdo con el tema traumático</i>
Remotos	Sexual
Recientes	Marital
Actuales	Familiar
Futuros	Ocupacional, etcétera
2) <i>De acuerdo con el periodo en que actúan</i>	9) <i>En consideración a la realidad del estímulo</i>
Muy breves	Real
Breves	Representado
Prolongados	Imaginario
Crónicos	
3) <i>Según la repetición del tema traumático</i>	10) <i>Según la localización de la demanda</i>
Único	Exógena o ambiental
Reiterado	Endógena
4) <i>En consideración a la cantidad con que se presentan</i>	Intrapsíquica
Únicos	
Múltiples	
5) <i>De acuerdo con la intensidad del impacto</i>	11) <i>De acuerdo con sus relaciones intrapsíquicas</i>
Microestresores y estrés cotidiano	Sinergia positiva
Estresores moderados	Sinergia negativa
Estresores intensos	Antagonismo
Estresores de gran intensidad	Ambivalencia
6) <i>Según la naturaleza del agente</i>	12) <i>Según los efectos sobre la salud</i>
Químicos	Positivo o eustrés
Físicos	Negativo o distrés
Fisiológicos	
Intelectuales	
Psicosociales	
7) <i>En dependencia de la magnitud social</i>	13) <i>En dependencia de la fórmula diátesis/estrés</i>
Microsociales	a) Factor formativo o causal de la enfermedad
Macrosociales	b) Factor mixto
	c) Factor principiante o desencadenante de la enfermedad

ESTRESOR ÚNICO Y REITERADO

La repetición del mismo tema puede reducir o agravar la respuesta al estrés. De este modo, la multípara percibe menos el estrés de los últimos partos o el médico se inmuniza al malestar que supone la asistencia repetida al sufrimiento de enfermos en agonía. Por el contrario, en otras ocasiones, la reiteración del psicotrauma provoca mayor aflicción, como en los casos de recidivas de neoplasias o reiterados fracasos de la respuesta sexual.

ESTRESORES ÚNICOS Y MÚLTIPLES

Las enfermedades por estrés ocurren por un psicotrauma único. Sin embargo, resulta frecuente que un individuo esté sometido a estresores múltiples que se producen en cadena, donde el precedente determina al consecuente. Un ejemplo de esto puede ser el caso de una disfunción sexual (primer estresor) que provoca insultos y abandono de la pareja (segundo estresor), la posterior privación de la convivencia con los hijos (tercer estresor), la pérdida de comodidades y de la vivienda (cuarto estresor) y la conquista y la adaptación a una nueva pareja (quinto estresor).

Para ilustrar sobre traumas múltiples simultáneos, valga el caso de un ama de casa de 48 años con desavenencias y falta de amor al esposo, que se sentía sola por vivir en una casa aislada. Recientemente habían fallecido sus padres, debía ayudar a una hermana psicótica de trato difícil, y su hija esperaba el diagnóstico histológico de un nódulo de mama. Además debía atender a su suegro que padecía demencia senil y la ofendía con sus expresiones.

CLASIFICACIÓN DE LOS ESTRESORES SEGÚN LA INTENSIDAD DEL IMPACTO

De acuerdo con la magnitud del impacto, los factores de estrés se ordenan como microestresores y psicotraumas de intensidad moderada, grave o excepcional (gran estrés). Los microestresores de la vida cotidiana pueden ser positivos o *uplifts*, como el resultado de un encuentro con amigos queridos, o negativos o *hassles*, como puede ser

el experimentado ante un corte de electricidad en la vivienda. En los últimos años los microestresores negativos han recibido una atención especial por parte de la medicina y se asegura que pueden provocar tanto estrés como acontecimientos más dramáticos.

Las catástrofes, las guerras y la tortura significan circunstancias de gran estrés para la mayoría de las personas, pero en general lo que determina la sensibilidad al psicotrauma es la susceptibilidad personal. Por ello, la viudez puede resultar un psicotrauma mínimo, moderado o severo según la intensidad del amor y la dependencia a la pareja perdida.

La intensidad del psicotrauma suele determinar la forma clínica de la enfermedad psíquica por estrés. De este modo los microestresores cotidianos originan irritabilidad, fatiga o *burnout* (agotamiento); los moderados y graves provocan ansiedad, ira o melancolía; y los estresores excepcionalmente intensos dan lugar a trastornos permanentes posttraumáticos como lo fue el síndrome pos-Vietnam.

En un estudio del estrés sobre 665 trabajadores japoneses, se observó que la mayoría de ellos (82,5%) atribuyó su malestar al microestrés cotidiano de su ocupación, y sólo una minoría (17,5%) lo relacionó con sucesos más dramáticos.

ESTRESORES DE ACUERDO CON SU NATURALEZA

Los agentes del estrés pueden ser físicos, químicos, fisiológicos, intelectuales o psicosociales. Se consideran factores de estrés físico la gravitación y la ingrávida; la aceleración, la carga biomecánica por el levantamiento de peso, los traumatismos mecánicos, las vibraciones; la polución por el ruido; la irradiación y la exposición al sol; el defecto o el exceso de luz, de humedad o de temperatura; las ondas, los campos electromagnéticos y las descargas eléctricas; las tormentas, ciclones y terremotos. Estos estresores provocan ciertas enfermedades como pueden ser los síndromes por vibraciones de equipos mecánicos, la melancolía por defecto de luz, el golpe de calor producido por exceso de temperatura y humedad, y las enfermedades de las articulaciones y de los ligamentos por sobrecarga biomecánica.

Los agentes de estrés químico no son otros que aquellos producidos por el estrés nutricional debido al exceso o defecto de azúcares, grasa, proteínas, vitaminas o minerales. También por el déficit o exceso de oxígeno, por sustancias irritantes o tóxicas, el consumo abusivo de café, de tabaco, de alcohol y de drogas. La polución ambiental es también agente de estrés químico. Pueden enumerarse algunos de los síndromes específicos por factores químicos: la enfermedad por hipoxia de las alturas; el estrés oxidativo por exceso de oxígeno como resultante de una complicación en el uso

de cámaras hiperbáricas; el síndrome de los empleados que trabajan en edificios herméticos con aire acondicionado pero viciado; y las intoxicaciones por drogas.

Los estresores fisiológicos son el ejercicio, la privación de sueño, el hambre, el encuentro sexual, la menstruación, el parto, la lactación, la inflamación de algún órgano, las infecciones, las heridas, las quemaduras, las hemorragias con anemia aguda, el shock, las enfermedades corporales, las intervenciones quirúrgicas, la picazón y el dolor.

Tanto la persona con grandes quemaduras como la politraumatizada, o el sujeto sometido a cirugía mayor, pueden desarrollar úlceras gástricas y duodenales, y sangramiento digestivo por estrés. Durante una inflamación, los glóbulos blancos liberan sustancias que se denominan citoquinas y que provocan una respuesta fisiológica al estrés. En algunas mujeres, el estrés del ciclo menstrual les ocasiona un síndrome muy perturbador, que también puede llegar a afectar a sus familias y se denomina tensión premenstrual. Otro caso de estrés causado por agentes fisiológicos resulta la falta de menstruación y la fragilidad en los huesos que suele producirse en mujeres con un entrenamiento excesivo en carrera o en gimnasia aeróbica. A esto se lo designa como amenorrea atlética.

A su vez, los factores de estrés intelectual son el cálculo matemático, los tests de inteligencia, la sobrecarga, la incoherencia, la ininteligibilidad de la información, la lectura de un texto complejo o el jugar al ajedrez. Este tipo de estrés puede ocasionar ansiedad, ira o fatiga, o desarreglos viscerales como la hipertensión arterial.

Los agentes del estrés psicosocial —de los que se tratará en detalle más adelante— resultan el duelo, los conflictos de la pareja, las competiciones deportivas, el trabajo aburrido o excesivo, la pobreza, la guerra y las migraciones humanas. Las consecuencias de estos estresores generalmente se manifiestan en enfermedades mentales, accidentes, violencia, adicciones. También en síndromes psicosomáticos como el infarto de miocardio, las cefaleas o los desarreglos sexuales.

MAGNITUDES DE ESTRESORES PSICOSOCIALES

Los estresores psicosociales resultan muy variados y es posible clasificarlos con diversos criterios. Uno de ellos consiste en ordenarlos en macrosociales y microsociales. La influencia de los primeros actúa sobre gran cantidad de personas, como en el caso de los componentes de una clase social o los integrantes de una comunidad. Por ello, resultan estresores macrosociales el desempleo masivo, las crisis económicas, la falta de democracia y las guerras.

Por el contrario, los estresores microsociales operan solamente sobre escasos individuos y son, por ejemplo, el duelo por algún familiar, una desventura amorosa o una vocación frustrada.

Otro modo de clasificar este tipo de estresores es su ordenación de acuerdo con el tema del psicotrauma. De este modo se describen los estresores sexuales, de la pareja, de la familia, los ocupacionales, los académicos, deportivos, religiosos, etc.

ESTRESORES REALES, REPRESENTADOS E IMAGINARIOS

El estímulo del estrés puede ser real, una representación surgida de una obra literaria, de fotografías o videos, o puramente imaginativo, creado por el sujeto. En experiencias de laboratorio, las imágenes de una película de violencia o de sexo han provocado respuestas psíquicas y corporales de estrés bajo formas de ira, temor o excitación sexual. La fantasía vigil y la imaginación de una pesadilla causan notables respuestas de estrés y, en ocasiones, determinan trastornos psíquicos en personalidades vulnerables.

ESTRESORES EXÓGENOS, ENDÓGENOS E INTRAPSÍQUICOS

De acuerdo con la localización de la demanda el agente del estrés puede situarse en el ambiente o en la persona. El estresor que proviene del ambiente se denomina exógeno, y los que se originan en el cuerpo o en la mente se designan como endógenos.

El clima, la radiación solar, el ruido y las relaciones interpersonales son agentes de la primera categoría. El hambre, el deseo sexual o la menstruación, al originarse en el cuerpo del propio sujeto, son estresores endógenos.

Cuando el estrés se produce en la mente del individuo, se lo denomina intrapsíquico. Tanto el estrés de la censura moral —que Freud ubica en esa parte del aparato mental que llama Superyó—, como el malestar que provocan las alucinaciones, los delirios o las pesadillas, pueden ser clasificados como agentes intrapsíquicos.

EL BUEN Y EL MAL ESTRÉS

Una tarea deseada, agradable y fácil produce un estrés saludable, positivo o eustrés. Por el contrario, una demanda no deseada, desgradable, difícil y prolongada significa un

estrés no saludable, negativo o distrés. El carácter de estrés saludable o nocivo no depende solamente de la tarea sino de su interpretación por el sujeto. Una invitación a bailar puede resultar embarazosa y ridícula para una persona o posibilidad de placer, de exhibición y galanteo para otra.

En sujetos susceptibles y con baja autoestima, los sucesos positivos pueden no resultar equivalentes de buen estrés; se ha demostrado que a este tipo de individuos la buena fortuna puede causarle enfermedades. Por el contrario, los sucesos venturosos en personas no vulnerables y con una autoestima alta, no causan males.

Las demandas al individuo suelen estar por encima de sus dotes naturales y sus capacidades de enfrentamiento en el estrés nocivo. El buen estrés es necesario para la salud y el crecimiento de la personalidad. Cada sujeto requiere cierto nivel de estrés que le provoque un sentimiento de bienestar. El exceso de los estímulos (hiperestrés) o la reducción (hipoestrés) ocasionan malestar o distrés.

La reducción de los estresores físicos, biológicos o psicológicos provoca un ocio estéril o reposo nocivo que causa fatiga e irritabilidad. Sin lugar a dudas, la mente se trastorna en condiciones de privación sensorial. La falta de tareas en los lugares de trabajo no sólo desmoraliza al obrero, sino que, además, le ocasiona aburrimiento, malestar, fatiga y humor depresivo.

ESTRESORES SINÉRGICOS, ANTAGÓNICOS Y AMBIVALENTES

En el sinergismo positivo se suman los valores del buen estrés. Como ejemplo de esta situación puede pensarse en el atleta que compite y triunfa (primer estresor positivo), es aplaudido por sus entrenadores y por el público (segundo estresor positivo), y luego recibe un premio (tercer estresor positivo).

Los estresores nocivos se suman en la sinergia negativa. Éste sería el caso de las personas que presentan de manera simultánea conflictos maritales, estrés ocupacional, dificultades en la vivienda y demandas ante la ley. Otro tipo de sinergia negativa, pero esta vez como combinación de estresores químicos y psicológicos, resulta la asociación del aumento del consumo de sal y la ocurrencia de psicotraumas, cuya suma favorece el aumento de la tensión arterial.

Al estar compuestos de diferentes signos, en los estresores antagónicos los efectos nocivos de un agente pueden amortiguarse por la acción saludable de otro. Un caso de antagonismo de estresores ocurre cuando la sobrecarga de trabajo es compensada con un salario alto y las consecuencias nocivas del estrés ocupacional sobre la salud resultan menores.

Tanto desde la ciencia, como en el caso de Freud, como desde el arte, en el caso de los poetas, se ha descripto que el objeto amoroso puede provocar significaciones antagónicas positivas y negativas. Se denomina ambivalencia a las respuestas de amor u odio causadas por sujetos de gran significación emocional, como pueden ser los padres o la persona amada, con dependencia de que favorezcan o repriman los deseos sexuales.

ESTRESOR CAUSAL, MIXTO O DESENCADENANTE DE ENFERMEDAD

Para que un desarreglo ocurra se necesitan al menos dos factores. Uno es el agente estresante y el otro la diátesis o susceptibilidad a enfermarse. La distinta participación de estos factores admite tres tipos de posibilidades: las enfermedades por estrés, mixtas y endógenas o constitucionales.

En las primeras todo depende del estresor y la participación de la vulnerabilidad resulta menor; estos desarreglos se denominan enfermedades situacionales o psicogénicas. En las segundas, la participación equivalente del estrés y la susceptibilidad biológica se conjugan y ocasionan lo que los médicos diagnostican como neurosis y trastornos de la personalidad. Finalmente, las enfermedades endógenas o constitucionales son aquellas en las que el estresor sólo juega un papel como contribuyente o desencadenante: ya existe en el individuo una tendencia orgánica a enfermarse, como en los casos de diabetes mellitus, depresión endógena o esquizofrenia.

EL ESTRÉS COMO UNA RESPUESTA BIOLÓGICA AL ESTÍMULO

El término estrés fue elaborado en 1936, en la Universidad Mc Gill de Montreal, por el médico austrocanadiense Hans Selye. Lo definió como una respuesta biológica inespecífica, estereotipada y siempre igual al estresor, mediante cambios en los sistemas nervioso, endocrino e inmunológico, de significado defensivo, que él denominó como síndrome general de adaptación.

Selye descubrió en los animales de experimentación la tríada de la respuesta biológica al estrés. Ésta consiste en hipertrofia de la glándula suprarrenal, atrofia del tejido linfoide y úlceras del estómago.

LA RESPUESTA PSICOLÓGICA AL ESTRÉS

La mente responde al estrés mediante percepciones, conocimientos, rememoraciones, emociones, defensas y mecanismos de enfrentamiento, cambios en las actitudes y en la autoestima, conductas y síntomas.

A través de esas respuestas el individuo puede lograr la percepción del agente del estrés e interpretar su significado como favorable o desfavorable. El conocimiento determina la capacidad o incapacidad de que el sujeto dispone para enfrentar la demanda que supone un estresor. Pueden intervenir en el proceso las rememoraciones detalladas de los sucesos traumáticos y las modificaciones afectivas, tanto de emociones positivas y placenteras, como negativas (displacer, ira, miedo, tristeza). Se genera la actividad de las defensas y de los mecanismos de enfrentamiento como la negación, la represión, la evitación o el humor. Se producen cambios en las actitudes hacia la gente, la vida o el futuro a consecuencia de acontecimientos desventurados. La estima del sujeto suele deteriorarse debido a los sucesos traumáticos y ocurre la aparición de síntomas psíquicos como el tedio, la fatiga, la escasa concentración, el insomnio o la melancolía.

EL ESTRÉS Y LA ENFERMEDAD PSICOGÉNICA

Aunque se reconoce que cierta cantidad de buen estrés es necesaria para la salud, la mayoría de los médicos utiliza el término para significar un estado de enfermedad del sujeto. De allí que resulten comunes los diagnósticos como úlcera por estrés, hipertensión arterial por estrés o hipoglucemia por estrés. De todas formas, es conveniente la utilización del término para denominar cualquier enfermedad de origen psicosocial porque resulta explícita y ayuda a crear conciencia sobre la participación del estrés en los desarreglos de la salud.

III. Biología del estrés

LAS REACCIONES al estrés resultan de gran complejidad por lo que permanentemente se descubren nuevos aspectos que incluyen a todos los tejidos del cuerpo humano. El cerebro es el órgano principal de respuesta al estrés y determina la actividad de los otros tejidos que, a su vez, influyen sobre el sistema nervioso mediante cambios metabólicos, aumento de la circulación sanguínea del cerebro, y por la acción de hormonas y sustancias inmunitarias sobre dispositivos receptores que modifican al propio cerebro y regulan entonces la respuesta al estrés.

Los cambios fisiológicos que provoca el estrés (graficados en las figuras 1, 2 y 3) pueden ser mejor comprendidos si se analizan separadamente. Para ello se esquematizarán en: sistema del estrés; factor liberador de corticotrofina (CRF, del inglés *corticotrophine release factor*); centro vegetativo coordinador del estrés (*locus coeruleus/norepinefrina*); respuesta del cerebro; respuesta del sistema endocrino; respuesta del sistema inmunitario; liberación de catecolaminas (adrenalina y noradrenalina) por las terminaciones simpáticas y la médula suprarrenal; y los cambios en los tejidos periféricos u órganos “diana”.

EL APARATO DEL ESTRÉS

La respuesta al estrés resulta tan importante para la supervivencia que la naturaleza ha creado un aparato para su organización, regulación y control. Los componentes básicos del aparato del estrés son la CRF y el *locus coeruleus*.

EL FACTOR LIBERADOR DE CORTICOTROFINA (CRF)

Descubierta en 1955, la CRF es un péptido cerebral que se localiza especialmente en el núcleo paraventricular (PVN) del hipotálamo. Desempeña un papel crucial en la coordinación de los componentes endocrinos, vegetativos, inmunitarios y conductuales del estrés. Los factores que estimulan la secreción de CRF son la noradrenalina, la serotonina, la acetilcolina y el neuropéptido Y. Por el contrario, resultan inhibidores de la liberación de CRF el cortisol y el sistema GABA/benzodiazepina.

Esta hormona actúa sobre la glándula hipófisis y determina la secreción de ACTH y

de betaendorfina. Últimamente se ha demostrado que es capaz de estimular directamente la glándula suprarrenal y de provocar la secreción de cortisol. Además posee un efecto antirreproductivo ya que deprime el eje sexual al inhibir a la hormona liberadora de la hormona luteinizante (LHRF). La CRF determina la liberación de somatostatina (STS), por lo que inhibe la secreción de la hormona liberadora de la hormona de crecimiento (GHRH) tanto como a la hormona tiroideoestimulante (TSH). Hasta aquí se han descrito los efectos endocrinos de la CRF. Sin embargo, existen otros tres efectos: los vegetativos, los inmunitarios y los conductuales.

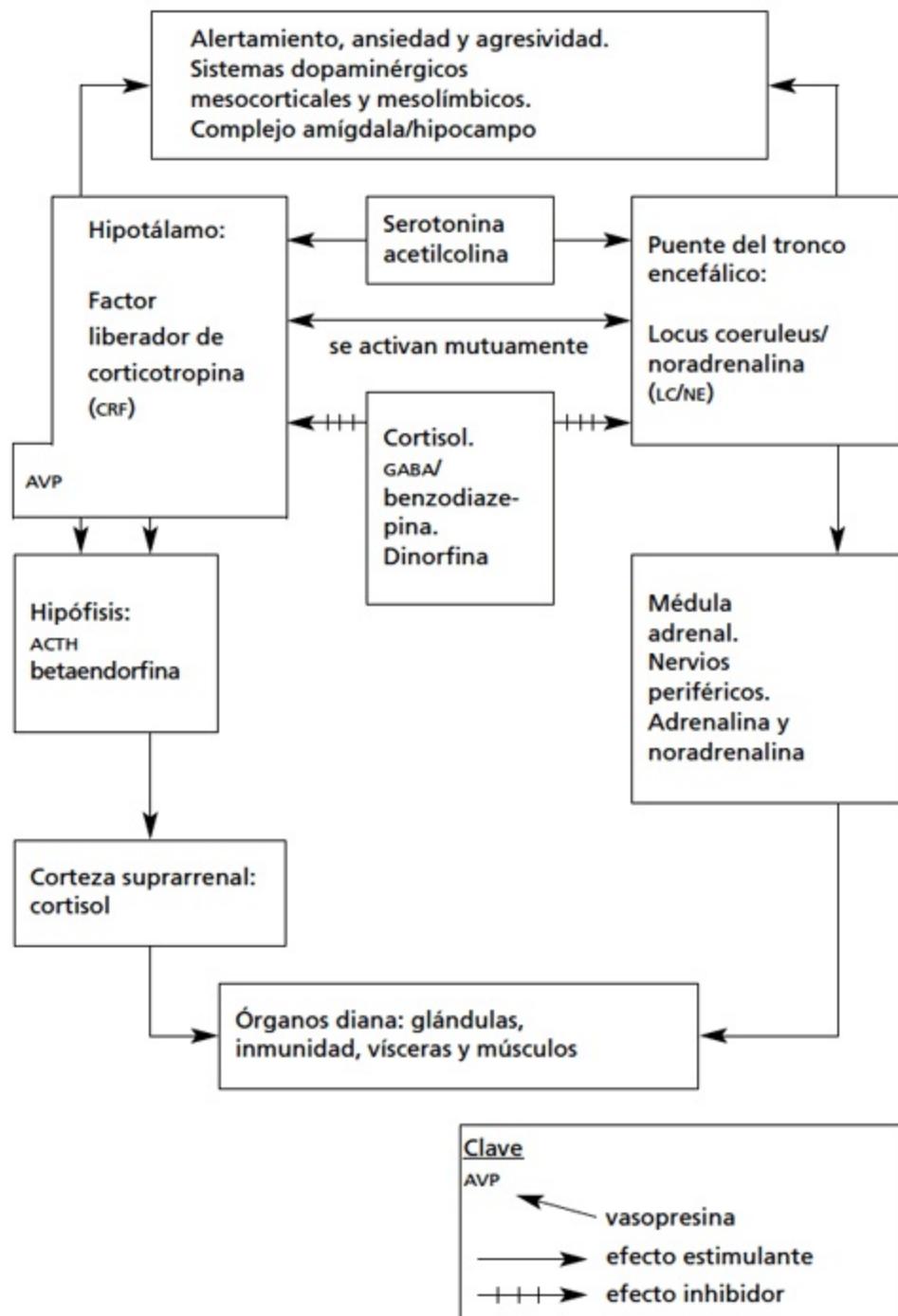


FIGURA 1. Sistema del estrés.

Para conseguir los primeros, la CRF activa el *locus coeruleus*, la médula suprarrenal y los nervios simpáticos, y provoca la secreción de adrenalina y noradrenalina. A través de la secreción de cortisol esta hormona deprime indirectamente los medidores de la inflamación y de la inmunidad. La CRF actúa en forma directa sobre el sistema nervioso y ocasiona conductas de alerta, ansiedad, agresividad, anorexia y disminución del deseo sexual.

El circuito de la actividad química de la CRF (véase figura 2) se inicia en el hipotálamo, con el balance de los factores que estimulan o inhiben su secreción. Luego, la CRF provoca la secreción de ACTH por la hipófisis, la ACTH estimula la corteza suprarrenal determinando la secreción de cortisol y, finalmente, el cortisol actúa sobre los receptores de cortisol de las células que segregan la CRF. El circuito se cierra al inhibirse la liberación de la CRF.

EL LOCUS COERULEUS/NOREPINEFRINA (LC/NE)

Localizado en la región del puente del tronco cerebral, cerca del cuarto ventrículo, el LC es un núcleo cuyas neuronas contienen norepinefrina. Esta formación y la CRF se estimulan mutuamente. Además también es activado por la serotonina y la acetilcolina. El LC/NE es inhibido por el cortisol, el sistema GABA/benzodiazepina y la dinorfina. La actividad de este núcleo provoca la secreción de noradrenalina en la corteza cerebral, el lóbulo límbico, el hipotálamo, la médula espinal y el sistema simpático periférico, con las manifestaciones conductuales de alertamiento y ansiedad (véase figura 1).

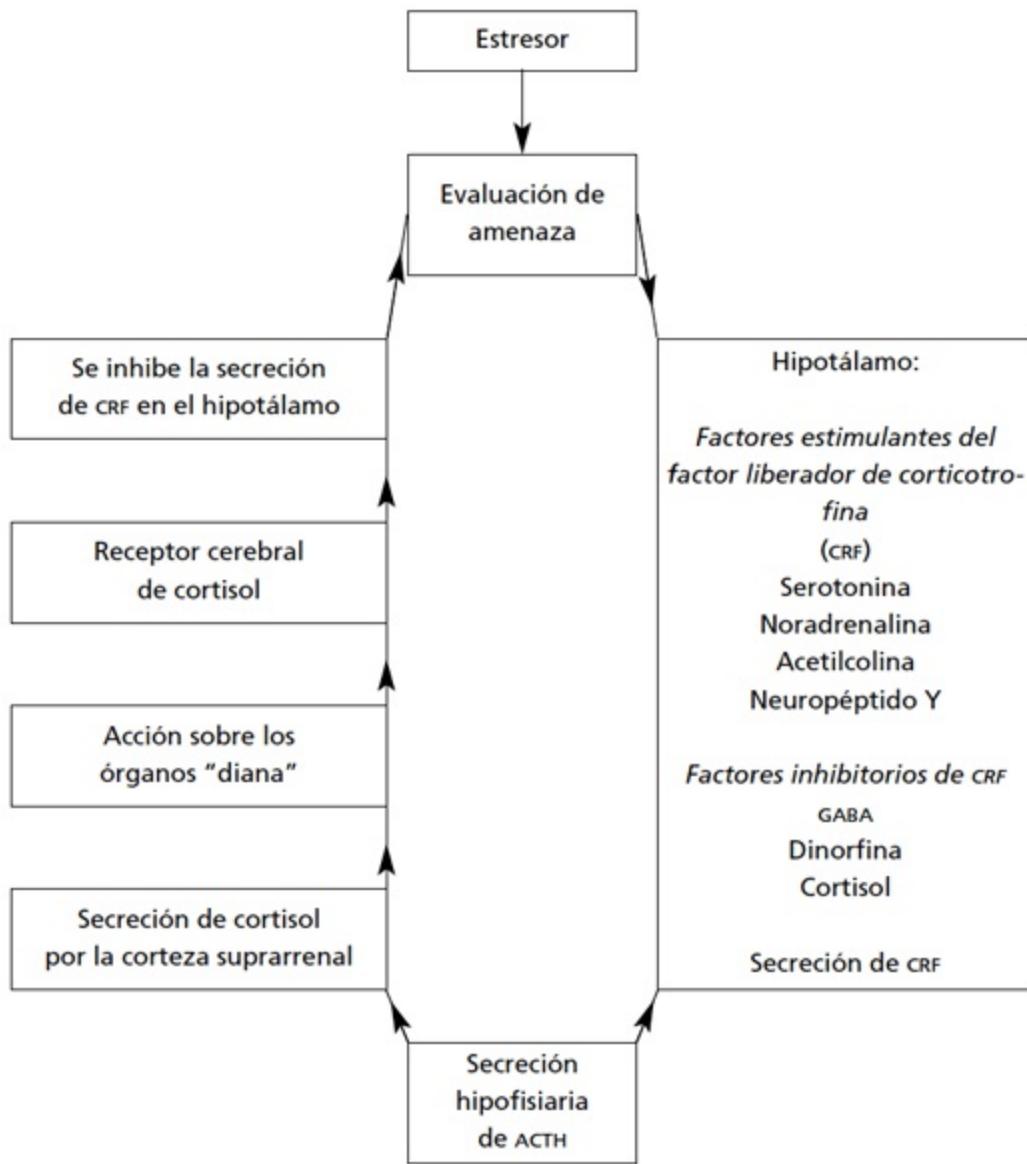


FIGURA 2. Circuito de la actividad del eje CRF-ACTH-CORTISOL.

RESPUESTA DEL CEREBRO AL ESTRÉS

El cerebro es el órgano en el cual se localizan el conocimiento, las emociones, el sistema de alertamiento, el control de las vísceras y la regulación del dolor. En la corteza cerebral ocurre el reconocimiento psicológico del estrés; en otra formación llamada lóbulo límbico suceden las respuestas de emoción que sugieren los estímulos; la

formación reticular responde despertando al sistema de vigilancia cerebral; y en el hipotálamo se ubican los centros de control visceral que se activan con los estresores.

El hipotálamo dispone de dos modos de influencia. Además de segregar factores liberadores de hormonas que actúan sobre la glándula hipófisis, a través de vías nerviosas activa también a la médula de la glándula suprarrenal. Ésta, a su vez, segregá las catecolaminas (adrenalina y noradrenalina) que encienden la respuesta al estrés en todo el organismo.

Se ha descubierto que en el cerebro ocurren cambios durante el estrés a través de dos tipos de sistemas químicos: las sustancias opiáceas y los neurointermediarios entre las neuronas. El cerebro, durante el estrés, libera las sustancias opiáceas mencionadas, que de algún modo resultan semejantes a la morfina y que se relacionan con la reducción del dolor, la liberación de hormonas y la activación de las vísceras. La dinorfina es un opiáceo que exhibe un efecto inhibidor sobre la CRF y el *locus coeruleus*.

Los neurointermediarios son pequeñas moléculas cerebrales que conectan de modo químico la actividad de las neuronas. Las catecolaminas (adrenalina, noradrenalina y dopamina), la serotonina y el sistema GABA/benzodiazepina, son los tres sistemas transmisores más conocidos. Se ha hecho referencia a que tanto las catecolaminas como la serotonina desencadenan la ansiedad y la reacción de estrés. Por el contrario, el sistema GABA/benzodiazepina resulta ansiolítico y posee efectos antiestrés. Se han presentado evidencias de que el estrés exalta las emociones y la ansiedad mediante la estimulación de la dopamina y la depresión del sistema GABA/benzodiazepina. El diazepam, que es una droga conocida como tranquilizante, actúa a través del sistema GABA/benzodiazepina.

RESPUESTA ENDOCRINA AL ESTRÉS

Durante el estrés se liberan hormonas a través del hipotálamo, de la hipófisis y de las glándulas endocrinas periféricas. El primero responde al estrés a través de la secreción de la CRF, la del péptido somatostatina (STS) —que inhibe la secreción hipofisiaria de la hormona de crecimiento y de tirotropina— y de las sustancias opiáceas.

La hipófisis segregá adrenocorticotropina (ACTH) y la sustancia opiácea beta-endorfina que posee efectos metabólicos y analgésicos durante el estrés. La hormona de crecimiento (GH) se eleva durante el estrés agudo pero se reduce en el crónico; en niños maltratados la disminución de la GH provoca el síndrome de enanismo psicosocial. También como respuesta de la hipófisis, la prolactina (PRL, hormona estimulante de la lactación) aumenta durante el estrés, inhibe la sexualidad y estimula la proliferación de

linfocitos y la inmunidad. A su vez, la arginina-vasopresina (AVP, u hormona antidiurética) aumenta y determina retención de agua por el riñón, eleva la tensión arterial, provoca secreción de corticotrofina por la pituitaria y deprime el eje reproductivo-sexual frente a situaciones de estrés. Por otra parte, al reducirse la secreción de tirotropina (TSH) disminuye el consumo de energía del cuerpo, que se regula por la glándula tiroideas.

Las glándulas endocrinas periféricas también responden al estrés. La suprarrenal produce una secreción aumentada de cortisol y la tiroideas disminuye la conversión de la tiroxina (T4) en triyodotironina (T3) —que resulta la hormona de mayor actividad biológica—. En el páncreas aumenta la secreción de glucagón, hormona que provoca el aumento de la glucemia; y en los testículos disminuye la hormona sexual testosterona.

El cortisol

La hormona del estrés o cortisol, afecta sensiblemente a los tejidos diana. Por ejemplo, en los animales puede exhibir un efecto tranquilizante o ansiolítico. Eleva la glucosa sanguínea como un factor diabetogénico, contribuye al aumento de la tensión arterial por la retención de sodio y facilita la formación de úlceras en la mucosa gástrica. También aumenta la degradación de las proteínas y la formación de ácido úrico.

En el cerebro, el cortisol inhibe la secreción de CRF y de *locus coeruleus*; en el sistema endocrino lo hace con los ejes de la hormona de crecimiento, de la reproducción y la sexualidad, y de las hormonas tiroideas. Además, inhibe también a los mediadores de la inflamación y de la inmunidad. Se ha comprobado que en animales, la acción prolongada de cortisol ha sido capaz de provocar la destrucción de neuronas en la zona cerebral del hipocampo.

RESPUESTA DEL SISTEMA INMUNITARIO AL ESTRÉS

Durante el estrés, el cerebro, el sistema endocrino y el inmunitario forman un circuito y se comunican a través de sesenta a cien señales bioquímicas en la forma de neurointermediarios, neuropéptidos, hormonas, factores de crecimiento del tejido linfoide, citoquinas, eicosanoides, etcétera.

La inmunidad resulta deprimida por el estrés psicológico, el insomnio, la melancolía, la desesperanza, el espíritu de derrota, el alcohol, las drogas, la somatostatina y la cortisona. Por el contrario, aumenta con el amor, el apoyo social, la

firmeza de la personalidad, el espíritu de lucha, el ejercicio físico, el sueño, las emociones positivas, la hormona de crecimiento, la prolactina y la insulina.

El hipotálamo posee receptores sensibles a los intermediarios de la inmunidad y es capaz de regularla por medio de la hipófisis y del sistema autónomo visceral. En los últimos años se ha demostrado que el cerebro es capaz de segregar citoquinas.

El sistema inmunitario se pone en movimiento a través de dos tipos de sustancias: las citoquinas y los intermediarios de la inflamación. Durante el estrés psicológico, un traumatismo, la irradiación solar o una infección, el sistema inmunitario libera polipéptidos con efecto hormonal que se denominan citoquinas. A continuación se describen las citoquinas más conocidas.

La *interleuquina 1* (IL-1) se libera en respuesta a injurias por antígenos, bacterias o lesiones tisulares. Es segregada por las células blancas llamadas macrófagos, por el cerebro y, quizás, por las células endoteliales. La IL-1 provoca fiebre, anorexia, depresión del miocardio, sueño, aumento de los neutrófilos, inmunoglobulinas y proteína C reactiva en la sangre. También produce estimulación de las glándulas endocrinas con liberación de insulina, glucagón, hormona de crecimiento, prolactina, tirotropina, vasopresina, CRF, ACTH y cortisol. Se ha demostrado que esta citoquina estimula el eje suprarrenal por acción directa sobre el hipotálamo, la hipófisis y la glándula suprarrenal.

La IL-6, o *interleuquina 6*, se eleva de modo notable durante las infecciones y se libera por una variedad de células: macrófagos, células T activadas, fibroblastos, endotelio y las endocrinas. La IL-6 estimula el crecimiento del sistema hematopoyético y linfoideo, favorece la síntesis aguda de proteínas por el hígado y resulta sinérgica con la IL-1.

El factor de necrosis tumoral (TNF) es una citoquina que provoca fiebre, piloerección, diarrea, depresión cardíaca e hipotensión vascular, consunción del cuerpo o caquexia, cambios metabólicos, liberación de hormonas y aumento de la permeabilidad capilar a la manera de una toxina endógena.

Originadas en las células activadas T, las citoquinas llamadas *gamma interferón* tienen efectos antivirales y estimulan las células blancas y la producción de anticuerpos.

Es oportuno aclarar que a través del cortisol, el sistema del estrés tiene un papel inhibitorio sobre la síntesis de citoquinas.

Es necesario recordar que el objetivo de una inflamación es focalizar la acción del agresor y evitar la diseminación del proceso. Las injurias provocan respuestas inflamatorias locales que dependen de la liberación de distintas sustancias a través de los tejidos. Entre estas sustancias se encuentran los eicosanoides, que son derivados del ácido araquidónico y se clasifican en prostaglandinas, prostaciclinas y tromboxanos.

Las dos primeras favorecen la inflamación, median los efectos de la IL-1 sobre los linfocitos T, provocan vasodilatación e inhiben la agregación plaquetaria.

Otra de las sustancias liberadas por los tejidos como respuesta inflamatoria local, es el factor activado plaquetario (PAF) que es segregado por los leucocitos y ocasiona agregación plaquetaria, hipotensión arterial y efectos proinflamatorios con edema, infiltración de leucocitos y aumento de la permeabilidad vascular. La histamina y la serotonina también son sustancias consideradas como intermediarios de la inflamación.

Un proceso inflamatorio resulta una respuesta adaptativa pero su exageración puede tener consecuencias autodestructivas. Se ha supuesto que la naturaleza ha creado el mecanismo supresor de la inflamación a través del cortisol para evitar que las sustancias proinflamatorias puedan provocar daño en los tejidos.

En el estrés agudo se observa un aumento breve de la inmunidad que se expresa por una elevación transitoria de la inmunoglobulina M (IgM), del componente C3 del complemento y de la actividad de los monocitos. En investigaciones de laboratorio las personas con estrés por tareas matemáticas mostraron un monto del total de células blancas (leucocitosis) con elevaciones del número de células asesinas naturales (NK) y células supresoras-T, y por el contrario disminuían las células B y las células Helper-T. A su vez, el estrés prolongado suprime la inmunidad mediante la depresión de la actividad de los linfocitos y la disminución de la actividad citotóxica de las células asesinas naturales (NK).

LA LIBERACIÓN DE CATECOLAMINAS POR LAS TERMINACIONES SIMPÁTICAS Y LA MÉDULA SUPRARRENAL

Las catecolaminas adrenalina y noradrenalina son las hormonas de las que dispone el cuerpo animal para huir o luchar. Su intervención permite el pasaje rápido del estado de reposo al de alertamiento e hipermetabolismo y facilita que la máxima disposición se mantenga por un tiempo prolongado. Se liberan en pequeñas cantidades por las terminaciones del sistema vegetativo simpático y, en mayor cuantía, por la médula suprarrenal.

Los efectos viscerales y metabólicos de estas hormonas son variados. Aumentan la circulación, el metabolismo y el alertamiento cerebral. El estrés reduce el ritmo alfa y facilita las frecuencias rápidas, desincronizadas y de bajo voltaje. Provocan dilatación pupilar e incrementan la frecuencia cardíaca y respiratoria, la tensión arterial y la dilatación bronquial.

La liberación de catecolaminas ocasiona también relajamiento de la musculatura digestiva y reducción del peristaltismo intestinal, la constricción de las arterias renales y liberación de la renina, una sustancia hipertensora. En los hombres, evita la erección por contracción de las arterias y de las trabéculas eréctiles de los cuerpos cavernosos. Aumenta la sudoración y puede producir erección de los pelos u horripilación.

Otros efectos son la aceleración de la coagulación sanguínea y el aumento de la agregación plaquetaria, que resultan mecanismos facilitadores de trombosis o infartos; el incremento de la glucemia en la sangre para aumentar su oferta al cerebro; la liberación de lípidos que pueden facilitar la arterioesclerosis y los infartos; e hipermetabolismo con incremento del calor corporal y del consumo de oxígeno. Además, suele producirse aumento del colesterol, de los triglicéridos, de los ácidos grasos libres y de los cuerpos cetónicos en el plasma sanguíneo.

En resumen, el estrés provoca la actividad del sistema nervioso central, el que a través del aumento del tono vegetativo simpático, las catecolaminas y las hormonas, dispone el metabolismo y los tejidos periféricos para la respuesta óptima a la demanda del esfuerzo psíquico y corporal.

Debido al papel que juegan las catecolaminas en las reacciones de estrés, se están estudiando los efectos antiestrés de las drogas que antagonizan estas hormonas, las que se denominan bloqueadores adrenérgicos.

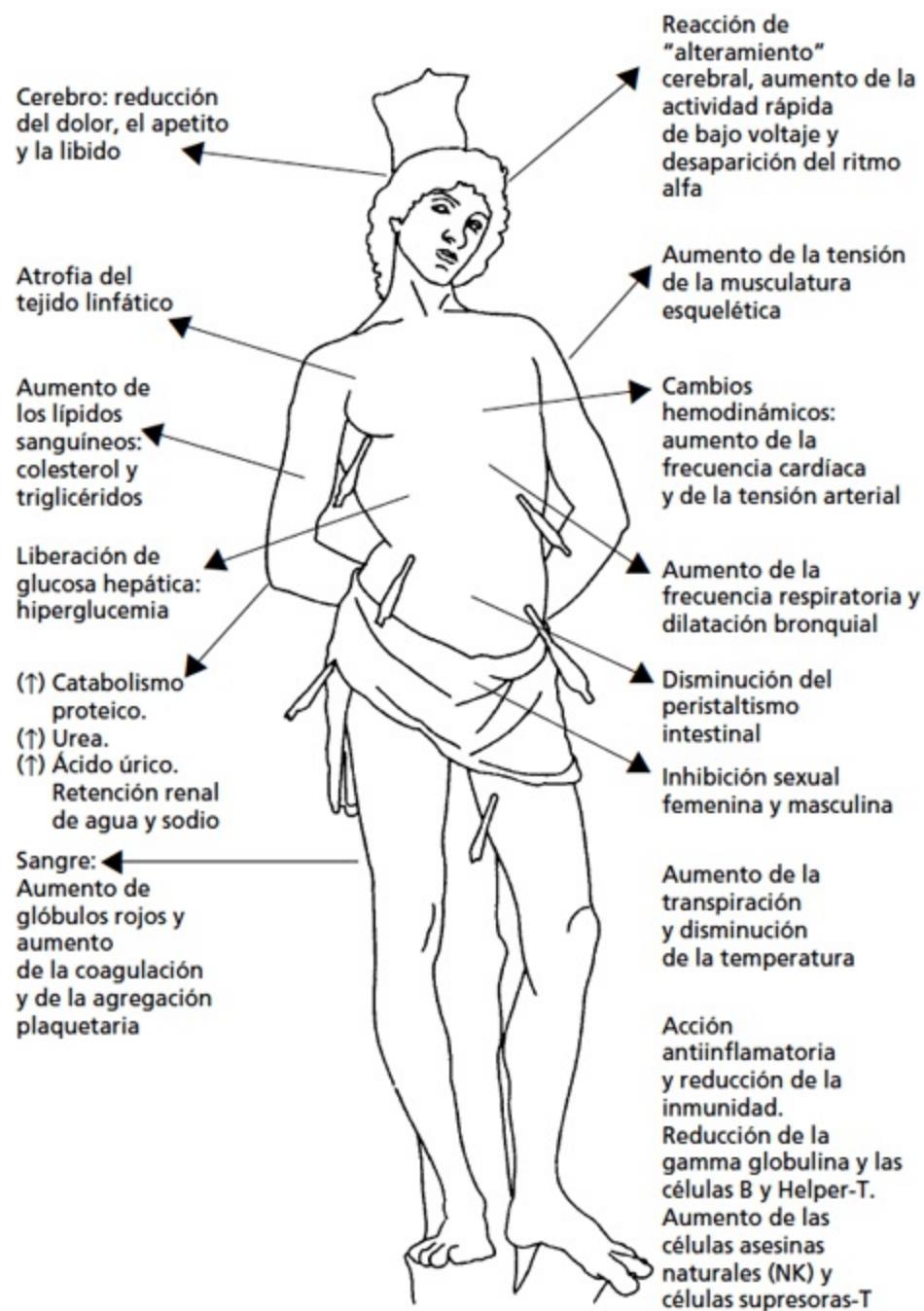


FIGURA 3. Cambios metabólicos, inmunológicos, vegetativos y de la musculatura estriada por estrés. (San Sebastián, de Botticelli).

ENFERMEDADES EN QUE SE HAN DEMOSTRADO ANORMALIDADES DEL SISTEMA DEL ESTRÉS

Se ha puesto en evidencia el aumento o la disminución de la actividad endocrina y nerviosa en las enfermedades del sistema del estrés. La hiperactividad del aparato del estrés se expresa como un aumento de la CRF y del tono simpático. Esto puede observarse en depresión melancólica, crisis ansiosa de pánico, enfermedad obsesiva, alcoholismo, en ejercicios físicos severos, desnutrición y anorexia nerviosa, hipertiroidismo, síndrome de tensión premenstrual y en enfermedades crónicas graves como anorexia, hipogonadismo, úlcera péptica, inmunosupresión, en depresiones y frente a cuadros de pérdida de peso.

La reducción de la actividad del sistema del estrés se manifiesta como una disminución de la CRF y puede presentarse en depresiones atípicas y estacionales; en el síndrome de fatiga crónica y el trastorno por estrés postraumático; en hipotiroidismo, obesidad y síndrome de Cushing; y en síndrome por abstinencia de nicotina.

IV. Psicología del estrés

AL IGUAL que la fisiología que se acaba de revisar, la psicología del estrés resulta compleja y, para comenzar a comprenderla, es necesario definir qué es un psicotrauma. El primero en utilizar el término fue el neurólogo alemán Eulemburg (1878), quien pensaba en un “shock psíquico”, que se expresaba por intensas emociones de terror, ira o tristeza y provocaba una verdadera “conmoción de las moléculas” del cerebro semejante a la que ocurre en los traumatismos mecánicos. Posteriormente, Freud y Breuer (1895) reutilizaron el término psicotrauma asociándolo con la noción de inconsciente.

El psicotrauma intelectual y psicosocial se distingue de los estresores físicos, químicos y fisiológicos debido a que resulta mediado por las cogniciones de las que depende su naturaleza psíquica. Psicotrauma es equivalente a la noción de estresor negativo, nocivo, no saludable o distrés. Por otra parte, la intensidad del impacto psicotraumático depende del estresor y de la vulnerabilidad del sujeto. La variedad de psicotraumas corresponde a los tipos de estresores ya tratados (véase cuadro 1).

Son diversas las circunstancias que provocan las situaciones psicotraumáticas. El estrés puede ser causado por falta de amor; por la frustración de necesidades como el deseo sexual o el hambre; por duelos, pérdidas o daño a personas o a objetos queridos. Los psicotraumas también pueden consistir en daño a la autoestima y pérdida de la estima social; en opresión, violencia y abusos físicos o psicológicos; en riesgo de fracaso en algún desempeño importante o frente a una tarea difícil, novedosa y poco comprensible como así también en amenaza de castigo por haber realizado un trabajo en forma errónea o imperfecta.

Los conflictos de tipo “trampa” —así denominados porque resulta imposible predecirlos, escapar o tener control sobre ellos— originan percepciones de indefensión y desamparo, por lo que también son generadores de situaciones psicotraumáticas. Por último, el riesgo de daño físico, el dolor o la incomodidad pueden significarse como psicotraumas.

En los estudios sobre psicotraumas los temas más frecuentes resultan los duelos, los conflictos sexuales y sentimentales, las discordias familiares y el estrés ocupacional. Una de las tareas más importantes del terapeuta en la atención de las enfermedades por el estrés, es el reconocimiento de los psicotraumas mediante la entrevista o valiéndose de inventarios, como el de Holmes y Rahe, que permiten diagnosticar los temas y la intensidad del impacto nocivo (véase cuadro 3).

Al igual que una herida física, el efecto de los psicotraumas puede ser agudo o crónico; en el último caso las consecuencias suelen mantenerse durante años y el sujeto puede recordar o, mediante el olvido, reprimir el suceso dramático.

LAS COGNICIONES ANÓMALAS

La escuela conductista postula que el estrés se debe a cogniciones o pensamientos anómalos y sus tratamientos apuntan a modificar estas ideas. Las cogniciones enfermizas provocan estrés al aumentar la intensidad del impacto de un suceso trivial o realmente amenazante.

Las cogniciones ansiogénicas o provocadoras de ansiedad son típicas de la angustia por insuficiente desempeño en la copulación y ocasionan desarreglos de la respuesta sexual. “Voy a fallar nuevamente”; “mi cuerpo no me obedece como yo quiero”; “todos lo hacen mejor que yo”; “voy a quedar en ridículo”; “esta vez me desprestigiaré”; “yo no tengo control en este asunto”.

Estas cogniciones también se observan en ocasiones en que se espera un determinado rendimiento en el arte, el deporte, el trabajo, ante exámenes académicos o intervenciones interpersonales como el hablar ante un auditorio con el cual se está poco familiarizado. Los pensamientos referidos resultan típicos de las personalidades inseguras, ansiosas y obsesivas.

Otro tipo de pensamientos anómalos son las ideas de desamparo, conocidas como cogniciones de desvalimiento o provocadoras de depresión, porque favorecen el desarrollo de la tristeza y de las ideas suicidas. Ante una contingencia de estrés el desvalido piensa: “siempre voy a fracasar”; “nada me sale bien”; “no soy inteligente”; “soy feo, no tengo gracia ni simpatía”; “soy aburrido y nadie me quiere”; “siempre soy un perdedor”; “los fracasos se deben a mi incapacidad”; o “mi vida carece de futuro”. Estos pensamientos se relacionan con una escasa estimación de sí mismo y se originan en niños no amados, criticados con exceso y sin respeto. Las cogniciones de desamparo se observan en las personalidades depresivas y dependientes.

Finalmente, las cogniciones persecutorias y provocadoras de paranoia resultan características de las personalidades anormales de tipo paranoide, que se caracterizan por la desconfianza, los celos, el odio a supuestos enemigos y las discusiones y pleitos interminables. Por ello, en los encuentros interpersonales, estas cogniciones sugieren ideas como “estoy rodeado de enemigos y traidores”; “me está estudiando para hacerme daño”; “su saludo es una máscara hipócrita que disimula su odio hacia mí”; “los demás crean calamidades para herirme”; “busca defectos para burlarse de mí”; “todas las

mujeres son infieles” o “todos los hombres son adúlteros”; “no se puede confiar en nadie”; “todo lo que me dicen es mentira”; o “los negros son traidores y miran de forma agresiva”.

La escuela psicoanalítica entiende las cogniciones paranoides como una proyección de los deseos o sentimientos inconscientes del propio sujeto, que éste atribuye erróneamente a los demás. Para los conductistas, las cogniciones paranoides se aprenden en familias, instituciones o comunidades con un clima odioso de desconfianza, castigos y persecuciones.

Como se desprende de los ejemplos citados, estas cogniciones originan percepciones del prójimo que son interpretadas como amenaza, ataque, burla, desprecio o despojo, y ocasionan el consiguiente estrés emocional. Los pensamientos paranoides provocan relaciones dañinas con las otras personas debido al humor discutidor, los pleitos, los celos y la violencia.

LAS COGNICIONES QUE PROPICIAN O REDUCEN EL ESTRÉS

En relación con la percepción del estrés, las cogniciones pueden clasificarse como propiciadoras o reductoras del estrés. Además de los mencionados al tratar los tipos de cogniciones, existen otros pensamientos facilitadores del estrés. Por ejemplo, dar más importancia a la angustia relacionada con la imposibilidad de perfección en una tarea que al desarrollo de la misma; o una preocupación excesiva por las opiniones de los demás sobre el valor del sujeto en el caso de que falle en el empeño.

Las largas e infructuosas reflexiones sobre distintos modos de realizar una tarea, que resultan típicas de las personalidades obsesivas e inseguras, como las ideas conducentes a una baja estima, también son facilitadoras de estrés.

Por otra parte, existen frases que son consideradas cogniciones antiestrés. “Cualquiera puede fallar”; “lo que me pasó a mí, puede sucederle a cualquier persona”; “fracasé porque la tarea era demasiado difícil”; “será la próxima vez”; “salvo por esta dificultad, mi desempeño es bueno en el resto de las cosas”; “a veces se pierde y otras veces se gana”; “no soy menos que nadie”; “lo que otro hombre inventó, yo también puedo entenderlo y resolverlo”; o “me divierten los desafíos”.

Estas cogniciones se caracterizan porque dan más importancia a la tarea que a la opinión de otras personas sobre con qué perfección se alcanzó el empeño, a la vez que restan importancia a la consecuencia de algún fallo. Suponen que los fracasos resultan solamente temporales, propician o dependen de una autoestima entre adecuada y alta, y no establecen comparaciones desfavorables entre los éxitos de los demás y los reveses

personales.

Las cogniciones antiestrés se aprenden en la familia, en la escuela, en el trabajo y en la cultura general de una comunidad. Estos pensamientos actúan como amortiguadores del impacto del estrés y su adquisición puede considerarse como una promoción de la salud y una prevención del disgusto y de las enfermedades por estrés.

En síntesis, las cogniciones modulan la percepción del estrés de tal manera que aumentan o disminuyen el impacto del psicotrauma y la cadena de acontecimientos fisiológicos y psicológicos que terminan provocando ya el endurecimiento de la personalidad o, en el peor de los casos, la enfermedad.

EL PSICOTRAUMA PSICOANALÍTICO REMOTO COMO PUNTO DE RESONANCIA DEL ESTRESOR ACTUAL

Uno de los méritos de Freud ha consistido en el descubrimiento de los psicotraumas infantiles de significado sexual que parecen olvidados pero que, sin embargo, provocan intensas respuestas emocionales y síntomas cuando se activan por estresores actuales con los que guardan algún tipo de relación. Por esta razón, los psicoanalistas estiman que las causas más importantes del estrés resultan las reminiscencias de circunstancias remotas y, en menor grado, las contingencias actuales.

La clínica ha confirmado las suposiciones de Freud, pero existen otros casos, como el del estrés ocupacional o las catástrofes, en los que en forma indudable el sufrimiento procede en mayor grado del estresor actual.

MECANISMOS DE ENFRENTAMIENTO O COPING

Los sujetos, ante un conflicto sentimental, responden de distinta manera para resolver la situación. Algunos someten al otro mediante la violencia; otros piensan que las opiniones del amante carecen de valor y le quitan importancia al desacuerdo. Un tercer tipo de personas resuelve la tristeza con la alegría transitoria que provee el alcohol.

Se ha establecido que los mecanismos de enfrentamiento operan en tres direcciones. Pueden actuar sobre el conflicto para modificarlo favorablemente, o cambiar el modo de interpretarlo, o manejar los sentimientos desagradables que ocasiona el psicotrauma.

Son variantes personales del manejo del conflicto: atacar o evitar, pensar

continuamente o ignorar el asunto, culparse a sí mismo o a los otros, y aislarse o buscar consuelo en los otros.

Tomando en cuenta la salud, los mecanismos de enfrentamiento pueden ser sanos, inadecuados u ostensiblemente patológicos. Los inadecuados suelen ocasionar un alivio inmediato pero no resuelven el conflicto a largo plazo. Cuando una respuesta perjudica a otra persona, tampoco se considera sana.

Al estudiar matrimonios disfuncionales se describieron cuatro tipos de mecanismos de enfrentamiento. La negociación y discusión es cuando la pareja acuerda hablar sobre los problemas (“vamos a sentarnos a conversar sobre nuestras dificultades”). En las comparaciones optimistas se apela a frases como “hay otros matrimonios que están peor”. La ignorancia selectiva resulta cuando se intenta ignorar el conflicto (“no pienso en el asunto”, “sólo pienso en mi trabajo”). En la resignación se trata de controlar las emociones y se evitan las interacciones con la pareja (“trato de evitar a mi esposa”).

Se ha considerado que el procedimiento más sano resulta la negociación. En las parejas más gravemente disfuncionales se ha observado predominio de comparaciones optimistas, ignorancia selectiva y resignación.

FACTORES QUE FACILITAN O DIFICULTAN LOS MECANISMOS DE ENFRENTAMIENTO. ADQUISICIÓN DE ESTOS MECANISMOS

Los mecanismos de enfrentamiento resultan facilitados por experiencias previas exitosas, una autoestima adecuada o alta, el estado de ánimo alegre y dispuesto, la esperanza en la solución del conflicto y el aliento que provee la red de apoyo social. Por el contrario, los fracasos previos, la baja autoestima, la tristeza, la ansiedad y la fatiga, el pesimismo, y la censura o el desaliento de personas cercanas, se consideran aspectos que dificultan la acción de los mecanismos de respuesta.

Los modos de enfrentamiento más elementales, como la agresión, la evitación o la huida, parecen ser heredados y estarían impresos en el cerebro por mecanismos genéticos. Otras respuestas son aprendidas durante toda la existencia de manera involuntaria —por ósmosis—, imitando los modelos que proveen la familia, la escuela, la cultura del grupo o de la etnia de pertenencia.

Entre las respuestas socializadas pueden mencionarse los rituales de duelo, la utilización de los recursos que provee la ley y la solicitud de ayuda médica. Las sociedades primitivas pautan de manera opresiva y rígida los escasos mecanismos de enfrentamiento de que disponen. En las sociedades modernas las personas poseen más

diversidad y libertad de respuesta.

Se hace evidente que los individuos despliegan un repertorio múltiple y simultáneo de mecanismos de enfrentamiento. Sin embargo, son los sujetos más sanos quienes disponen de mayor variedad de recursos de respuesta realistas y eficaces. La elección del tipo de mecanismo debe ser flexible pues una respuesta no resulta adecuada para todas las circunstancias, sino que debe ajustarse y resultar pertinente para cada contingencia.

El médico que asiste a un sujeto con estrés debe reconocer el repertorio y la sanidad de sus mecanismos de enfrentamiento para modificar o dotar a la persona de nuevas respuestas.

En suma, los procesos de enfrentamiento significan los esfuerzos intrapsíquicos y de la acción para controlar, tolerar, reducir o menospreciar las demandas internas o del ambiente.

LAS DEFENSAS Y SU DISTINCIÓN DE LOS MECANISMOS DE ENFRENTAMIENTO

Descritas ya por Freud y su escuela psicoanalítica en el trabajo “Las neuropsicosis de defensa” (1894), las defensas son un tipo particular de mecanismos de enfrentamiento. Esta materia recibió especial atención por parte de Anna Freud en 1937.

Las defensas son procesos automáticos e inconscientes —quizás heredados de la filogenia—, que dominan el psiquismo consciente y tienen carácter repetitivo. Responden escasamente a la realidad, dependen mayormente de conflictos inconscientes y son capaces de deformar las percepciones y los juicios sobre la propia persona y la realidad. Significan protección contra la angustia y el odio intolerables a la conciencia; no son necesariamente patológicas y se observan en personas normales.

De acuerdo con su calidad adaptativa, realismo, madurez y sacrificio del Yo, se clasifican en:

- maladaptativas (proyección, agresión pasiva, regresión y *acting-out*);
- distorsionadoras de la realidad (clivaje, idealización, omnipotencia/devaluación);
- de autosacrificio (formación reactiva);
- adaptativas o maduras (sublimación, altruismo, humor, supresión y anticipación).

Las defensas adquieren carácter enfermizo cuando distorsionan seriamente la

realidad y dañan al sujeto u a otra persona.

A diferencia de las defensas, los mecanismos de enfrentamiento resultan predominantemente conscientes, no poseen un carácter tan imperativo, automático ni repetitivo, y se originan en cogniciones más realistas dependiendo en menor grado de razones inconscientes. Generalmente, los mecanismos de enfrentamiento son operaciones aprendidas de la comunidad cultural.

TIPOS DE MECANISMOS DE ENFRENTAMIENTO

Según Lazarus, un estudiado del estrés psicológico, los mecanismos de enfrentamiento pueden ser clasificados en cuatro tipos. El primero, llamado de búsqueda de información, se fundamenta en que el conocimiento de la situación psicotraumática reduce el estrés. Sin embargo, Lazarus hace la salvedad de algunos casos de estrés por enfermedades, en los cuales ciertas personas se sienten mejor evitando la información, pues la incertidumbre facilitaría la esperanza.

CUADRO 2. *Mecanismos de enfrentamiento o coping, y defensas inconscientes*

<i>Mecanismos de enfrentamiento</i>	<i>Defensas inconscientes</i>
<ol style="list-style-type: none"> 1) Agresión, amenazas y castigos. 2) Habilidad asertiva. 3) Negociación. 4) Ganarse al prójimo. 5) Sumisión. 6) Evitación. 7) Ventilación y confidencias. 8) Elaboración de un programa y desempeño de tareas. 9) Modificación de la meta. 10) Descalificación del objeto. 11) Fantasías vigiles. 12) El humor. 13) La religiosidad. 14) La oración. 15) La resignación. 16) La parálisis del deseo. 17) Comparaciones optimistas. 18) Elogios a sí mismo. 19) Culpabilizar al otro. 20) Distracción evasiva. 21) Consumo de drogas y alcohol. 22) Anticipación. 23) Supresión. 24) Búsqueda de información. 25) Afiliación y petición de ayuda a la red solidaria. 26) Solicitud de asistencia profesional. 27) Otros: conducta consumatoria de sexo o alimentación, esperanza, ocio, música, etcétera. 	<ol style="list-style-type: none"> 1) Represión (1894). 2) Negación (1894). 3) Proyección (1895). 4) Introyección. 5) Desplazamiento (1894). 6) Clivaje, escisión y disociación. 7) Aislamiento. 8) Idealización. 9) Agresividad pasiva (1915). 10) <i>Acting-out</i>. 11) Defensa maníaca. 12) Vuelta sobre sí mismo. 13) Identificación con el agresor. 14) Externalización. 15) Racionalización. 16) Intelectualización. 17) Transformación en lo contrario y formación reactiva. 18) Altruismo (1916-1917). 19) Sublimación (1905). 20) Otras: anulación, fantasía esquizoide, conversión, somatización, etcétera.

Nota: El año entre paréntesis indica la fecha en que Freud estudió esta defensa.

El segundo tipo es el de la acción directa, es decir, la respuesta por agresividad, asertividad, confidencia, toma de medicamentos o práctica de ejercicios físicos. La inhibición de la acción, el tercer tipo, actúa inhibiendo la conducta sexual, la agresividad o la respuesta verbal a una ofensa. Por último, las respuestas intrapsíquicas son mecanismos que operan sobre la propia mente, como los elogios a sí mismo, las comparaciones optimistas, la religiosidad, el humor o la resignación.

La cuantía y variedad de los modos de enfrentamiento son enormes, y sólo se desarrollarán los tipos que se presentan en el cuadro 2.

Agresión, amenazas y castigos. Un modo primitivo y dañino de resolver las desavenencias es a través de las agresiones y de las amenazas verbales y físicas. Éstas sólo son saludables y justificadas en contadas excepciones. Los castigos desproporcionados, humillantes y crueles provocan una espiral de violencia entre las personas y, con posterioridad, debido a las represalias, aumentan la situación de estrés. Cuando aleja de sí a los familiares y amigos, y destruye su propia red de apoyo social, el sujeto agresivo suele quedar desamparado.

Habilidad asertiva. La capacidad de defender y expresar los derechos, preferencias, ideas o sentimientos sin dañar los intereses del prójimo y sin que ocurra agresión, sometimiento, miedo ni culpa, se define como habilidad asertiva. Esta destreza supone la capacidad para discrepar sin que medien ofensas, y la posibilidad de pedir ayuda o aclaraciones, y de admitir ignorancia sobre algo. También se aplica a la habilidad para responder a acusaciones o críticas, pedir disculpas, elogiar a otros, galantear al solicitar un trabajo, hablar en público, etc. Como casos particulares de esta conducta se suelen citar la negociación y la habilidad para ganarse al prójimo.

Negociación. Ésta es lo opuesto a la agresión y consiste en la disposición de otorgar concesiones a cambio de algunas ventajas. La negociación resulta una de las operaciones más saludables para resolver el estrés marital y familiar, y los desacuerdos en el trabajo. En Estados Unidos las técnicas de negociación se enseñan en algunas escuelas secundarias y en universidades como un componente de la competencia personal y profesional.

Ganarse al prójimo. Para conquistar poder sobre el otro algunas personas apelan a las alabanzas, a la seducción, a la gentileza, a la oferta de servicios o a regalar objetos. El primer paso de esta estrategia consiste en identificar qué puede gustarle al sujeto en cuestión para ser complacido. A diferencia de la negociación, esta transacción no es explícita, y el interesado invierte sin garantías de retribución inmediata y sin ningún contrato verbal. Los objetivos que se pretenden obtener pueden ser favores sexuales, aprobación de exámenes, protección, o distintos servicios.

Sumisión. El sometimiento es un comportamiento común al hombre y a los animales que negocian la entrega a cambio del cese de la agresión o de la obtención de objetos o servicios que debe proveer el otro.

Evitación. El sujeto evita a las personas, los lugares y situaciones donde ha sido perjudicado. De esta manera, un fracaso sexual se resuelve con la evitación del sexo; la discordia marital ocasiona que se rehuya el contacto con la pareja; y el estrés laboral da lugar al ausentismo y a la deserción.

Catarsis y confidencias. Este comportamiento consiste en obtener alivio mediante la verbalización del conflicto. La mayoría de las personas se conforta y desahoga relatando sus desventuras a su familia, a los amigos o al médico.

Elaboración de un programa y desempeño de tareas. Por lo general, la elaboración de un plan y la posterior ejecución de algunas acciones para resolver una tarea o un conflicto, actúan como un factor de tranquilidad para el sujeto. Por el contrario, la ausencia de planes ante los problemas, aumenta la ansiedad, la perplejidad y el desamparo.

Modificación de la meta. Cuando se fracasa en algún empeño, las personas suelen cambiar los fines perseguidos. De esta manera, un amante rechazado escoge otra pareja, o ante una dificultad profesional, el sujeto cambia de oficio.

Descalificación del objeto. Ciertos individuos, para minimizar un infortunio, quitan el valor al objeto perdido o a la tarea en la que no se tuvo éxito. “El hombre que me fue infiel era ridículo y no servía para nada” y “el cargo que perdí sólo me creaba problemas”, son frases ilustrativas de este comportamiento.

Fantasías vigiles. El odio que no se puede aliviar, los amores frustrados y las carencias, se pueden compensar mediante fantasías voluntarias y conscientes. Así, el rencor a una persona se mitiga imaginando el modo de hacerla sufrir; la privación sexual se satisface pensando en escenas eróticas con amantes ideales; la pobreza se consuela con fantasías de enormes riquezas; y las minusvalías se compensan con la imaginación de éxito y poder.

El humor. De acuerdo con el grado de determinación inconsciente, el humor —la reacción al estrés mediante una broma— puede ser considerado como una defensa psicoanalítica o un mecanismo de enfrentamiento. La risa y el miedo son emociones antagónicas; por eso el humor reduce el temor ante situaciones de amenaza. El chiste propicia el afecto animado, permite las agresiones al hacer difíciles las represalias, quita solemnidad a los objetos temidos y provoca un distanciamiento saludable de las situaciones de riesgo. Por ejemplo, en algunas instituciones pediátricas las enfermeras son entrenadas para utilizar el humor y la risa como un procedimiento para aliviar el dolor y el estrés que produce la hospitalización en los pequeños pacientes. El humor

resulta una de las defensas más maduras y eficaces. Es aconsejable que sea cultivado para desarrollar personalidades duras y saludables.

La religiosidad: consuelo y esperanza mágica o mística. La indefensión del hombre ha creado dioses, espíritus y ángeles para que lo protejan en situaciones de riesgo, perdonen sus transgresiones y lo consuelen de las pérdidas. Los brujos, en culturas primitivas, interpretan las causas de las desgracias y anulan las malas influencias espirituales mediante manipulaciones mágicas. Indudablemente, los rituales religiosos alivian a los creyentes bajo condiciones de estrés. La incertidumbre en el futuro se resuelve con horóscopos y prácticas adivinatorias que también proveen esperanza.

La oración. Una antigua maniobra de la mente para propiciar estados de relajación psíquica y suprimir la ansiedad y la cólera, es el orar. El sujeto se retira a un lugar sosegado, adopta una posición corporal pasiva y se concentra en la repetición de un texto simple que le provoca un estado de serenidad y quietud.

La resignación. La aceptación de una carencia, una limitación o una pérdida puede significar un modo razonable de resolver algunos conflictos que no tienen solución.

Parálisis del deseo. Cuando el estrés del deseo no puede ser satisfecho suele suprimirse la motivación. Esta parálisis del deseo puede ser considerada como una represión de los impulsos instintivos. El malestar que ocasionan algunas disfunciones sexuales suele inhibir los deseos eróticos que luego reaparecen al superarse el desarreglo.

Comparaciones optimistas. Las comparaciones con las desventuras ajenas mejoran la autoestima y dan lugar a algún grado de conformidad. Este mecanismo se expresa en frases tales como “a todo el mundo le puede pasar esto”, “hay quienes están peor que nosotros” o “habiéndole tanta desgracia, a nosotros no nos pasa nada”.

Elogios a sí mismo. Las percepciones de desamparo, la noción de la propia vulnerabilidad, el dolor, los reveses y las tragedias, deterioran la propia estimación, que suele compensarse con ponderaciones a la propia persona. Esto se evidencia en discursos como “esta vez me salió mal pese a mi genialidad”, “sé que mi ex marido no resiste mi belleza” o “yo sigo siendo el más inteligente de todos”.

Culpabilizar al otro. Para protegerse del deterioro de la autoestima que supone un fracaso, y para responder a las demandas y críticas, algunos sujetos optan por culpar a los demás. El psicoanálisis interpreta esta operación como una proyección. Ejemplos de frases culpabilizantes son “no tuve orgasmo porque mi pareja no sirve”; “el matrimonio falla porque tú eres insoportable”; “no aprendí porque mi maestro no sabe”; “perdimos porque mis compañeros jugaron mal”; o “el trabajo salió mal porque mi jefe es incompetente”.

Distracción evasiva. Se produce cuando el individuo focaliza la atención en la

lectura, en pasatiempos, mirando programas de televisión, y gasta el tiempo que debiera dedicar a las actividades que evade.

Consumo de drogas y alcohol. En la búsqueda de crearse paraísos artificiales, intentando evitar una realidad desplacentera, para mitigar sentimientos de inconformidad o los síntomas del estrés, determinados sujetos consumen drogas. A su vez, los tranquilizantes atenúan la ansiedad; los hipnóticos aumentan las horas de sueño; y el alcohol, las anfetaminas y la cocaína provocan una alegría transitoria.

Anticipación. El individuo a veces es capaz de prever el malestar que le provocará un acontecimiento futuro, por lo que planifica el modo de enfrentarlo. Mediante las operaciones de anticipación la gente se prepara para contingencias como una intervención quirúrgica, una muerte por enfermedad o un divorcio.

Supresión. La persona reconoce una tarea o un conflicto pero difiere el momento de resolverlo. Luego, el sujeto recuerda la tarea y se ocupa de ella.

Búsqueda de información. El estrés de lo desconocido, lo novedoso y la incertidumbre, se atenúa cuando se obtiene suficiente conocimiento de la situación. La información origina la noción de control de los acontecimientos. Se ha observado que cuando los enfermos que deben ser sometidos a procedimientos de diagnóstico o cirugía obtienen información suficiente, presentan menos manifestaciones de estrés.

Afiliación a grupos y petición de ayuda a la red de apoyo social. Durante el enfrentamiento al psicotrauma, la persona amortigua el impacto del estresor mediante la afiliación a grupos o solicitando ayuda a su red de apoyo social, que provee solidaridad, consejo, atención, información, auxilio y protección. En un estudio realizado en Inglaterra se estableció que del total de sujetos que había tenido problemas en los últimos diez años, el 94% había solicitado ayuda a amigos y familiares; un 47% lo había hecho a profesionales y a agencias sociales; y un 37% a su médico de cabecera. Los encuestados expresaron que lo que más los había ayudado fue la simpatía y el apoyo que recibieron durante sus desventuras.

Solicitud de ayuda psicológica, social y legal. Algunas personas responden al psicotrauma solicitando ayuda psicológica, social o legal buscando obtener información, sostén, alivio de los síntomas y protección con profesionales. En estas circunstancias el sujeto consulta a médicos, enfermeras, psicólogos, trabajadores sociales, abogados, fiscales o policías.

Otros mecanismos de enfrentamiento son las conductas consumatorias de sexo o alimentación, la esperanza, el perdón, el ocio, las recreaciones, el placer de escuchar o hacer música, el ejercicio físico, etcétera.

TIPOS DE DEFENSAS INCONSCIENTES

El antagonismo entre el estrés de las necesidades del instinto y la censura del Superyó o de la realidad, provocan sentimientos displacenteros que se resuelven de modo automático mediante las defensas inconscientes. Al igual que como resulta en los mecanismos de enfrentamiento, la variedad de defensas inconscientes es considerable, por lo que se desarrollarán sólo las presentadas en el cuadro 2.

La represión. Las situaciones inaceptables, como el odio al padre o los deseos homosexuales, no emergen en la conciencia y, aparentemente, se olvidan pero permanecen en la inconsciencia. Son reprimidos. Si un hombre llora sin que reconozca la causa, se afirma que está ocurriendo una represión del motivo, pero si no reconoce la presencia de lágrimas ni la muerte de un familiar significativo, se califica el hecho como negación.

La negación. Un deseo, una idea o una realidad inaceptables pueden llegar a la conciencia pero resultar negados. La psicodinamia freudiana explica que cuando un sujeto expresa “no vaya a pensar que quiero decirle algo ofensivo”, en realidad ha sucedido previamente y de modo no consciente un verdadero pensamiento ofensivo. “Es absurdo pensar en enamorarse de la propia madre”; “nunca he deseado la muerte de mi padre”; o “la pobreza no existe”, son frases que resultan negaciones.

La proyección. Para mantener el propio Yo idealizado y exento de imperfecciones, los deseos inaceptables se atribuyen al otro. En la proyección ocurre el siguiente razonamiento: “yo no soy tal cosa (repudiado). El otro lo es”. Entonces, el “yo los odio” se convierte en “ellos me odian”; “yo tengo deseos de prácticas homosexuales”, se convierte en “ellos son homosexuales”; y “ésta es mi culpa”, se transforma en “la culpa es de ellos”.

La introyección. Ésta es lo opuesto a la proyección y consiste en asimilar cualidades de los otros para satisfacer el propio Yo. La identificación de una persona con su torturador se manifiesta cuando la víctima comienza a mortificar a otros. Un pequeño personaje mejora su autoestima al imitar los modales de altos dirigentes de su empresa u organización.

El desplazamiento. Esto sucede cuando los sentimientos que provoca una persona o una situación se transfieren a otro sujeto más vulnerable. Así el odio contra el marido puede desplazarse como castigos a un hijo, o luego de un conflicto con su mujer el marido se reconcilia pero comienza a tener una mala relación con la familia de ésta. Los “chivos expiatorios” resultan los receptáculos del desplazamiento del odio.

Clivaje, escisión o disociación. Según Melanie Klein, el niño no puede aceptar las

partes malas de su madre y la escinde en una parte buena, que es fuente de placer, y en otra independiente que le provoca frustración.

Aislamiento. Se produce cuando se separan dos ideas que están naturalmente relacionadas para evitar el malestar emocional que supone el reconocimiento de esta asociación. Como ejemplo, valga el caso de una persona que se suicida debido a maltratos y el victimario no relaciona los dos acontecimientos para evitar los sentimientos de culpa.

Idealización. Resulta la exaltación de la perfección de una persona u objeto, excluyendo sus aspectos negativos y sobredimensionando sus virtudes. La idealización de sí mismo favorece la autoestima. La idealización del otro puede aplicarse a las figuras parentales, a médicos o a líderes sociales. La idealización del poder y de la sabiduría del médico, contribuye a crear sentimientos de seguridad y de esperanza en la curación.

Agresividad pasiva. La cólera se expresa molestando al otro de manera indirecta. Por ejemplo, un niño no se higieniza, comete errores en sus tareas y se comporta de manera ostensiblemente tonta para provocar el fastidio de sus padres.

Acting-out. Son los deseos y conflictos inconscientes que se convierten en acciones impulsivas para evitar ser registrados en la conciencia. El *acting-out* se expresa como un ataque erótico u odioso, consumo de drogas o conductas transgresoras.

Defensa maníaca. Se asocia con sentimientos de alegría; a la vez, el sujeto tiene la impresión de que tanto las personas como los objetos pueden ser dominados y manipulados de forma omnipotente. Es discutible si la defensa maníaca es un mecanismo de la mente o una consecuencia o epifenómeno de la enfermedad endógena del humor que se denomina manía.

Vuelta sobre sí mismo. La agresividad contra el otro puede resultar intolerable por el miedo de dañar al prójimo o por temor a las represalias. En estos casos la ira se vuelve contra el propio sujeto. Es el caso del hijo que para no criticar a sus padres se critica a sí mismo, o el de las personas que para no herir dirigen la violencia contra sí mismas, como conductas autodestructivas, lesiones autoinfligidas o suicidio.

Identificación con el agresor. Al identificarse con el agresor, la víctima la emprende contra sí misma o contra los demás. El sujeto es capaz de criticarse más duramente que sus perseguidores y parece querer expresar el deseo de que lo dejen en paz, ya que él es suficiente para flagelarse de modo aún más severo.

Externalización. Mediante los procesos de clivaje y de proyección, un conflicto intrapsíquico se transforma en una dificultad interpersonal. Un ejemplo es el caso de una mujer que no desea embarazarse y, sin embargo, acusa al marido de no querer tener hijos. Ella queda ante sí misma como una buena madre.

Racionalización. Resulta cuando la persona inventa una explicación socialmente aceptable de las motivaciones inconscientes de carácter inadmisible. Una madre rechazante que castiga duramente a su hijo para favorecer su mejoramiento, y la explicación del odio visceral a una persona por supuestas imperfecciones morales, son ejemplos de este mecanismo.

Intelectualización. Ocurre cuando los deseos instintivos y los conflictos que evocan sentimientos desagradables se tratan de manera tan distante, formal y abstracta, que pierden su contenido emocional. De esta manera, una falla en la sexualidad se explica por teorizaciones sobre el machismo y el hembrismo, o un odio a determinada persona se interpreta por una discordancia de ideologías o de raíces étnicas.

Transformación en lo contrario y formación reactiva. En esta defensa la mente convierte un deseo instintivo, una emoción o una idea inaceptable, en su opuesto. De este modo, un amor que no se puede asumir, se transforma en odio, y un odio repudiabile se troca en amor. Ejemplo de esto es el caso del niño que tiene el impulso de dañar a su hermano, pero en lugar de herirlo le hace una caricia. Si este mecanismo ocurre de manera no sistemática, se denomina transformación en lo contrario; pero si corresponde a un rasgo de carácter permanente, se califica como formación reactiva. Son casos de defensa reactiva por formación cuando las tendencias al exhibicionismo y a la coquetería originan modestia; cuando la crueldad da lugar a un comportamiento piadoso o las perversiones sexuales se trocan en un carácter ascético y puritano; o cuando las tendencias homosexuales masculinas se trasforman en actitudes de supermacho.

Altruismo. Este mecanismo se considera una defensa madura y consiste en convertir las tendencias instintivas en ayuda y servicio a los demás de modo gratificante para el que da y el que recibe.

Sublimación. Ésta es otra defensa madura en la cual los deseos instintivos se canalizan de modo creativo y socialmente aceptable. La sublimación puede exemplificarse con las perversiones sexuales del marqués de Sade, que fueron convertidas en literatura erótica. Ejemplos de sublimación son cuando una decepción amorosa da origen a una canción o a un poema; cuando el masoquismo es trocado en mortificaciones del cuerpo y en humildad religiosa; o cuando la agresividad y el odio son canalizados a través de películas de violencia o de artes marciales.

Otras defensas que no se tratarán en detalle son la anulación, la fantasía esquizoide, la conversión, la somatización, etcétera.

PERSONALIDADES VULNERABLES Y RESISTENTES AL ESTRÉS

Según Selye, no importa tanto lo que suceda como el significado que se le atribuya, con dependencia del carácter del sujeto. Ante un agente de estrés, de acuerdo con los recursos de que disponga la personalidad, ocurre el ajuste o la enfermedad. Los aspectos que aumentan la vulnerabilidad de la persona al estrés son:

- los antecedentes genéticos de enfermedades psíquicas;
- las minusvalías sensoriales, motoras o corporales;
- las lesiones orgánicas cerebrales;
- las cogniciones anómalas;
- la escasa o avanzada edad;
- el sexo femenino;
- la inteligencia subnormal;
- la carencia de cultura;
- las personalidades anormales;
- el carácter rígido;
- la intolerancia a la ambigüedad;
- la baja autoestima;
- poseer un carácter del tipo A;
- las personalidades blandas de Kobasa;
- los comportamientos introvertidos, esquizoides, aislados y con dificultades para desarrollar redes de apoyo social.

A su vez, los rasgos que aumentan la resistencia al estrés son:

- la ausencia de antecedentes genéticos de enfermedades mentales y de minusvalías sensoriales, motoras o corporales;
- inexistencia de lesiones orgánicas cerebrales;
- las cogniciones realistas y antiestrés;
- la edad adulta;
- el sexo masculino;
- la inteligencia normal o superior;
- un alto nivel cultural;
- las personalidades no morbosas;
- el carácter plástico;
- la tolerancia a la ambigüedad;
- una autoestima adecuada o alta;

- poseer un carácter del tipo B;
- las personalidades duras de Kobasa;
- los comportamientos extrovertidos con facilidad para crearse redes de apoyo social.

Los antecedentes genéticos de enfermedad mental y la organicidad cerebral resultan fundamentales en relación con la respuesta al estrés. Algunas enfermedades psíquicas se transmiten de manera genética y aumentan la vulnerabilidad al estrés. Del mismo modo, la presencia de lesiones cerebrales orgánicas da lugar a alteraciones cognoscitivas y emocionales que facilitan las respuestas anormales a los estresores. En Santiago de Cuba encontramos que los sujetos con síntomas de estrés mental tenían en su historia más familiares con desarreglos psiquiátricos que aquellos menos vulnerables a los estresores. También hallamos que los enfermos con secuelas de traumatismo de cráneo quedan con intolerancia al estrés de la luz, al ruido y a la estimulación vestibular por el movimiento, y presentan fáciles reacciones de ansiedad e ira a circunstancias triviales.

De la cantidad de años de vida también dependerá la vulnerabilidad al estrés. El niño necesita tanto de los demás y tiene tan pocos recursos de enfrentamiento que resulta particularmente vulnerable al maltrato de sus padres, de su familia, sus maestros o en la relación con otros niños. En la edad adulta el sujeto dispone de mayor resistencia psíquica y corporal para enfrentar el estrés que suponen el trabajo y las contingencias vitales. El anciano soporta mal el estrés debido a su mayor fatigabilidad, a los defectos sensoriales y físicos, a la mayor respuesta de hipertensión arterial, a los menores ingresos económicos y al aislamiento social ocasionado por su retiro ocupacional y la pérdida de su red de apoyo social.

Un estudiioso del estrés, llamado Frankenhauser, expuso que en determinadas tareas a desarrollar la mujer tiene mayores incomodidades e insatisfacciones psicológicas, mientras que el hombre desarrolla una mayor alarma fisiológica o somática, que se expresa mediante la secreción aumentada de cortisol y catecolaminas. Dicho de otra manera, el estrés tendría más costo psicológico para la mujer y más costo fisiológico para el hombre. Sin embargo, se ha observado que las mujeres con personalidades más duras y ambiciosas responden al estrés de igual forma que los hombres.

El sexo femenino parece preferentemente sensible al estrés provocado por las desavenencias familiares y el abandono de la pareja. Obviamente, la menstruación, el aborto, las gestaciones no deseadas, la violación y la victimización por perversos sexuales, por lo general están relacionados con el sexo femenino. A su vez, las tensiones dependientes del cuidado de los hijos o de padres ancianos, y las tareas domésticas

afectan particularmente a las mujeres. Las feministas proponen que se hable del “síndrome del ama de casa” de la familia tradicional, que se manifestaría por agotamiento, depresión, baja autoestima, várices, tendosinovitis y quemaduras por accidentes domésticos.

El hombre resulta más vulnerable al estrés del desempeño sexual y de las tendencias homosexuales. El estrés legal, de reclusión, de la guerra y el económico son más frecuentes en el sexo masculino. Por su mayor fuerza corporal y su crianza más dura, el hombre soporta mejor el estrés de los deportes violentos, de los trabajos de gran esfuerzo corporal y de las tareas militares. Por lo expuesto, no debe pensarse que el hombre es más resistente que la mujer al estrés, sino que ambos tienen vulnerabilidades y resistencias específicas dependientes de su sexo corporal y de su rol genérico social.

Otro factor de vulnerabilidad o resistencia depende de la inteligencia y de la cultura del individuo. A mayor grado de inteligencia se dispondrá de mayor cantidad de recursos de enfrentamiento al estrés. La enfermedad mental por estrés psicosocial resulta más frecuente en retrasados mentales. En niños y adultos que presentaron enfermedad situacional, el autor encontró que del 13 al 29% del total de los casos respondía a personas con inteligencia subnormal, una cifra superior al retraso mental en la población, que se estima en el 4 %.

La cultura provee al individuo habilidades y procedimientos antiestrés para enfrentar a los estresores. Las nociones de autoayuda en psicología, el humor, la práctica de recreaciones y juegos, el entrenamiento en el desarrollo de las tareas domésticas, y otros aspectos de la cultura, dotan a la persona para poder resistir al estrés y facilitar la respuesta de relajación. Por el contrario, una escasa cultura se asocia con la pobreza de mecanismos de enfrentamiento eficientes, con sentimientos de perplejidad, vivencias de desamparo y enfermedades por estrés.

Un psiquiatra alemán expuso que las personalidades anormales se definen por sufrir o hacer sufrir al prójimo en situaciones de estrés. Por lo tanto, debido a sus deformaciones cognoscitivas, a la baja autoestima, al desarreglo emocional y al insuficiente control de sus impulsos, las personalidades anómalas resultan más vulnerables al estrés. Cada tipo de personalidad anómala parece particularmente sensible a algún tipo de estresor.

La personalidad ansiosa se descompensa en situaciones de riesgo y en evaluaciones de desempeño académico, ocupacional o sexual. El sujeto tímido exhibe ansiedad cuando debe establecer relación con personas con las cuales no está familiarizado. La personalidad obsesiva entra en crisis en circunstancias novedosas y de desorden, ya que no puede controlar el ambiente. El histérico se enferma en contingencias de frustración,

cuando se contradicen sus deseos. El paranoico, a su vez, resulta notablemente sensible al engaño, al desaire o a la ofensa, y el hipocondríaco es vulnerable a las sensaciones corporales y al dolor, a las situaciones de enfermedad, al contacto con los médicos y a la iatrogenia.

LAS PERSONALIDADES E INSTITUCIONES DE TIPO A Y B

En la década del sesenta Friedman y Rosenman trataron de clasificar las personalidades en relación con el estrés ocupacional y su vinculación con la enfermedad coronaria. Ellos llamaron personalidad de tipo A a la predisponente a la enfermedad coronaria, que coincide con un temperamento colérico y con los caracteres que la psiquiatría define como obsesivos y paranoídes. En un estudio se encontró que la enfermedad coronaria era 6.5 veces más frecuente en el carácter A que en el B. En otro trabajo realizado en Japón se halló que el 64.6% de los individuos consultados con isquemia coronaria, correspondía a personalidades de tipo A.

Los individuos con este tipo de personalidad evidencian una presión o urgencia de tiempo, es decir, tratan de hacer más cosas en menos tiempo, y se esfuerzan por pensar y realizar varias tareas a la vez. Tienen tendencia a los sobrehorarios y al trabajo en el tiempo de reposo de los fines de semana, ya que padecen dificultades para disfrutar del ocio y para no obsesionarse con sus ocupaciones. Por ello, sufren de impedimentos para un buen reposo, para la relajación y la inactividad; y, cosa notable, cuando están descansando se sienten vagamente culpables de algo que no pueden determinar.

Las personalidades tipo A asumen que para asegurar una tarea deben realizarla ellas mismas porque desprecian la responsabilidad y competencia de sus subordinados. En general, se sienten insatisfechas tanto de sus jefes como de sus subalternos. Entonces, tienden a acumular tareas que se imponen a sí mismas o a petición de los demás (que de esta forma aseguran su cumplimiento). Además tienen afición por la perfección en los trabajos y un compromiso máximo con la empresa a la que pertenecen.

Por lo general, también son propensas a preocuparse por todo en demasía y no toleran el ocio de los demás (un paciente aseguraba que no soportaba ver a la gente sin hacer nada). Estos sujetos se autoseleccionan para cargos y profesiones de gran estrés; tienen ambiciones excesivas; tendencia a la hostilidad y desconfianza en el otro; y perciben el entorno como opuesto a sus objetivos y amenazador de su autoestima.

Como se ha visto, la actitud predominante de las personalidades tipo A consiste en la acción, la tendencia a la dominación y la inclinación a competir. Son hiperactivas. Se mueven, caminan y hablan rápidamente, y son propensas al aumento de la tensión de la

musculatura facial y de la mandíbula. Sin embargo, necesitan afirmarse permanentemente a través de logros personales y de cogniciones de control. En situaciones de estrés, tienen mayor respuesta de hipertensión arterial, un mayor estado de alertamiento cerebral, y mayor cantidad de lípidos sanguíneos y secreción de cortisol y catecolaminas que los sujetos de tipo B ante demandas semejantes.

La personalidad de tipo A resulta predisposta a la enfermedad coronaria, a cefaleas de tensión, bruxismo, insomnio, fatiga patológica, desarreglos digestivos y carcinoma de mama. Además son grandes consumidoras de tabaco y de café.

Los individuos con personalidades tipo B presentan características opuestas a los de tipo A. Por lo común, no tienen presión o urgencia de tiempo, no realizan más de una tarea a la vez, no se obligan a sobrehorarios ni se exigen trabajos en el descanso del fin de semana. Son capaces de disfrutar del ocio y sólo piensan y se ocupan de sus tareas en horarios de trabajo. No sienten culpa cuando están relajados ni se muestran intolerantes al ocio o a la relajación de los demás.

Estos sujetos delegan sus tareas u obligan al otro a realizarlas, por lo que no las acumulan, como así tampoco lo hacen con cargos o responsabilidades que sobrecarguen sus esquemas de trabajo-ocio. Son capaces de negarse a las demandas de los demás. Aspiran a un buen resultado de su trabajo sin exigencias perfeccionistas, ya que no se preocupan por sus tareas más allá de lo necesario. Se comprometen, pero sin esclavizarse, con las empresas u organizaciones.

Aunque por lo general asumen las tareas con eficacia, las personalidades tipo B no se autoseleccionan para cargos y profesiones de gran estrés; no son ambiciosas en demasía ni exageradamente competitivas. Tampoco necesitan afirmarse mediante el éxito permanente ni por cogniciones de control del ambiente. No suelen ser hostiles ni desconfiadas más allá de lo necesario, ya que no son personalidades que se sientan amenazadas ni desafiadas en su autoestima.

Las personalidades tipo B no presentan hiperactividad motora y tienen menor reactividad fisiológica y cardiocirculatoria ante situaciones de estrés que las personalidades tipo A. Sin embargo, cabe aclarar que las personalidades de tipo B están motivadas y realizan sus tareas con competencia, por lo que deben ser distinguidas de los trabajadores alienados, no comprometidos, holgazanes, desinteresados y despreocupados, que incumplen sus obligaciones o rechazan el trabajo.

Existen comunidades, instituciones o familias ambiciosas y exigentes que podrían denominarse con características tipo A, como así también culturas, empresas y grupos familiares con principios de tipo B. Las primeras resultan típicas de los países industrializados y modernos.

Aparte de los factores genéticos y neurobiológicos que determinan el carácter —

pero que no han sido suficientemente estudiados—, los rasgos de tipo A o B son formados y propiciados en instituciones como la familia, la escuela o la empresa. La combinación de una institución tipo A y un carácter A es la que provoca mayor cantidad de malestar y enfermedades por estrés. Por el contrario, las personas de tipo B en empresas B presentan mayor satisfacción y menos síntomas de estrés.

La tarea del experto en higiene del trabajo y del médico clínico, consiste en convertir las instituciones y las personalidades tipo A en las de forma B.

PERSONALIDADES DURAS Y BLANDAS DE KOBASA

En relación con las fuerzas para enfrentar las contingencias ambientales, Kobasa y sus colaboradores describieron dos tipos de personalidades que denominaron duras y blandas.

Las primeras se distinguen por encontrar las experiencias vitales interesantes y significativas, vivencian los cambios como sucesos normales que promueven su desarrollo como personas y en ellas predominan las actitudes de desafío sobre las de evitación. Las personalidades duras creen disponer de poder para controlar y modificar los hechos ambientales y resultan escasamente sensibles a las percepciones de derrota.

En cambio, las personalidades blandas encuentran la vida aburrida, amenazante, carente de significación. No se sienten capaces de modificar el ambiente a su favor, por lo que adoptan actitudes pasivas. Para este tipo de personalidad, la mejor vida es aquella en la que no ocurren variaciones. No es extraño que un sujeto con personalidad blanda se exprese mediante frases como “con los cambios insignificantes se me acaba el mundo”, “me ahogo en un vaso de agua” o “dudo permanentemente entre si puedo o no puedo”.

Kobasa y sus colaboradores refieren que los caracteres duros presentan menos enfermedades por estrés que otro tipo de personalidades.

PERSONALIDADES, RED DE APOYO SOCIAL Y ESTRÉS

La red de apoyo social que proveen la pareja, la familia, los vecinos, los amigos, etc., actúa como amortiguador del impacto de los estresores. Los sujetos extravertidos con facilidad para establecer una amplia red de apoyo social resultan más resistentes al estrés. Por el contrario, los individuos introvertidos, retraídos, aislados y con

dificultades para establecer relaciones personales, son más sensibles al efecto de los psicotraumas, por su escasa red solidaria.

FORMAS DE RESPUESTA AL ESTRÉS PSICOSOCIAL

En los mecanismos de respuesta al estrés se observan formas especiales que corresponden a cada tipo de carácter, aunque también existen modalidades comunes a todas las personas. Los autores norteamericanos Krupnick y Horowitz han descrito una serie de contenidos comunes en los síndromes psíquicos por el estrés.

Miedo a la repetición. El sujeto teme que se repita la circunstancia psicotraumática. Así, luego de un terremoto se establece el pánico a la reiteración de la catástrofe; un chofer que ha tenido un accidente teme que esto ocurra otra vez cuando vuelve a conducir; luego del fallecimiento de un familiar el sujeto supone con ansiedad que otra persona cercana puede morir; un individuo tiene un fallo sexual y teme que se repita en otros encuentros amorosos.

Miedo de similitud con la víctima. La persona se identifica con la víctima y teme que pueda ocurrirle la misma desventura. Así, a la hija de una mujer con carcinoma se le ocurre que también tiene una neoplasia; un alumno de medicina cree tener las mismas enfermedades de los pacientes que estudia; una mujer se entera de que el marido de su amiga le es infiel y supone que su propio marido también lo es.

Inconformidad con la propia vulnerabilidad. El individuo se siente mal por no haber sabido evitar la situación negativa o sus consecuencias. La víctima nunca pensó que pudiera verse involucrada en tales desgracias, por un sentimiento ingenuo de invulnerabilidad. Estas personas se dicen: “Esto no puede sucederme a mí.”

Ira sobre el culpable. El sujeto dirige su cólera contra el causante real de la desgracia o hacia otro al que se le atribuye el papel de chivo expiatorio. No es infrecuente observar en casos de duelo que la cólera se dirige contra médicos o enfermeras por su “incapacidad para evitar la muerte”.

Ira sobre los exceptuados. En esta variedad de respuesta la ira se dirige hacia las personas que no han sufrido daño en un hecho desgraciado. El sujeto, por ejemplo, piensa: “En realidad tendría que haber muerto mi tío, que era odioso, y no mi prima.”

Remordimiento por agresividad previa. En caso de duelo una persona puede culparse por pensamientos y acciones hostiles en relación con el sujeto muerto.

Culpa por responsabilidad. Significa el remordimiento de conciencia por no haber tomado todas las previsiones para evitar un suceso luctuoso. Un sujeto puede culparse

porque al haber estado muy ocupado no ha podido evitar el suicidio de un hermano.

Culpa del sobreviviente. Los sobrevivientes de accidentes, acciones militares o catástrofes, muchas veces piensan que no tienen derecho a estar vivos y sienten que deberían haber muerto junto a sus familias o amigos.

Tristeza por la pérdida. Éste resulta el modo de respuesta más común en casos de duelos o pérdida de objetos valiosos.

Krupnick y Horowitz, al estudiar situaciones de duelo, encontraron que los temas más comunes fueron tristeza por la pérdida (93%); inconformidad con la propia vulnerabilidad (87%); e ira sobre el culpable (80%).

En otro grupo, al que denominaron “por injuria personal”, relacionado con robos, asaltos, accidentes de tránsito y operaciones de mastectomía, los mismos autores hallaron que los temas más frecuentes fueron miedo a la repetición (87%); culpa por responsabilidad (80%); ira sobre el culpable (73%); e incomodidad con la propia vulnerabilidad (73%).

Entre los sobrevivientes de una catástrofe civil en Santiago de Cuba, que consistió en el derrumbe de un edificio debido a una explosión de gas de propano, encontramos que las formas de respuestas más comunes fueron las exageradas respuestas de alarma crónica (95%); miedo a la repetición (90%); pensamientos persistentes en la tragedia (67%); tristeza por la pérdida (65%); evitación de noticias evocadoras (62,5%); y, finalmente, culpa del sobreviviente.

V. Sociología del estrés

NO ES POSIBLE ENTENDER los problemas de una persona con estrés sólo con el conocimiento de la biología y de la psicología. A estas disciplinas debe añadirse la comprensión sociológica, ya que se nace y se vive en determinados contextos sociales, como la familia, la escuela o el lugar de trabajo, cuya ideología y estructura tienen influencias decisivas sobre el sujeto. La sociología explica que detrás de la conducta saludable o perversa de cada individuo hay un sistema social que la condiciona.

Los temas sociales del estrés pueden resumirse en seis aspectos: los estudios sobre los estresores psicosociales, los sucesos vitales o las contingencias ambientales negativas; la influencia de las instituciones sobre el estrés; el concepto y los modos de operar de la red de apoyo social; los sistemas de valores; las relaciones con el otro; y el estrés en las comunidades.

INVENTARIO DE ESTRESORES PSICOSOCIALES

Los inventarios de sucesos vitales son pruebas que se utilizan para poner en evidencia los estresores del sujeto que se estudia. Cuando a cada contingencia se le da un valor en puntos se hace posible estimar “la carga total de estrés” a que está sometida la persona en cuestión. Como la significación y la intensidad de los sucesos varía de acuerdo con cada país y etnia, los cuestionarios deben resultar adecuados para cada cultura.

El autor propone un temario de estresores que puede servir de guía para confeccionar cuestionarios aplicables a niños y adultos, que se detalla a continuación.

Psicotraumas característicos de la infancia y la adolescencia. Pueden ocurrir por actitudes abusivas de los padres u otros familiares (autoritarismo, permisividad, sobreprotección, rechazo, apego excesivo, maltrato físico, abusos sexuales, tratamiento culpabilizante); carencia de estímulos (sensoriales, culturales, morales y sociales); exceso de exigencia; embarazo de la madre; rivalidad, odio o celos del padre; nacimiento o preferencia de los padres por algún hermano; o por conflictos, rivalidad y comparaciones entre hermanos. También es posible que se produzcan por el estrés generado en las relaciones interpersonales con otros niños; abusos y burlas de otros niños o adolescentes; desventuras, enfermedad o muerte de un miembro de la familia; o por discordia o separación de los padres.

Estrés escolar y académico. Por lo general ocurre por el inicio de la actividad escolar

del niño, por inadaptación al régimen escolar, por haber cambiado de escuela o por abusos y actitudes dañinas de los maestros. Sin embargo, deben investigarse otras causas que también resultan bastante comunes: errores pedagógicos en los programas, textos y métodos de enseñanza; abusos y conflictos con compañeros; dificultades con la atención o la capacidad intelectual del niño; el estudio de materias sin interés ni motivación; o estrés por evaluaciones y exámenes. Otras causas de estrés son el fracaso académico; no lograr ingresar a una carrera; que deba estudiarse durante el tiempo libre del adulto; por sobrecarga curricular y ausencia de pausas entre clases; o por realizarse las actividades docentes en aulas superpobladas, con exceso de ruidos, temperaturas no confortables o defectos de iluminación.

Estrés ocupacional. Sigue por desocupación, por inseguridad en el contrato de trabajo, el inicio en una nueva actividad, o un cambio de cargo. También se origina por una defectuosa selección para el puesto a desempeñar o por inadecuación al cargo; por roles ambiguos o conflictivos; por lejanía del lugar de trabajo; por sanciones, demociones o despidos; o por falta de reconocimiento moral. Tanto las promociones como la imposibilidad de ser promovidos; la escasa demanda de trabajo como las tareas monótonas y las que requieren un intenso esfuerzo intelectual o corporal, provocan este tipo de estrés. Sin embargo, además de las mencionadas existen otras tantas situaciones que facilitan el estrés ocupacional: los cambios de organización y de programación del trabajo; la presión de tiempo, la sobrecarga en la cantidad y calidad de las tareas, la ausencia de pausas y los sobrehorarios; la escasa movilidad corporal en el puesto de trabajo; la inadaptación a cambios continuos de horarios y al trabajo nocturno. Influyen también las condiciones físicas inadecuadas (escasa iluminación, vibraciones, ruido exagerado, estrés térmico por exceso de frío o calor, carencia de confort y polución ambiental); la deficiencia en los materiales o en los equipos de trabajo; los riesgos por peligrosidad o demandas a la justicia como consecuencia de errores; los pleitos y litigios laborales; la alienación y el desinterés respecto a la empresa; los conflictos de ética profesional; el pago insuficiente y la jubilación. Finalmente, son factores importantes de estrés las relaciones interpersonales dentro de la empresa: los conflictos con jefes arrogantes, incapaces o abusivos; los celos profesionales y otros conflictos con trabajadores del mismo nivel o subordinados; los grupos de trabajo psicológicamente disfuncionales; y los conflictos con los usuarios.

Estrés sexual. Es causado por incesto; represión sexual; por culpas o ideas negativas respecto a la masturbación, fantasías eróticas u otros temas sexuales; por miedo a la homosexualidad. Ser víctima de violación, de abusos sexuales o de perversos sexuales son motivos comunes de estrés. La fealdad, la carencia de atractivo erótico; el rechazo sexual; las exigencias de desempeño en la alcoba; los valores y mitos sexuales nocivos; y

la disfunción sexual, también figuran entre los principales orígenes de este tipo de estrés. Otros psicotraumas dependen de las incompatibilidades con la pareja sobre el deseo, la excitación, la respuesta orgásrica o el modo de hacer el amor; el señalamiento o las burlas respecto a las formas o a las dimensiones de los genitales; las lesiones en los genitales y el dolor físico durante el coito; la carencia de un ambiente aislado e íntimo para hacer el amor; y el miedo a enfermedades venéreas y de transmisión sexual.

Conflictos amorosos y matrimoniales. Este tipo de estrés surge por un fracaso amoroso, infidelidad, culpa por relaciones extramatrimoniales, por convivencia obligada con ausencia de amor o por celos y falta de confianza. Además, la omisión de gestos de ternura y de comunicación, el incumplimiento del “contrato marital”, el abuso, maltrato o violencia en la pareja y el abandono, la separación y el divorcio, han sido registrados como importantes factores de estrés.

Estrés por maternidad y paternidad. Puede ser causado por rechazo a la maternidad o por oposición del *partenaire* a tener hijos; por una gestación indeseada o por estrés de la gestación; por aborto o esterilidad. En algunas culturas ser madre soltera es generador de estrés. También se anotan en este tema el estrés dependiente de la incertidumbre ante el parto —especialmente en gestantes de alto riesgo—; las preocupaciones sobre la normalidad del recién nacido; las malformaciones, enfermedades y muerte del recién nacido; el estrés de los padres ante el recién nacido o el de padres adolescentes; el periodo de lactación; el parto y nacimiento de niños prematuros o el de gemelos; y la menopausia.

Estrés familiar. La mayoría de las causas de sufrimiento familiar se relaciona con el tema de los hijos. Se consideran estresantes el esfuerzo para criar a los hijos y los desacuerdos de los padres sobre el mejor modo de hacerlo. Otras causas de malestar se refieren al desapego, la falta de amor y el maltrato de los hijos hacia los padres. Suelen resultar psicotraumáticas las enfermedades, muerte, prisión, casamiento o abandono de la casa por los hijos. En las familias “ensambladas” son frecuentes los conflictos con los hijos de matrimonios anteriores. La incorporación de un nuevo miembro a la familia obliga a un esfuerzo de adaptación para todo el grupo. Otras causas de sufrimiento se relacionan con la desventura, enfermedad o muerte de algún miembro de la familia. Finalmente se consignan las disfunciones familiares por “alianzas enfermizas”, conflictos de lealtades, luchas por el poder, conflictos de roles, desarreglos de las jerarquías y de los límites entre los miembros de la familia, el exceso o la carencia de reglas y los trastornos de comunicación.

Estrés doméstico. Se trata de un malestar “invisible” y poco percibido que depende de la compra de provisiones, la preparación de la comida, la limpieza de la vajilla, de la ropa o de la vivienda. Incluye además la atención a los miembros de la familia —

especialmente a los niños y a los ancianos—; las dificultades con el abastecimiento de agua o de fluido eléctrico a la vivienda; y la pérdida, enfermedad o muerte de un animal doméstico.

Estrés del transporte. Entre las causas que determinan estos trastornos deben referirse: la necesidad de caminar largas distancias; la insuficiencia en los servicios de transporte público; los problemas por fallas mecánicas, falta de combustible o mantenimiento del vehículo individual; los choques y otros accidentes; y la congestión de tránsito.

Estrés de la vivienda. La carencia de una vivienda en personas marginales que viven en la calle, el incendio o daños en la casa, la residencia en un albergue provisional o en condición de agregado con otra familia, son los casos que producen un mayor estrés de la vivienda. Además, deben anotarse en este ítem la inadaptación y los conflictos con el vecindario y los deseos de mudarse de residencia.

Estrés médico y problemas de salud. Es generado por iatrogenia, por las entrevistas y otros procederes de diagnóstico médico, por el ingreso a una unidad de urgencias o a un hospital y por el diagnóstico de enfermedades crónicas, incapacitantes o graves que incluso puedan provocar la muerte. También pertenecen a este tema el anuncio y la práctica de una intervención quirúrgica; el dolor que puedan provocar ciertas enfermedades; las cicatrices, las amputaciones o las malformaciones corporales; la invalidez; las enfermedades de transmisión sexual y las que provocan una atención indeseada por parte del otro con burlas y estigmatización social; tener a cargo un familiar gravemente enfermo; y la alarma por epidemias de enfermedades con altos porcentajes de mortalidad —como el cólera—.

Crímenes y situaciones legales y policiales. Este tipo de daño sucede cuando se es objeto de lesiones, asalto o daño a la propiedad; cuando se extravía documentación personal; cuando se sufren accidentes y sanciones de tránsito. Además ocurre en casos de auditorías y registros de control impositivo; procedimientos policiales y juicios con daño tanto para el agresor como para la víctima —segunda victimización—; cuando existen sanciones pendientes o en situaciones de detención y encarcelamiento.

Estrés económico. Los salarios o las pensiones insuficientes; los fracasos comerciales; la desproporción entre ingresos y gastos; los gastos extraordinarios; las deudas; la pobreza y la necesidad de asistencia social, son las principales situaciones que causan este tipo de estrés.

Estrés social. Estos psicotraumas se originan por las malas relaciones interpersonales, el aislamiento social, el hacinamiento y el malestar por la aglomeración de personas, la opresión y la discriminación social de la mujer, y los conflictos étnicos, raciales, religiosos, sindicales o políticos. Este tipo de malestar sucede frecuentemente

en las poblaciones de los barrios marginales, en la clase social baja, durante las crisis económicas de los gobiernos, cuando se desata violencia de Estado, por migraciones y exilios masivos, por carencia de derechos humanos y civiles, y por falta de libertad y de participación en el poder. El estrés social también ocurre durante la asimilación de un idioma extranjero y de una nueva cultura —o estrés de la aculturación—; de noticias “apocalípticas” generadas en los medios masivos de comunicación; de rumores inquietantes en la población; y del “contagio” de ansiedad, ira o tristeza a partir de ciertos individuos de la comunidad.

Finalmente, la degradación ecológica es otro factor importante que genera estrés social.

Estrés militar. Ocurre durante el ingreso al servicio militar; el entrenamiento y la movilización de personal militar; el maltrato y abuso por parte de oficiales u otros militares; la participación en combates; y las heridas y la pérdida de compañeros durante las acciones de guerra.

Cambio en los patrones de vida. Este estrés es provocado por cambios de horarios y tiempos de sueño; por viajes prolongados con cambio de meridiano geográfico y de hora; por modificación en los hábitos alimenticios y sexuales; por los cambios de la “carga corporal”, es decir sedentarismo o hiperactividad; y por la modificación de las actividades recreativas.

ESCALA VALORATIVA DE REAJUSTE SOCIAL DE HOLMES Y RAHE

El inventario de estresores psicosociales más utilizado se denomina Escala valorativa de reajuste social y fue creado en 1967 por el psiquiatra norteamericano Holmes con la ayuda de su colaborador Rahe. La tabla consta de cuarenta y tres ítems que se puentan en unidades de cambios de vida (UCV), y pretende medir el esfuerzo de adaptación a que obliga el hecho social al sujeto. Los autores no intentan medir cuánto dolor o incomodidad provoca la contingencia, sino el “gasto psíquico” para adaptarse al cambio. La intensidad máxima del impacto se atribuye a la muerte de la pareja: se le asignan 100 puntos. El casamiento equivale a 50 puntos y las vacaciones a 13.

Quienes investigan sucesos vitales sugieren que los cambios intensos y numerosos facilitan o causan enfermedades como el agotamiento la melancolía, el infarto de miocardio, la lumbalgia o las infecciones. Holmes y Rahe aseguran que el riesgo a enfermarse en un futuro de hasta dos años es del 80% en puntajes superiores a 300 UCV; del 50% entre 150 a 299 puntos; y del 30% en menos de 150 puntos.

Los autores citados han elaborado una serie de recomendaciones para utilizar su tabla en la prevención de enfermedades. Opinan que para ello es necesario familiarizarse con los sucesos vitales y con la cantidad de esfuerzo de cambio al que ellos obligan. Aconsejan colocar la tabla en un lugar accesible para que toda la familia pueda verla varias veces al día, adquirir práctica para reconocer cuándo ocurren sucesos vitales y pensar qué significa para uno la contingencia vital producida y tratar de identificar las emociones que despierta. Opinan que debe razonarse sobre las mejores formas en que uno se puede adaptar a las situaciones y tomarse tiempo antes de decidir qué es lo que se va a hacer. Holmes y Rahe también recomiendan tratar de anticiparse a la ocurrencia del suceso vital y planificar con anterioridad qué se hará ante él; subrayan que es necesario tranquilizarse aunque el tiempo apremie.

CUADRO 3. Escala valorativa de reajuste social de Holmes y Rahe

Puntos de estrés Situación de estrés

100	Muerte de esposa o esposo
73	Divorcio
65	Separación de la pareja
63	Estancia en la cárcel
63	Muerte de un familiar cercano
53	Lesiones o enfermedades graves
50	Casamiento
47	Ser despedido del trabajo
45	Reconciliación con la pareja
45	Jubilación
44	Cambio importante en la salud o la conducta de un miembro de la familia
40	Gestación
39	Desarreglos sexuales
39	Ingreso de nuevo miembro a la familia
39	Reorganización de la empresa
38	Empeoramiento o mejoramiento de la economía personal
37	Muerte de un amigo íntimo
36	Cambio de tareas en el trabajo
35	Reducción o aumento de discusiones con la pareja
31	Tomar una hipoteca o crédito por más de 10 000 dólares
30	Vencimiento de un préstamo o una hipoteca
29	Cambio de cargo en el trabajo (promoción, democión o lateral)
29	La marcha de la casa de una hija o hijo
29	Conflictos con la familia de esposo o esposa
28	Notable éxito personal

**CUADRO 3. Escala valorativa de reajuste social de Holmes y Rahe
(concluye)**

<i>Puntos de estrés</i>	<i>Situación de estrés</i>
26	La esposa comienza o deja de trabajar fuera del hogar
25	Cambios en la vivienda (nueva vivienda, reparación, deterioro, etc.)
24	Cambio de estilo personal (maneras, vestido, relaciones, etc.)
23	Conflictos con el jefe
20	Cambio notable en los horarios y condiciones de trabajo
20	Cambio de domicilio y vecindario
20	Cambio de colegio
19	Cambio notable en la cantidad y tipo de la recreación
18	Mayor o menor participación en las prácticas religiosas
17	Tomar hipoteca o préstamo menor de 10 000 dólares
16	Cambio de horarios y cantidad de sueño
15	Mayor o menor tiempo compartido con la familia
15	Cambio de horarios y cantidad de comidas
13	Vacaciones
12	Navidades
11	Transgresiones menores de la ley, del tipo de las multas de tránsito

LAS INSTITUCIONES Y EL ESTRÉS

Las organizaciones salutíferas y las enfermantes

Todo individuo pertenece a determinadas organizaciones como la familia, la escuela, los clubes, las empresas, los hospitales, las fuerzas armadas o las iglesias, que solucionan algunas necesidades y aumentan la resistencia al estrés. Sin embargo, en algunas circunstancias los desarreglos en las instituciones pueden ocasionar la enfermedad de sus miembros.

Por ejemplo, la familia provee amor y seguridad aunque en ocasiones deforma y daña a alguno de sus miembros. La escuela dota al estudiante de recursos de cultura y posibilita el desarrollo de amistades, pero el estrés académico suele resultar causa de enfermedades. La empresa permite el despliegue de la inteligencia y la creatividad, asegura estatus social y provee una retribución económica a los trabajadores, aunque también es capaz de estresar a sus miembros. Las iglesias procuran paz, hermandad y esperanza a sus feligreses, pero pueden resultar el origen de culpas irrationales, despertar intolerancia hacia otras gentes, fomentar crueles castigos o ser motivo de guerras religiosas.

Existen aspectos que hacen enfermante a una institución de cualquier tipo. La carencia de objetivos definidos, o las metas impuestas de modo autoritario, sin realismo ni flexibilidad; la supeditación verticalista, tanto como la falta de autonomía; las jerarquías débiles, incapaces, ambiguas, opresivas, intimidatorias, corruptas o distantes, con líneas de mando múltiples y contradictorias, son factores claramente nocivos. Otras instituciones son enfermantes por las alianzas de algunos miembros con el propósito de dañar a otros; la concentración de poder; la escasa democracia y libertad en el manejo de la información, de la discusión y de la toma de decisiones; la carencia o el exceso opresivo de normas y prohibiciones; los roles conflictivos o ambiguos; y los desarreglos de comunicación. También crean malestar la burocratización (cuando el “aparato”, las metas, las normas o el papeleo resultan más importantes que las personas); el defecto o el exceso de contenido y de carga de trabajo; la desvalorización o el privilegio de determinados miembros; la falta de estímulos espirituales y económicos; la carencia de significación, manejabilidad e inteligibilidad en las tareas. Los climas persecutorios que pueden producir desconfianza y ausencia de solidaridad entre los miembros de la institución, o el exceso de controles y supervisiones, resultan también característicos de

una institución enfermante. Por último, el estilo de trabajo tipo A crea un clima insalubre que facilita la enfermedad a los empleados.

Por el contrario, las instituciones sanas o salutíferas son aquellas en las que los objetivos están definidos, son realistas y flexibles, tienen un grado razonable de autonomía y sus jerarquías son fuertes pero democráticas y con una línea de mando única. En éstas, no ocurren alianzas o conspiraciones para dañar la organización o a algún individuo, y cada uno de sus integrantes participa en el poder, y la información y las decisiones se toman con libertad y democracia. No hay burocratización ni papeleo más allá del necesario, y las personas resultan más importantes que el “aparato”, las normas y las metas. Los roles son funcionales, la comunicación clara, inequívoca, libre, fluida y auténtica entre los miembros de la organización. Los controles y supervisiones son adecuados, sin carácter intimidatorio o persecutorio y sin exceso de castigos; las normas y prohibiciones son razonables, por ello no impiden la creatividad y el crecimiento de los miembros. A su vez, la carga, el modo y los horarios de trabajo se ajustan a la capacidad de cada individuo, y las actividades se desarrollan en un clima distendido, agradable, de confianza, en el que existe solidaridad entre los componentes del grupo. En las organizaciones salutíferas también se observa trato justo para cada integrante, sin privilegiados ni desfavorecidos, se otorgan premios estimulantes —espirituales y económicos— por las tareas cumplidas; y éstas resultan significativas, manejables e inteligibles. En las organizaciones sanas el estilo de trabajo es de tipo B.

Una institución resulta promotora de salud cuando predominan los aspectos que se han descrito como salutíferos; por el contrario, la preponderancia de los factores enumerados como enfermantes origina estrés nocivo. Más adelante se tratarán los marcadores institucionales que permiten diagnosticar una institución enfermante.

EL SENTIDO DE LA COHERENCIA

Significación, manejabilidad e inteligibilidad en las instituciones

Quienes han estudiado el estrés han elaborado el concepto de sentido de coherencia que significa el dominio y control de los estresores. De esta manera, cuanto más sentido de coherencia tenga una persona, menos dañino resultará el estrés. El sentido de coherencia es el resultante de la suma de la significación, la manejabilidad y la inteligibilidad de las tareas y situaciones.

La significación. Un trabajo tiene sentido cuando posee los atributos siguientes: tiene

utilidad, reconocimiento social y retribución económica; ha sido elegido libremente por el sujeto que decide cómo lo llevará a cabo y sabe que su opinión será tomada en cuenta. Ese trabajo ha de responder a motivos inconscientes en los que operen compensaciones, identificaciones y sublimaciones del sujeto que, a la vez, tiene vocación por el oficio, la tarea o la materia a tratar. El individuo también debe sentir confianza en la permanencia, viabilidad y rentabilidad de la empresa, organización o proyecto en cuestión, razón por la cual se identifica y siente orgullo de pertenecer a la misma.

La manejabilidad. Una tarea resulta manejable cuando el sujeto se siente con fuerzas y condiciones para resolverla. Para ello, debe tener capacidad, calificación y experiencia; el objetivo no debe ser demasiado complejo ni demasiado simple; debe disponer de tiempo, materiales y equipos necesarios para resolver la demanda; y debe ser provisto de la supervisión o ayuda que puedan proporcionarle otras personas.

La inteligibilidad. Una tarea resulta inteligible cuando la solicitud y la información son ordenadas, estructuradas y claras, y se conocen los objetivos finales o de largo alcance. Además la materia y las situaciones deben resultar familiares al ejecutor.

Como contrapartida, cabe describir el mal estrés por trastornos de la significación, la manejabilidad y la inteligibilidad. Así, una tarea está desprovista de significación cuando la retribución económica es insuficiente y no se encuentra utilidad ni reconocimiento social en lo que se hace; el trabajo resulta obligado y no ha sido elegido libremente por el sujeto, que además no puede decidir la forma de realización y conoce que su parecer no se toma en cuenta. La meta puede ser rechazada por el inconsciente del individuo, y el asunto se agrava cuando se carece de vocación para la actividad. Tampoco existe confianza en la permanencia, viabilidad o rentabilidad de la institución, y el empleado no tiene orgullo ni sentido de pertenencia a la empresa.

Las situaciones o tareas no manejables suceden por falta de capacidad, experiencia o calificación para resolver la meta adecuada; cuando la labor resulta harto compleja o excesivamente sencilla; y al no disponer de tiempo, materiales o equipamiento para llevarlas a cabo. En otros casos, el ejecutor carece de la dirección o ayuda que puedan proporcionarle otras personas de mayor calificación.

Los objetivos ininteligibles son aquellos en los que las órdenes y la información son inquietantes, caóticas, desordenadas o aleatorias. Generalmente se ignoran los objetivos a largo alcance y el asunto o las circunstancias resultan poco familiares al ejecutor.

De la escasa significación, de la inmanejabilidad y de la ininteligibilidad de las tareas, surge la alienación en el trabajo, que ha sido desarrollada por el marxismo. El sujeto alienado trabaja con gran estrés, experimenta sentimientos de tedio, ansiedad o ira, carece de creatividad y libertad, y su producto es deficitario o imperfecto.

MARCADORES DEL ESTRÉS EN LOS LUGARES DE TRABAJO Y LAS MEDIDAS ANTIESTRÉS EN LAS INSTITUCIONES

El diagnóstico de una institución enfermante suele ser realizado por los higienistas ocupacionales, los especialistas en seguridad del trabajo, los expertos en salud mental y por el médico de la empresa. Para la estimación del estrés, se basan en el ausentismo, el número de accidentes de trabajo, la frecuencia de conflictos interpersonales y laborales, la cuantía de sanciones, la cantidad de solicitudes de peritaje médico, la prevalencia de alcoholismo, la cuantía de insatisfacción laboral, de síntomas mentales y psicosomáticos, y en el número de empleados con deseos de abandonar la empresa, como así también en la cuantía de las deserciones.

Los datos para el diagnóstico se obtienen de las entrevistas médicas, los expedientes de peritaje médico, las encuestas sobre estrés y las estadísticas administrativas. Los expertos valoran todos los posibles psicotraumas, y una vez que los han identificado proponen un programa de medidas específicas para reducirlos o eliminarlos.

Por añadidura, es posible tomar otras medidas de antiestrés como el examen anterior al empleo con el fin de adecuar las capacidades al cargo o la aplicación de métodos administrativos firmes, justos, ordenados y congruentes. Además resulta útil el establecimiento de servicios médicos y de salud mental dentro de las empresas y la educación para la salud en el tema del estrés, y el estilo sano de vida, tanto para los trabajadores como para los ejecutivos.

La red de apoyo social en la prevención y la amortiguación del estrés

Se ha comprobado que los animales que tienen compañía sufren menos estrés que los que están en situación de aislamiento. En estos últimos, las úlceras gástricas causadas por descargas eléctricas resultaron más frecuentes. La red solidaria que la familia, la pareja o los amigos proveen al hombre, reduce las respuestas mórbidas al estrés y facilita los estados de bienestar y de salud. Para que la red social resulte realmente protectora es necesario que las relaciones sean cercanas o íntimas, ya que las personas que se consideran simplemente como conocidas no operan como sujetos de lazos solidarios.

Las características de una amistad verdadera son la confianza, la disponibilidad o fácil acceso, el tiempo y las cosas para compartir, la comprensión y la continuidad a través de los años. La red social proporciona consejo, escucha lo que haya que contar, brinda compañía, seguridad, las gestiones necesarias e, incluso, ayuda económica. Se ha

especulado que la red solidaria actúa mejorando la autoestima, confirmando los puntos de vista del sujeto bajo estrés y permitiendo las confidencias.

En un estudio se observó que las mujeres que tenían confidentes padecían diez veces menos estados depresivos que las que carecían de amistades íntimas. Cuando la desventura resulta de tal magnitud que el sujeto pierde familia y amigos, el impacto de la desgracia es notablemente mayor. Algunas comunidades, organizaciones y familias —como así también los torturadores—, tratan de aislar al sujeto para que el impacto del daño y del castigo sea más devastador.

Según la sociología, la red solidaria puede medirse según la intimidad, la frecuencia y la duración de las relaciones, la intensidad de los lazos, la accesibilidad de los agentes y el tamaño de la red. Por ello, cuando un médico trata a un sujeto bajo estrés debe establecer el diagnóstico de la red solidaria con el fin de utilizarla, reforzarla o crearla.

Las redes solidarias pueden ser espontáneas o informales como en los casos de la familia o los amigos, o creadas intencionalmente por los terapeutas como grupos de apoyo para sujetos con estrés ocupacional, médico o legal. Se han utilizado grupos de apoyo para sostener a pacientes y familiares con SIDA, diagnóstico de cáncer, arritmias cardíacas que amenazan la vida, niños con enfermedades crónicas y dementes seniles. Otras variedades de redes de apoyo son los grupos de autoayuda de Alcohólicos Anónimos, de adictos al sexo, de fóbicos y de personas solitarias sin pareja romántica.

Al no poder evitar la ocurrencia de estresores ni modificar la vulnerabilidad genética a enfermarse, la única forma de prevenir el estrés consiste en fomentar el desarrollo de redes solidarias. Se ha referido que la familia nuclear norteamericana resulta la forma institucional más importante para reducir el estrés en ese país.

LOS SISTEMAS DE VALORES Y EL ESTRÉS

Valores salutíferos y nocivos

El valor puede definirse como la importancia o significación que se atribuye a personas, objetos, acciones o ideas. Al opinar que algo es más sano, más justo o más bello que otra cosa, lo que se está haciendo es expresar un valor. En general, la calificación y la medida de un valor se establecen por la utilidad de un objeto para provocar satisfacción o bienestar.

Las ideas de valor suelen tener contenidos relacionados con la salud, la moral, la estética o la ideología. Además de la significación conceptual, las creencias poseen una

carga emocional de placer, miedos u odios. Algunos principios se fundamentan en la ciencia y la razón mientras que otros resultan marcadamente falsos, prejuiciosos, mágicos o irracionales.

Los sistemas ideológicos se crean en las comunidades y se asimilan a través de la mediación de la familia, la escuela, la iglesia, las organizaciones políticas y los medios masivos de comunicación. Cada persona dispone de un sistema y una escala de valores que le permite dar sentido a su vida y orientarse o adaptarse rápidamente a una situación.

A continuación se revisarán brevemente los valores que suelen relacionarse con el estrés.

Valores del estilo de vida. Sus temas se refieren al aprecio por el contacto o la evitación de la naturaleza; el consumo o atesoramiento de dinero u objetos; la estimación del juego y las recreaciones; la importancia que se atribuye al arte de la cocina y del comer; la adhesión a la higiene, a los tratamientos y al cuidado de la salud; el significado que se asigna al consumo de café, tabaco y drogas; la valorización de los estados de sueño y relajación y de trabajo y de ejercicio psíquico y corporal. En los últimos veinte años, se han puesto de moda dos estilos de vida opuestos, el movimiento *yuppie* y la cultura *antiyuppie*. Las consignas de los *yuppies* de la década del ochenta consistían en trabajar sin horarios, prohibición del ocio, consumir todo lo que relumbraba y centrar la actividad en la obtención de dinero y éxito. Por el contrario, los adeptos del *down shifting* u “holgazanería pensada” intentan trabajar, ganar y consumir menos. Los *down shifters* pretenden ganar tiempo libre para el amor romántico, la familia y los amigos, huyen de la presión social, ajustan sus gastos y retornan a la vida sencilla.

Principios aplicados al trato con las personas. Estas consignas se refieren al amor y la tolerancia a la gente; el humorismo; las costumbres gentiles; la hospitalidad; la solidaridad; el internacionalismo; el uso, la explotación y el saqueo del prójimo; el egoísmo; la intolerancia; la xenofobia; el chovinismo; el racismo y el apartheid.

Valores relacionados con el trabajo. Los aristócratas desprecian el trabajo físico e intelectual, que se convierte en un valor significativo para los burgueses y la clase obrera. Salvo la guerra, al antiguo hidalgo español le estaba vedada toda actividad que significara esfuerzo. En los países industrializados se ha desarrollado el culto al éxito, a la velocidad y a los altos rendimientos. Algunos aprecian la creatividad y otros se adhieren a los procedimientos burocráticos. En los países socialistas se había establecido el culto al heroísmo laboral. Las personalidades del tipo A sobrevaloran de tal modo el trabajo que lo sitúan por encima de la propia salud, o agotan o enferman a sus subordinados.

Valores sexuales. Ciertos individuos estiman la ternura, y otros solamente el sexo. Algunas personas aprecian el placer, y otras el rendimiento sexual. Las ideologías machistas y descalificadoras de la mujer se oponen a las concepciones igualitarias de ambos sexos. Las personas más sanas asumen la tolerancia amorosa, y las más enfermas se convierten en perseguidoras de los individuos con otras opciones sexuales.

Desde el punto de vista de la higiene, los valores pueden ser considerados salutíferos o nocivos. Se consideran valores sanos el contacto con la naturaleza; las ideas opuestas al consumo de drogas; el amor y la tolerancia al otro; la estimación por el trabajo y la creatividad; la consideración de la ternura y el placer en el amor. Los valores nocivos son la desestimación de la relajación y de la recreación; la desvalorización del sueño; el culto a la velocidad y a las metas desmesuradas en el trabajo; el racismo; y el culto al desempeño sexual y al machismo.

El predominio excesivo de algún valor permite la descripción de algunos tipos de caracteres aberrantes: el glotón estima las comidas en demasía; el lujurioso sólo busca sexo; la personalidad del tipo A tiene una adhesión morbosa al trabajo; el codicioso solamente aprecia el dinero y los objetos de consumo; y el adicto vive para consumir estupefacientes.

El estrés moral ocurre por conflictos entre distintos valores y puede provocar desarreglos mentales. El terapeuta que trata el estrés debe hacer un inventario del sistema de valores de su paciente con el fin de reducir las magnitudes exageradas, ampliar las variedades cuando resulten escasas, propiciar los valores salutíferos y desestimar los principios nocivos.

EL ESTRÉS DE LAS RELACIONES INTERPERSONALES

Buenas y malas relaciones interpersonales

Las relaciones nocivas con el otro se manifiestan desde maneras sutiles como la evitación de la mirada, la ausencia de sonrisas o saludos, hasta formas ostensibles y extremas como el insulto y la violencia física, que puede llegar al homicidio.

Existen marcadores sociales de malas relaciones con el prójimo. Ellos son el número de quejas por maltrato a usuarios de servicios; la cuantía de delitos contra personas (estafas, robos, difamación, lesiones, homicidios); la frecuencia del síndrome del niño y la mujer golpeados, en los servicios médicos de urgencia; los conflictos laborales dependientes del estrés interpersonal; y la prevalencia de enfermedades

mentales por estrés psicosocial dependiente de las relaciones interpersonales traumáticas.

Las relaciones con el prójimo pueden determinarse por varios factores. Así, la influencia genética condiciona las cogniciones, los afectos y comportamientos ante los demás, al igual que las transferencias y los mecanismos defensivos según la teoría psicoanalítica. Otros condicionantes son la experiencia previa de relaciones con la familia, con personas significativas y amigos de la infancia o de la adolescencia; las cogniciones o modos de ver al otro; el nivel de estado de ánimo; la influencia de las drogas, como también el estado de salud o enfermedad mental. El relacionarse también depende de la reciprocidad, es decir de acuerdo con cómo uno es tratado por el otro, y además intervienen los roles sociales asumidos, la institución y el contexto social en que ocurre la relación, el sistema de valores operante y las costumbres sociales de la etnia de pertenencia.

De manera muy simplificada, las relaciones con el otro pueden clasificarse como sanas o nocivas. Cuando una relación se percibe como satisfactoria y en ella no existe miedo, ira o tristeza, se habla de relación sana. Lo son también aquellas en las que se establece una circulación de afectos positivos, amor y placer entre los participantes del vínculo; en las que se mejora la propia estima y el aprecio por el otro; y las que proporcionan en forma mutua beneficios espirituales o económicos. Las relaciones sanas con el otro aseguran la solidaridad recíproca, facilitan una comunicación honesta e inequívoca, y participando de ellas el sujeto se siente aceptado y seguro respecto al prójimo.

Las relaciones nocivas se perciben como insatisfactorias y se experimenta miedo, ira o tristeza, ya que el vínculo con el otro provoca la circulación de temor, odio o placer. Esto provoca el deterioro de la autoestima, tanto la del sujeto como la del prójimo. Las malas relaciones determinan daños espirituales o económicos en los participantes del vínculo, originan sensaciones de desamparo y la comunicación suele resultar harto difícil, deshonesta, falsa y equívoca. En estos casos el sujeto se siente rechazado e inseguro, sin una cobertura de amor por el otro.

Los factores que determinan una buena relación interpersonal resultan de gran interés para los profesionales que se ocupan de la prevención o el tratamiento del estrés. Una influencia genética sana, que condicione cogniciones realistas, afectos positivos y comportamientos adecuados hacia el otro, facilita la creación de una relación sana. Influyen también las transferencias positivas, que consisten en proyectar en el otro las imágenes buenas de los propios padres, y la ausencia de mecanismos defensivos dañinos, como las proyecciones persecutorias. De la misma forma, las experiencias previas —de la infancia y adolescencia— donde hubo predominio de amor, solidaridad,

honestidad, aprecio y seguridad, y las cogniciones realistas en el modo de ver al otro, son aspectos esenciales para establecer una relación sana.

Un estado de ánimo alegre mejora la autoestima y contribuye a los acercamientos y a la generosidad con el prójimo. El respeto, la gentileza y la tolerancia del prójimo con el sujeto, estimulan una relación sana por el mecanismo de reciprocidad. En cantidades razonables, y en determinados sujetos, el alcohol resulta una droga facilitadora del trato con los demás. La salud mental también es un aspecto favorecedor de los vínculos satisfactorios.

Ciertos roles sociales como el del padre, el maestro, el médico o el sacerdote, facilitan una buena relación con los demás, ya que el sujeto —precisamente por su rol— se siente obligado a aceptar y a proteger al prójimo, y al mismo tiempo se desarma de sus actitudes agresivas. De otra manera, el “clima” que se crea en algunas organizaciones políticas o religiosas, y la necesidad de ayuda mutua en el trabajo, originan acercamiento, solidaridad e identificación entre los participantes.

Los valores morales que contienen aprecio y respeto por el otro propician un buen trato entre los individuos. También las costumbres sociales de algunas etnias favorecen las relaciones con el prójimo; por ejemplo los italianos, al igual que los habitantes del Caribe, son proclives a una particular cercanía, calidez y apertura cuando establecen una relación con el otro.

A la inversa, una influencia genética morbosa, que a través de desarreglos de la fisiología del cerebro origina cogniciones anómalas, emociones patológicas y conductas enfermas, y los mecanismos defensivos inconscientes como las proyecciones de maldad, suelen deteriorar las relaciones con el otro. La transferencia al otro de una mala imagen de los propios padres ocasiona percepciones persecutorias del prójimo y determina conductas hostiles.

Las experiencias infantiles de abuso, maltrato, violencia, inseguridad, desamparo, descalificación, deshonestidad y falta de amor, fomentan relaciones dañinas. Las cogniciones irreales hacen ver al prójimo como despectivo, hipocrítico, envidioso, perverso, traicionero o amenazador. El estado de ánimo melancólico o el malhumor determinan retraimiento o agresividad con el otro. En muchas personas el alcohol facilita la emergencia de la cólera y la violencia hacia los demás.

La enfermedad mental determina muchos tipos de relaciones nocivas con el otro. Así, el sujeto tímido se atemoriza ante los demás; el histérico manipula y chantajea; el obsesivo agobia con sus controles e intolerancia; el paranoico discute, contrapuntea y ataca; el psicópata enfrenta a los otros con intrigas y habilidades; el esquizofrénico y el autista se aíslan y dejan de comunicarse; el sádico obtiene placer sexual castigando y maltratando; y el antisocial utiliza, saquea, explota, corrompe, prostituye o lesioná al

otro.

Ya sea en el seno de su familia o en la calle, cuando un sujeto es agredido sistemáticamente por el otro, responde con ira contra el agresor o contra una tercera persona que puede resultar una víctima inocente. Así como la gentileza es recíproca, el maltrato vuelve como un bumerang contra el ofensor.

Ciertos roles sociales relacionados con funciones de supervisión, peritajes, fiscalización, represión, y actividades de inteligencia y seguridad, pueden deformar la personalidad y provocar una actitud profesional de desconfianza y severidad exageradas para con el prójimo. Generalmente, para estos sujetos todo el mundo resulta tonto, mentiroso, corrupto o traidor hasta que se demuestre lo contrario. En este sentido, un médico en funciones de perito puede pensar que todos sus pacientes pretenden engañarlo para obtener reposo o no trabajar.

El llamado “odio flotante”, esto es la desconfianza y la falta de solidaridad en las relaciones interpersonales, es provocado por el clima autoritario desconfiado y hostil que puede caracterizar a algunas instituciones y comunidades. A la vez, los valores sociales calificados como nocivos también dañan considerablemente las relaciones con el prójimo. Es común escuchar de sujetos con esas ideologías frases como “sálvese quien pueda”, “el que no se despabilta pierde el turno”, o “el hombre es el lobo del hombre”. El escritor hebreo Elie Wiesel, sobreviviente de un campo de concentración nazi, describe la trayectoria del odio que manipulan los políticos totalitarios. “Los que odian a los judíos no se detienen con ellos. Siempre buscan otro grupo a quien odiar y terminan odiándose a sí mismos.”

Existen etnias que exhiben estilos de relación social desfavorables para las buenas relaciones interpersonales. En ellas predominan el distanciamiento, la rigidez, el hermetismo, la formalidad y la falta de expresión de las emociones.

Estrés interpersonal en cadena es la secuencia de malos tratos entre las personas. Por ejemplo, un padre colérico golpea a su esposa, ésta modifica su comportamiento maternal y maltrata a su hijo, el niño a través de su odio maltrata a otros niños, y así continúa la cadena de agresión. Todo sucede como si la “energía odiosa” no se degradara, sino que se mantuviese, y aun aumentase, al pasar de persona a persona.

PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO DE LAS MALAS RELACIONES CON EL OTRO

El estrés de las relaciones con el otro podría prevenirse mediante el consejo genético para evitar la ocurrencia de algunas enfermedades mentales; el tratamiento médico y

psicológico de los desarreglos de la personalidad y de las enfermedades mentales; con la enseñanza de una pedagogía para la salud dirigida a padres y maestros. Además deberían tener más énfasis los planes educativos para evitar el consumo de drogas o el abuso de alcohol, y debería hacerse la corrección de instituciones y roles nocivos, como así también la difusión y la defensa de los valores humanistas en la comunidad. En la prevención del estrés de las relaciones interpersonales, juega un papel decisivo la promoción de temas en los medios masivos de difusión donde se eviten la violencia y la intolerancia.

EL ESTRÉS EN LAS COMUNIDADES

Las comunidades se definen como congregaciones de personas que comparten un territorio geográfico, una comuniación étnica, un patrimonio cultural con su sistema de valores, prejuicios, tabúes, mitos, convencionalismos, estilos de vida, mecanismos de enfrentamiento, percepciones de sí mismos y de los otros, idioma, tecnologías, instituciones e identificación con la propia historia. Como así también un patrimonio económico que comprende la tierra, las riquezas naturales, las obras de arquitectura y las instalaciones agropecuarias e industriales.

Los estresores de las comunidades son muy variados. Puede tratarse de un clima riguroso, catástrofes naturales o civiles, amenazas y guerras, polución ambiental y ecológica. También se consideran estresores macrosociales el déficit habitacional, la insuficiencia de abastecimiento de los distintos productos, las deficiencias administrativas y de los servicios públicos. Finalmente, pueden añadirse el subdesarrollo económico y las crisis financieras con devaluaciones de moneda, ausencia de créditos y las deudas; la carencia de fuentes de trabajo; el estrés político; las persecuciones raciales y la intolerancia entre las etnias; las migraciones internas y los exilios masivos; las noticias “apocalípticas” aparecidas en los medios de comunicación; y las epidemias de enfermedades con alta mortalidad.

El estrés de las comunidades se manifiesta mediante una cantidad de síntomas sociales. Los más comunes son el abandono y el maltrato a los niños; y el rechazo escolar, la mendicidad, la desnutrición, las enfermedades psíquicas y corporales, las adicciones. También son marcadores de estrés los abusos y la violencia sexual, la prostitución, el maltrato a la mujer y el abandono de los ancianos, la violencia (que incluye lesiones por riña, accidentes, homicidios y suicidios), la delincuencia y las actividades económicas ilícitas. Las comunidades que sufren, también exhiben desarreglos de familia, deserciones y abandonos de trabajo, marginalidad social,

estallidos sociales y migraciones.

El estrés en las comunidades puede prevenirse y ser tratado por médicos, psicólogos y sociólogos, pero la índole de las causas excede las posibilidades de la medicina y requiere la participación de estadistas, administradores del Estado, políticos y economistas.

VI. Las enfermedades por el estrés

PATOGENIA DE LAS ENFERMEDADES POR EL ESTRÉS

PARA DESCRIBIR la patogenia o el modo de originarse de las enfermedades producidas por el estrés, se utilizará en este texto la modificación de un esquema imaginado por Kogan y Levi, que se expone en la figura 4. La representación se compone de siete eslabones con tres elementos sociales, una unidad de la personalidad y tres aspectos de la patogenia de la enfermedad. Los elementos de la secuencia son estructura social; proceso social; estímulos psicosociales; recursos de la personalidad; mecanismos del estrés; desarreglos precursores de la enfermedad; enfermedad.

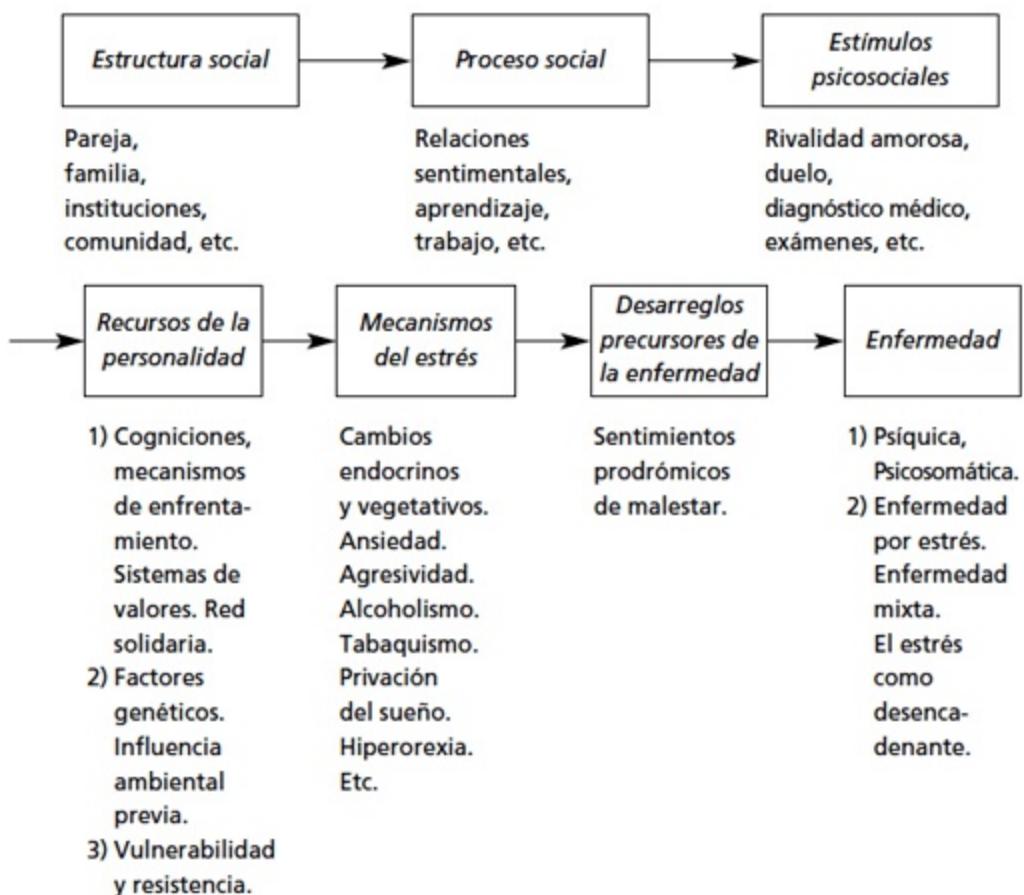


FIGURA 4. *Patogenia de la enfermedad por estrés psicosocial.*

La estructura social. Es el modo en que están organizadas y funcionan la comunidad y las instituciones en las que participa el sujeto. Los desarreglos en la estructura de la pareja, la familia, la escuela, el hospital o las empresas, pueden ocasionar procesos sociales nocivos.

Los procesos sociales. Se definen como el tipo particular de actividades que realiza el sujeto en cada institución. En este sentido, en la pareja ocurren relaciones sexuales y sentimentales; en los hospitales se cura la enfermedad; en la escuela se aprende; y en las empresas se llevan a cabo tareas de trabajo. Las disfunciones e incompatibilidades sexuales y sentimentales, la iatrogenia, los errores pedagógicos y los conflictos en el trabajo, pueden convertirse en estímulos de estrés.

Los estímulos psicosociales. En los procesos sociales ocurren situaciones como la rivalidad amorosa, el duelo, los exámenes académicos, el diagnóstico médico o los horarios nocturnos de trabajo. A estos procesos se los denomina estímulos psicosociales y componen el “material” que procesa la personalidad.

Los recursos de la personalidad. El estímulo psicosocial es refractado o filtrado por la personalidad mediante las cogniciones y las operaciones de la inteligencia, las motivaciones y los estados de ánimo, los mecanismos de enfrentamiento y las defensas, y el sistema de valores. Algunos componentes sociales del sujeto, como el estatus, el rol social y las redes de apoyo solidario, también intervienen como recursos de la personalidad. Las “armas del carácter” están determinadas por la herencia genética y la experiencia previa, que, si son suficientes, posibilitan la resistencia, y si son defectuosas, determinan la vulnerabilidad. El estímulo social es elaborado por los componentes de la personalidad, y el resultado final otorga la significación y la magnitud positivas o negativas del suceso ambiental. La resistencia ocurre cuando el individuo entiende que con los recursos de su personalidad puede manejar favorablemente la situación de estrés. Por el contrario, la vulnerabilidad significa que el estresor sobrepasa los recursos de la persona y de la resistencia de los mecanismos defensivos de la psiquis.

Mecanismos del estrés. Comprenden las respuestas fisiológicas, intelectuales, emocionales y conductuales que resultan del significado que se atribuye al estímulo social. Estos mecanismos comprenden los cambios endocrinos y vegetativos, la fatiga, la ansiedad o la ira, el consumo de drogas, los desarreglos en los hábitos de vida, etcétera.

Mecanismos precursores de la enfermedad. El efecto prolongado de los mecanismos del estrés provoca cambios funcionales en el cerebro y en las vísceras; en un primer momento no se expresan como una enfermedad para el médico clínico, sino que se revelan como sensaciones subjetivas de malestar.

La enfermedad. Si el estrés perdura, ocurre la enfermedad que incluso puede manifestarse de manera orgánica con daño en los tejidos de las vísceras. Por el grado de

lesión de los tejidos, las enfermedades por el estrés pueden clasificarse como funcionales u orgánicas. La frecuencia con que ocurren las primeras es mucho más elevada que el diagnóstico de trastornos orgánicos. De acuerdo con el predominio en la mente o en el cuerpo, las enfermedades se clasifican como psíquicas o somáticas, aunque esta distinción es relativa, ya que toda enfermedad psíquica tiene componentes corporales y todas las somáticas resultan más o menos influidas por la psiquis.

TIPOS DE ENFERMEDADES PSÍQUICAS SEGÚN LA VULNERABILIDAD

La vulnerabilidad para enfermarse por el estrés depende de aspectos psicológicos y biológicos. La susceptibilidad psicológica se determina por puntos sensibles a los traumas, por carencia de inteligencia, o defecto en los mecanismos de enfrentamiento y las defensas. Por otra parte, la vulnerabilidad biológica, constitucional o endógena, se explica por causas genéticas u orgánicas que ocasionan anormalidades bioquímicas o fisiológicas en el cerebro.

De acuerdo con la importancia que revista el impacto del estrés o la vulnerabilidad endógena, pueden admitirse tres tipos de trastornos: enfermedades situacionales o por estrés, enfermedad mixta y enfermedades constitucionales o no exógenas. El estrés es la causa de todas las dolencias en el primero de los casos. En la enfermedad mixta —neurosis y trastornos de la personalidad— el 50% de la causa es el estrés y el resto depende de la vulnerabilidad biológica. En las enfermedades constitucionales —esquizofrenia o depresión endógena— todo o casi todo es determinado por la anormalidad genética biológica.

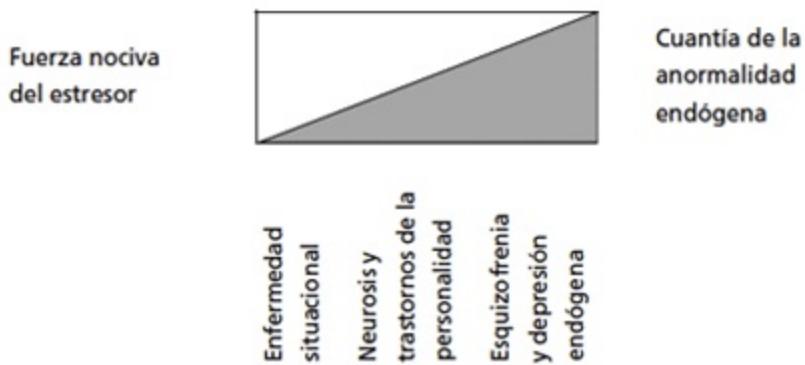


FIGURA 5. *Formas psíquicas de las enfermedades por estrés de acuerdo con la relación estrésor/anomalía endógena.*

LOS SÍNTOMAS MÁS COMUNES DE LA ENFERMEDAD SITUACIONAL

Un aspecto importante en la educación para el estrés es el dar a conocer los síntomas psíquicos para que cualquier persona sea capaz de diagnosticarse cuando el estrés comienza a enfermarla. De acuerdo con la intensidad de los desarreglos, los síntomas del estrés pueden ser estimados mediante una escala de 0,1, 2 y 3 puntos; esto se traduce como síntomas inexistentes, ligeros, moderados o severos. El resultado de la suma de los puntajes de los síntomas permite clasificarlos en tres categorías: estrés ligero (de 0 a 12 puntos), moderado (de 13 a 24 puntos) o severo (de 25 a 36 puntos). La presencia de los síntomas del estrés, aun con intensidad ligera, hace recomendable la consulta con el médico.

Los síntomas psíquicos más comunes del estrés son:

- Dificultades en la concentración y en la memoria.
- Ansiedad.
- Cansancio exagerado.
- Crisis de cólera, irascibilidad y malhumor.
- Falta de ánimo: aburrimiento, tristeza, decaimiento, llanto, pesimismo, ideas suicidas.
- Exceso o defecto de sueño y pesadillas con el tema del estrés.
- Exceso o defecto del apetito y cambios marcados en el peso corporal.
- Reducción del deseo y desarreglos del desempeño sexual.
- Consumo aumentado de café, tabaco, alcohol, y automedicación con drogas

analgésicas o psicotrópicas.

- Retraimiento, maltrato o violencia con la pareja, la familia u otras personas.
- Dificultad para realizar las tareas domésticas, el estudio o el trabajo, o rechazo de la casa, la escuela o el lugar de trabajo.
- Cambios en los hábitos de vida (en la sociabilidad, en las recreaciones, en el ejercicio físico, en los horarios, etcétera).

FORMAS CLÍNICAS DE LA ENFERMEDAD SITUACIONAL

De acuerdo con las características del estresor y los recursos de la personalidad, la enfermedad situacional se presenta de diversas formas. Sus variantes admiten ser clasificadas con base en siete criterios: cuando las manifestaciones ocurren en la infancia; según la forma del síndrome; de acuerdo con la evolución de la enfermedad; por el contenido del estresor; con dependencia del consumo de drogas; según la presencia de síntomas psicosomáticos; y de acuerdo con la gran influencia de la predisposición constitucional. Las variedades de los desarreglos por psicotraumas se exponen en el cuadro 4.

CUADRO 4. *Formas clínicas psíquicas de las enfermedades por estrés*

I. Formas especiales de la infancia.

- 1) Ansiedad de separación.
- 2) Depresión anaclítica.
- 3) Institucionalismo hospitalario y “casero”.
- 4) Fobia escolar situacional.
- 5) Timidez.
- 6) Agresividad y berrinches.
- 7) Bajo rendimiento académico por estrés.
- 8) Conducta antisocial.

II. Formas según el síndrome.

- 1) Síndrome ansioso.
- 2) Síndrome depresivo.
- 3) Crisis de cólera.
- 4) Síndrome neurasteniforme o *burnout*.
- 5) Síndrome fóbico.
- 6) Síndromes y síntomas histéricos.
- 7) Síndrome paranoide y contagio de la psicosis.
- 8) Intento suicida y suicidio exitoso.

III. Formas según la evolución.

- 1) Curso breve o reacción aguda de gran tensión.
- 2) Curso intermedio de semanas a un año o más.
- 3) Curso prolongado o trastornos postraumáticos por estrés.

IV. Con dependencia del consumo de drogas.

- 1) Automedicación.
- 2) Consumo de drogas, café y tabaco.
- 3) Alcoholismo transitorio por estrés.

V. Formas según síntomas somáticos.

- 1) Trastornos del sueño: insomnio, hipersomnia y pesadillas.
- 2) Trastornos del apetito: consumo exagerado de agua o potomanía, anorexia e hiperorexia.
- 3) Deterioro del deseo sexual, la excitación sexual o el orgasmo.

**CUADRO 4. Formas clínicas psíquicas de las enfermedades por estrés
(concluye)**

- 4) Trastornos con expresión corporal:
desarreglos respiratorios,
síndromes cardiocirculatorios,
trastornos digestivos,
desarreglos de la musculatura estriada, etcétera.

VI. Formas dependientes del psicotrauma.

- 1) Estrés marital.
- 2) Estrés sexual.
- 3) Estrés familiar.
- 4) Reacciones de duelo.
- 5) Estrés académico.
- 6) Estrés deportivo.
- 7) Estrés ocupacional.
- 8) Estrés militar y de la guerra.
- 9) Estrés de las catástrofes.
- 10) Estrés por encarcelamiento.
- 11) Estrés por tortura.
- 12) Estrés médico y iatrogenia.
- 13) Otras causas de estrés.

VII. Formas con gran participación de la predisposición constitucional.

- 1) Las neurosis.
- 2) Las psicopatías o desarreglos del carácter.

VIII. Otras formas de enfermedad situacional.

- 1) Propensión a los accidentes en los deportes, la ocupación, la vida cotidiana y el tránsito debido a la distraibilidad, el sueño, la ansiedad y la cólera.

Formas clínicas del estrés en la infancia

La ansiedad de separación. Los psicoanalistas han referido que el primer estrés del niño se origina en el trauma de la separación de la madre durante el nacimiento. El niño normal es apegado a su madre y reacciona con displacer ante la ausencia de ésta. La ansiedad de separación representa una exageración de la conducta de apagamiento. En las ocasiones en que es separado de la madre, el niño expresa temor a que ésta no regrese, le pide a gritos que no lo deje solo, manifiesta agresividad y malhumor, ansiedad, pérdida del apetito, vómitos, incontinencia de heces, no desea dormir ni jugar y se niega a hablar. Durante el tiempo que el niño permanece con su madre, la sigue por la casa —incluso hasta el baño— y de noche exige que duerma con él. Los sujetos con ansiedad de separación por lo general son tímidos y experimentan gran estrés en ocasión de ingresar a la escuela. Si el cuadro clínico depende de una interdependencia patológica o simbiótica con la madre, se trata con psicoterapia y una pedagogía dirigida a desarrollar la autonomía del niño.

La depresión anaclítica fue descrita en 1946 por el psicoanalista René Spitz. Ocurre entre los seis meses y los dos años de edad en ocasión del ingreso del niño a instituciones. El cuadro clínico se expresa como de tristeza, llanto, agitación, pérdida del apetito y de peso, detención del desarrollo psicológico y evitación del contacto con las personas. Si no se proporciona una figura materna sustituta, el niño puede padecer desnutrición, infecciones y, eventualmente, la muerte. Este síndrome se previene hospitalizando al niño con la madre acompañante, y cuando el alejamiento de ésta es inevitable, es necesario proveer una figura sustituta.

El institucionalismo hospitalario y “casero”, o síndrome de privación de amor y falta de cuidados u hospitalismo, resulta provocado cuando una madre desatiende al niño, sea por falta de amor o por padecer alguna enfermedad mental. También ocurre en instituciones patológicas que carecen de personal, de juguetes, de espacio o de programas de estimulación social y física del niño. El lactante con institucionalismo presenta retraso psicomotor, ausencia de respuesta social a la mirada, a la voz o al juego que propone el examinador, apatía y falta de atención al medio ambiente, reducción de la actividad motora, mímica y verbal, y movimientos estereotipados y repetitivos. Este síndrome se trata atendiendo los conflictos o la enfermedad mental de la madre o con una madre sustituta que proporcione amor y estímulos al niño. Cuando el hospitalismo depende de instituciones enfermantes, se hace necesaria la corrección de las normas y del maltrato a los pequeños pacientes.

La fobia escolar situacional. De acuerdo con estudios realizados, este trastorno se presenta en el 7% de los niños cubanos de 7 años. Ciertos profesionales la consideran una forma clínica de la ansiedad de separación. Se manifiesta a través de síntomas de ansiedad en el momento en que el niño debe ir a la escuela y no se hace evidente en el tiempo de ocio ni durante los fines de semana. Este síndrome se previene modificando las relaciones de apego excesivo con la madre e intentando la adaptación de los niños tímidos a las guarderías infantiles.

La timidez consiste en intenso estrés durante el vínculo personal por miedo al prójimo y se inicia a los dos años y medio de edad, cuando debe desaparecer la reacción normal de evitación al extraño. Este mecanismo se observa desde el octavo mes de vida y se expresa por una vergüenza evidente que se manifiesta por desviación de la cara e inclinación de la cabeza o por la búsqueda de refugio en el regazo materno ante la presencia de un extraño que se dirige al niño. Los adolescentes tímidos salen poco de la casa, se sienten inseguros de su aspecto personal, les molesta que los miren y evitan los paseos y las fiestas. El aislamiento les crea dificultades para iniciar relaciones amorosas. La timidez se trata con los mismos principios con que se atiende la ansiedad de separación y la fobia escolar. La psicoterapia de grupo puede resultar de utilidad para tratar niños y adolescentes tímidos.

La agresividad y los berrinches. En el niño pequeño la ira y el malhumor se expresan a través del llanto y un alarmante cuadro que se denomina “espasmo de sollozos”. En criaturas de mayor edad, la cólera se manifiesta como pataletas, agresión a las personas y destrucción de objetos. La agresividad puede deberse a factores biológicos o psicosociales. Entre estos últimos se destacan la ausencia del padre o de la madre, la falta de jerarquía familiar, los climas de ira entre los padres, la privación de amor, el apañamiento de conductas agresivas, la identificación con la agresividad de los padres, y la imitación de modelos de odio que se exhiben en la calle, en el cine o en programas televisivos. La agresividad infantil se trata con consejos pedagógicos a la familia y a los vecinos, con psicoterapia, drogas psicotrópicas e instituciones de corrección.

Otros modos de respuesta infantil al estrés son los trastornos del aprendizaje y la conducta antisocial.

Formas clínicas del estrés en el adulto

Los síntomas psíquicos del estrés en el adulto se distinguen en un total de ocho síndromes.

La ansiedad es el desarreglo más común y se percibe como miedo o desasosiego y

sensaciones corporales que hacen suponer al sujeto la ocurrencia de una enfermedad orgánica. La mayoría de las ansiedades es provocada por el estrés marital, familiar, académico u ocupacional. Es relativamente común que el individuo desconozca la relación entre el estresor psicosocial y el síntoma ansioso. Según su curso o duración, la ansiedad situacional puede ser breve, intermedia o crónica. Debido a que resulta alarmante y aparatoso, la ansiedad puede enmascarar —para el médico inexperto— otros síndromes como el de la melancolía, la neurastenia, las fobias y las obsesiones.

La depresión situacional o síndrome depresivo es otra forma frecuente de enfermedad psíquica por estrés. El sujeto experimenta tristeza, llanto, ideas o imágenes que reflejan alguna contingencia desventurada, falta de placer para todo, insomnio, anorexia y falta de deseo sexual. Las causas más comunes de depresión por estrés son los dramas sentimentales, los conflictos de familia, los trastornos en el trabajo y los problemas con la salud y la pérdida de algún ser querido. La intensidad de la melancolía puede ser ligera, moderada o grave; la evolución de la enfermedad puede resultar breve, intermedia o prolongada. La complicación más grave de la depresión es el suicidio. El reconocimiento de este síndrome puede resultar difícil cuando la depresión se enmascara bajo formas de ansiedad, fatiga, disfunciones sexuales, fobias y obsesiones, hipocondría, malestares corporales, alcoholismo, consumo de drogas o deterioro intelectual del anciano. Tanto la ansiedad como la depresión facilitan o agravan la evolución de las enfermedades cardiovasculares como la insuficiencia coronaria y la hipertensión arterial.

La crisis de cólera. En un estudio cubano sobre la atención de urgencias en el niño, las crisis de ira resultaron el motivo de consulta más frecuente, mientras que en una investigación en adultos ese tipo de crisis ocupó un tercio del total de las urgencias psiquiátricas. Las crisis de cólera se manifiestan a través de malhumor, amenazas, violencia verbal y física, destrucción de objetos, lesiones que el propio sujeto se inflige, suicidio y homicidio. La ira generalmente es provocada por el estrés marital, familiar, ocupacional, y por conflictos callejeros o con vecinos. Todos los factores que deterioran las relaciones con el prójimo favorecen las respuestas de odio. La ira patológica se observa en la neurastenia, la melancolía, la paranoia, el síndrome de hiperactividad del niño, el carácter explosivo, el retraso mental, la epilepsia, las lesiones orgánicas cerebrales y el alcoholismo. El odio flotante o el dirigido resultan considerables factores de estrés tanto en las comunidades o instituciones como en las relaciones interpersonales.

El síndrome asténico, o síndrome neurasteniforme o burnout, es la forma más común de la enfermedad situacional a causa del estrés por sobrecarga y sobrehorarios de actividades académicas u ocupacionales que privan del necesario reposo y sueño. La

astenia se manifiesta por dificultades con la atención y la memoria, fatigabilidad, sensación de menor energía física y psíquica, anorexia, insomnio, desarreglos sexuales, ansiedad, tristeza e irascibilidad. En un estudio realizado a 750 maestros australianos se observó que los sujetos que presentaban más síntomas de astenia eran quienes tenían su salud más deteriorada, mayor ausentismo a sus trabajos, padecían estrés del rol y de una ideología represiva hacia el alumno, menor autoconfianza, interés y satisfacción por su oficio, dureza de personalidad y de la red solidaria, que los maestros con escaso *burnout*. La evolución de la neurastenia se manifiesta por una evolución prolongada o crónica. La neurosis asténica se trata con reposo, consejos para evitar la sobrecarga de trabajo y para crear periodos de ocio. Para curar a estas personas, es importante que se consiga modificar los rasgos de tipo A en el carácter, así como que se logre reducir la carga de trabajo en la empresa.

La fobia situacional. Se define como el miedo específico que resulta de la exposición del sujeto a una contingencia atemorizante. Los estresores más comunes que la ocasionan suelen ser sexuales, escolares, ocupacionales u hospitalarios.

Histeria. Algunas personas responden al estrés con síntomas histéricos que en ciertas ocasiones resultan una forma enfermiza de control del prójimo o de evitar situaciones inmanejables para el sujeto. Así, una mujer controla al marido difícil valiéndose de desmayos; una maestra evita enfrentarse a un aula caótica perdiendo la voz; y un recluso evade el trato carcelario al quedar ciego. La histeria puede ser clasificada como una defensa primitiva y enfermiza de enfrentamiento al estrés. Se denomina ganancia secundaria al beneficio que el histérico obtiene de su síntoma, ya que éste le permite, de alguna manera, resolver el conflicto. Las variedades de los síntomas histéricos son numerosas y éstos se clasifican en motores, sensoriales, vegetativos y viscerales, y psíquicos. Los primeros se evidencian por rigidez o parálisis de los miembros, por incapacidad para mantenerse en pie o caminar, por parálisis de escribientes, pianistas y telegrafistas por rechazo a la ocupación. Los síntomas sensoriales consisten en sorderas, ceguera, anestesias y dolores histéricos. Los desarreglos vegetativos y viscerales incluyen vómitos, “nudo en la garganta”, palpitaciones, retención urinaria y embarazo psicológico. Finalmente, los síntomas psíquicos se manifiestan como ataques de inmovilidad y mutismo, convulsiones histéricas, alteraciones de la conciencia a formas de fugas o de personalidades múltiples, amnesia y alucinaciones histéricas. La histeria se trata con psicoterapia, intervenciones sobre el ambiente y con drogas psicotrópicas.

Las actitudes paranoides. Las comunidades, las instituciones y los sistemas de valores que propagandizan una imagen odiosa del “enemigo” provocando desconfianza y persecuciones, originan de manera masiva actitudes paranoides, pero cabe aclarar que

éstas no llegan a transformarse en psicosis. Más raramente algunos estresores ocasionan síndromes paranoides de breve duración. De manera excepcional, algunos paranoidos contagian sus ideas delirantes a la familia, pero esta locura se soluciona fácilmente separando al enfermo de las personas sugestionadas.

El suicidio. De acuerdo con la frecuencia de suicidios, las tasas de los países se clasifican en bajas, intermedias y altas. Los países mediterráneos como España, Italia, Portugal y Grecia presentan tasas bajas —inferiores a 10 por cada 100 000 habitantes—. Las estadísticas de Estados Unidos arrojan entre 12 y 14 casos de suicidio por cada 100 000 personas. La cifra de Cuba se considera intermedia, ya que se mantiene en alrededor de 20 casos. Otras naciones como Hungría, Suecia, Dinamarca y Finlandia exhiben tasas altas, de 30 a 40 casos por cada 100 000 habitantes. La proporción generalizada entre intentos suicidas y suicidios exitosos resulta de diez intentos por cada muerte. Las variedades de suicidio se han clasificado en cuatro categorías: suicidio balance, suicidio en cortocircuito, suicidio teatral y suicidio por enfermedades psiquiátricas graves.

El suicidio balance consiste en una situación psicosocial adversa de larga duración de la que el sujeto no puede escapar ni resolverla con sus recursos adaptativos. En estas circunstancias la persona llega a la conclusión de que la vida en esas condiciones carece de valor y, por lo tanto, la muerte es la mejor opción. El caso de un anciano solitario, con escasos recursos económicos y graves incapacidades corporales que decide morir, es un ejemplo de suicidio balance.

Cuando un sujeto está expuesto a intensas situaciones psicotraumáticas, reacciona sin una elaboración meditada y atenta contra su propia vida, se trata de suicidio en cortocircuito. Esta forma es más frecuente en adolescentes y en personalidades explosivas, impulsivas e inmaduras. En este tipo de suicidio el contenido de la emoción subyacente es la ansiedad o la cólera. Un ejemplo de esta modalidad podría ser el de una adolescente que es reprendida por una situación doméstica irrelevante; la reprimenda le causa una gran ira contra su madre —a la que no puede agredir—, por lo que se toma un frasco de tabletas tranquilizantes.

El suicidio teatral se observa en sujetos histéricos y se trata de actos inauténticos cuya finalidad es el chantaje para lograr la atención y el dominio de un grupo. Por lo general, estos individuos no tienen intención de dañarse gravemente ni de quitarse la vida.

Para referirse al suicidio por enfermedades psiquiátricas graves es necesario recordar que en la melancolía la idea de muerte ocurre de manera automática al alcanzarse cierta intensidad crítica de la tristeza. Es como si se activara un instinto de destrucción y muerte que normalmente permanece en estado latente. Antes de

generalizarse el uso de las drogas antidepresivas, los suicidios alcanzaban al 10% de los enfermos de melancolía. En la esquizofrenia el suicidio puede depender de alucinaciones conminatorias a quitarse la vida, de ideas delirantes difícilmente soportables, del humor depresivo o de un balance de las pérdidas que ha ocasionado la enfermedad.

Los estresores más comunes relacionados con la conducta suicida parten de los problemas de parejas con contenidos de celos, descalificación y abandono; los conflictos familiares y los problemas de salud. En dos estudios que realizamos en Santiago de Cuba, los dos estresores más frecuentes resultaron ser los conflictos amorosos y los familiares. Otros factores de riesgos suicidas son: la desocupación, el desamparo, la carencia de redes solidarias y el alcoholismo.

FORMAS CLÍNICAS SEGÚN LA EVOLUCIÓN: AGUDA, INTERMEDIA Y PROLONGADA O TRASTORNOS POSTRAUMÁTICOS

El curso de la enfermedad situacional puede ser breve y agudo, de duración intermedia, o crónico y prolongado. La evolución muy breve o reacción aguda ante gran tensión se refiere a trastornos psíquicos breves, como consecuencia de contingencias de carácter excepcional y de “gran energía nociva” del agente traumático como las guerras, los desastres naturales o las catástrofes civiles e industriales. Ante contingencias de gran tensión el sujeto puede responder con miedo, pánico, depresión, ira, alteración de la conciencia, o con ataques histéricos de agitación o inmovilidad. Estos síntomas se observan en individuos, familias o comunidades sometidas a estrés de gran intensidad.

En el curso habitual o intermedio de las enfermedades por estrés, la enfermedad situacional dura desde semanas a un año, o más, y termina cuando desaparece el agente traumático, o el individuo lo hace inofensivo porque ha elaborado mecanismos de enfrentamiento para resolverlo. Los psicotraumas más comunes de esta forma clínica son las desventuras sentimentales, los conflictos familiares, el estrés ocupacional, el duelo y los problemas de salud. Los síndromes que se observan con mayor frecuencia son la depresión, la ansiedad y la neurastenia.

Últimamente se ha reconocido que algunos estresores hieren de tal manera la psiquis que ocasionan un daño permanente; de ahí la denominación de trastornos posttraumáticos por estrés o evolución prolongada. En estos casos hay presencia de síntomas aunque el agente traumático haya desaparecido largo tiempo atrás. Las manifestaciones del estrés pueden comenzar inmediatamente después del suceso traumático o luego de meses o años. Los psiquiatras norteamericanos definen estos

desarreglos por los componentes que se describen a continuación: gran intensidad del agente nocivo capaz de provocar trastornos en la mayoría de las personas; el suceso traumático se vuelve a experimentar ya sea por rememoraciones recurrentes parecidas a las obsesiones o por pesadillas con el tema traumático. También se hacen evidentes: “anestesia afectiva” y sentimientos de extrañeza y apartamiento de las personas, síntomas crónicos de ansiedad, insomnio, “culpa del sobreviviente”, desarreglos de la atención y de la memoria, evitación de situaciones que evoquen el suceso traumático, e intensificación de las manifestaciones ante situaciones evocadoras de las desventuras.

Más adelante se tratarán las formas clínicas de los trastornos postraumáticos por el estrés, que han sido denominados como síndrome del sobreviviente de los campos de concentración, los efectos a largo plazo de la tortura, y las consecuencias a largo alcance de la guerra y el síndrome posVietnam.

USO INDEBIDO DE DROGAS POR ESTRÉS

Se ha referido anteriormente que la utilización de drogas puede ser un mecanismo común de enfrentamiento al estrés. En la época prehispánica, los mexicanos consumían drogas para pedir a sus dioses la curación de las enfermedades, buenas cosechas y victorias militares. En la década del noventa, un sujeto fatigado se provee de energía mediante café, anfetaminas o cocaína; otra persona calma su ansiedad con el tabaco, el alcohol o con medicamentos tranquilizantes; y un tercer individuo atenúa su tristeza consumiendo alcohol o anfetaminas. También se ha dicho que la carencia de valores es un factor predisponente del uso indebido de drogas. Es necesario añadir que ciertos valores pueden propiciar el uso de fármacos psicotrópicos. En este sentido, el sujeto que participa del “culto a la velocidad”, propio de las comunidades industrializadas, necesita de drogas energizantes como la cafeína para ponerse a tono con las exigencias de su entorno, acelerar la mente y contrarrestar la fatiga. Del mismo modo, en algunas comunidades marginales las drogas tienen prestigio como propiciadoras de paraísos artificiales, éxtasis religiosos y estados placenteros de la mente.

Para la persona alcohólica el beber es como una suerte de automedicación y lo hace con, al menos, ocho propósitos. Con la intención de escapar al estrés, aliviar las tensiones y reducir la ansiedad; para propiciar el olvido de desventuras y atenuar los desengaños y las heridas; para provocarse estados de placer, alegría, humor, con sentimientos de omnipotencia e invulnerabilidad. Se alcoholiza también buscando alivio de los sentimientos de aislamiento y soledad; para hacer más fáciles las relaciones con las personas; con la finalidad de estimular el coraje; para “disolver” en alcohol el

Superyó y las restricciones e inhibiciones morales; y como mitigación de una existencia carente de significado.

Para la teoría psicológica del aprendizaje, un sujeto se hace adicto cuando cae en la cuenta de que las drogas le permiten controlar las emociones displacenteras que ocurren durante el estrés. La sociología también ha elaborado teorías para comprender las adicciones. Para esa disciplina existe gran variedad de causas. Una de ellas es la identificación e imitación de los hábitos de consumo de alcohol o drogas de la familia o de la comunidad. Otros motivos consisten en los mitos que enseñan las supuestas virtudes de las drogas para facilitar algunos desempeños personales, como el alcohol que resultaría afrodisíaco o las anfetaminas que mejorarían el rendimiento en el estudio. Además hay que tener en cuenta la existencia de la presión social que significa la publicidad como estímulo para el consumo de alcohol, tabaco o medicamentos. También la sociología opina que las instituciones enfermantes y el estrés en las comunidades; la carencia de actividades sociales que proporcionen recreación, satisfacciones y placer; y la desilusión y la pérdida de prestigio de los valores y los patrones culturales de la comunidad, representan otras causas de consumo de tóxicos.

Los sociólogos adjudican también a las malas relaciones con el otro —cuando adquieren una forma competitiva, odiosa, persecutoria o de dependencia— y a la alienación o los sentimientos de falta de pertenencia a las instituciones o a la comunidad, ser causas predisponentes a la adicción. La política de algunas empresas o aparatos de gobierno, que aparentemente desalientan el consumo de drogas, en realidad facilitan solapadamente su utilización con el fin de mantener sus privilegios y evitar el cuestionamiento y la rebeldía de sus miembros. En este sentido el adicto no resulta un rebelde, sino un sujeto conformista entregado al sistema social. Existen otras empresas que proporcionan alcohol o estimulantes a los obreros para prolongar el tiempo de trabajo y aumentar los rendimientos.

A pesar de aliviar algunas de sus manifestaciones, los tóxicos agravan las enfermedades por el estrés. La nicotina del tabaco suprime la ansiedad por un mecanismo diferente al de los tranquilizantes del tipo del diazepam, pero puede facilitar la úlcera péptica, la isquemia coronaria y la hipertensión arterial. Aunque el café y las anfetaminas antagonizan la fatiga, finalmente la complican porque favorecen la ansiedad, la anorexia y la privación del sueño.

El alcohol alivia transitoriamente la fatiga y la tristeza, pero, posteriormente, acentúa la depresión, daña las relaciones con el prójimo, origina conflictos en el trabajo, deteriora la salud y la economía doméstica, y da lugar a un gran estrés psicológico y corporal durante la ocurrencia del síndrome de abstinencia, cuando se pretende suprimir la droga. Es también aceptado que el alcohol y el café influyen de modo

desfavorable en algunas enfermedades relacionadas con el estrés como la úlcera péptica y la hipertensión arterial. Recientemente se ha demostrado que la cafeína potencia la actividad del cortisol en sujetos con predisposición a la hipertensión arterial.

TRASTORNOS DE LOS INSTINTOS POR EL ESTRÉS: SUEÑO, ALIMENTACIÓN Y SEXO

Con gran frecuencia el estrés suele expresarse solamente por desarreglos de las necesidades instintivas como el sueño, el apetito o el sexo. Es evidente que las cogniciones morbosas y las alteraciones afectivas, endocrinas y vegetativas como modo de respuesta al estrés, son capaces de trastornar las motivaciones biológicas. En situaciones de estrés las motivaciones instintivas aumentan, se reducen o desarreglan. Un sujeto puede dormir más o menos horas, su sueño suele ser más o menos profundo y el tema traumático generalmente es evocado en pesadillas. Otro individuo puede exhibir un aumento o disminución del apetito; una tercera persona evidencia una reducción del deseo y de la excitación sexual, con orgasmos más breves, precoces, tardíos o ausentes.

Algunos estresores, mecanismos y enfermedades por estrés que ocasionan insomnio son el exceso de frío o de calor, de luz, o de siestas diurnas; el ruido; los cambios de cama, de cuarto o de vivienda; los cambios de horarios de sueño (por trabajo nocturno o cambios de meridianos en las tripulaciones y pasajeros de vuelos de largas distancias); el trabajo físico o intelectual intenso en las horas que preceden al sueño; las situaciones psicotraumatizantes; la ansiedad, la tristeza, la fatiga; el consumo de drogas estimulantes (café, té, anfetaminas o anorexígenos); las enfermedades somáticas (trastornos respiratorios, cardiovasculares o dolores). Los malos durmientes de causa constitucional, y las personas maduras y ancianas, son más sensibles al insomnio por el estrés.

Por otra parte, los síndromes de fatiga y el aburrimiento en el trabajo ocasionan microsueños y exceso en el dormir. Durante los microsueños un obrero puede caer sobre una máquina y accidentarse; un médico dejar de supervisar a un paciente anestesiado; o un conductor puede perder el control de su vehículo. Según voceros del sindicato de choferes argentino, ocho de cada diez conductores llegan a manejar 16 horas por día, y casi la mitad de ellos duerme sólo de cuatro a seis horas diarias. El ingeniero Videla, experto en accidentes de la Comisión Nacional de Transporte, comentó que la somnolencia del “sueño blanco”, que consiste en dormir con los ojos abiertos, representa una causa frecuente de desastres en la ruta. El exceso de trabajo, las

situaciones psicotraumatizantes y el consumo de drogas y de alcohol, suelen ocasionar pesadillas.

El insomnio se corrige estableciendo hábitos de vida sanos, asegurando condiciones ambientales adecuadas para el durmiente y, de no haber mejoría, pueden prescribirse drogas con efecto hipnótico. El exceso de sueño se trata pagando la deuda de sueño — que es transgredida en los adictos patológicos al trabajo— o modificando los turnos y los horarios de las empresas. Las pesadillas se curan atendiendo los conflictos y administrando medicamentos tranquilizantes.

La falta de apetito o anorexia común resulta un síntoma muy frecuente como respuesta a contingencias desagradables, y es asociada con fatiga, ansiedad o tristeza. Cuando la anorexia se mantiene por largo tiempo ocasiona una gran reducción del peso corporal. La anorexia nerviosa es un cuadro clínico de mayor gravedad. En los países desarrollados, este síntoma es padecido por una persona por cada 100 000 y la mortalidad alcanza cifras desde el 3 al 21% de los casos. Por lo general, los enfermos provienen de familias ambiciosas, rígidas, sobreprotectoras, que brindan poco afecto. El psicotrauma de los anoréxicos resulta de observaciones o burlas por algún grado de obesidad. En las culturas nórdicas el valor de la belleza femenina se relaciona con la delgadez del cuerpo. Los sujetos intentan reducir su peso mediante el ayuno, la provocación de vómitos, el ejercicio y por la automedicación con anorexígenos, diuréticos, enemas y laxantes.

Este cuadro clínico exhibe aumento de la actividad, tristeza, ideas suicidas, desnutrición, ausencia de menstruación, atrofia de las mamas, caída del vello axilar y pubiano y desarreglos endocrinos y metabólicos.

La bulimia que puede provocar la obesidad es una enfermedad opuesta a la que acabamos de describir. Estos sujetos muestran episodios de dos horas de duración en los que ingieren alrededor de 3 500 calorías, y los interrumpen por vergüenza ante los demás o dolor abdominal por dilatación gástrica.

Tanto la anorexia como la bulimia se tratan con intervenciones sobre la familia disfuncional, con psicoterapia de la situación psicotraumatizante y con drogas psicotrópicas para corregir los desarreglos emocionales. Si el anoréxico nervioso ha bajado mucho de peso y su vida está en riesgo es aconsejable la hospitalización.

El estrés ocasiona deterioro de la respuesta sexual. Con el tiempo, el desarreglo sexual se convierte en un tema que daña la autoestima y causa notable desazón. Los estresores más comunes son la represión sexual infantil, la homofobia, las culpas y los mitos nocivos sobre el sexo, los abusos sexuales, la infidelidad y los celos, y el miedo a una gestación indeseada.

Las personalidades ansiosas, tímidas y obsesivoides, centradas en altas expectativas

de desempeño y miedo al prójimo, resultan los caracteres más vulnerables al estrés sexual. La reducción del deseo y de la excitación femenina, y la dificultad erétil en el hombre, como los orgasmos prematuros, reducidos, tardíos o ausentes, son claros síntomas sexuales del estrés. También lo son el vaginismo (espasmo muscular de la vagina, que impide la penetración); la dispareunia (dolor durante el coito); la incompatibilidad de la sexualidad entre los amantes, falta de coincidencias del deseo, la excitación y el orgasmo; y algunas perversiones sexuales.

Con dependencia de las causas del desarreglo, los trastornos sexuales por el estrés se tratan con educación sexual, con intervenciones sobre el ambiente, con psicoterapia individual y de pareja, o con terapias sexuales de tipo conductista.

LOS TRASTORNOS CORPORALES O PSICOSOMÁTICOS POR EL ESTRÉS

Los sucesos sociales psicotraumáticos actúan sobre los sujetos vulnerables, originándose una reacción emocional displacentera. Esta respuesta se expresa a través de tres tipos de cambios corporales. Ocurren aumentos en el tono de la musculatura estriada que suelen dar lugar a cefaleas o lumbalgias. Se afecta el sistema inmunitario que, al deprimirse, facilita las infecciones. Además, la exaltación vegetativa a la que se asocia la respuesta endocrina puede llegar a enfermar una víscera (véase figura 5).

Cada persona tiene su talón de Aquiles en cierta víscera susceptible que ocurre por alguna anormalidad genética, por conexiones nerviosas del tipo de los reflejos de Pavlov, o por simbolizaciones en la mente. En el primero de los casos, la vulnerabilidad genética, puede deberse a un aumento de la densidad o la sensibilidad de los receptores para las catecolaminas (adrenalina, noradrenalina y dopamina). En ratas con hipertensión arterial hereditaria, se ha observado un aumento de la densidad de los receptores para las catecolaminas del sistema nervioso central —hipotálamo, puente y médula espinal—. En algunas formas de neurosis cardíacas en el ser humano, se ha reconocido una hiperactividad genética en los receptores para la adrenalina.

La susceptibilidad de algunas vísceras puede depender de conexiones nerviosas entre los órganos y determinadas emociones. Por ejemplo, durante un episodio de catarro bronquial un niño “aprende” que mediante la tos logra la solicitud de sus padres; luego, inconscientemente, mediante la repetición de la tos consigue la atención privilegiada de sus progenitores. Cuando el síntoma logra su objetivo, el trastorno se refuerza.

También se dan casos de vísceras susceptibles porque en ellas se expresa

simbólicamente el conflicto. De esta manera, los deseos de ser madre pueden ocasionar un embarazo imaginario con aumento del tamaño del vientre, secreción mamaria y suspensión de la menstruación. De igual forma, los conflictos sentimentales se expresan en los órganos del amor como disfunciones sexuales, o una maestra que detesta a sus alumnos lo expresa inconscientemente como una afonía histérica que le impide hablar.

Los teóricos de los trastornos psicosomáticos han opinado que cuando hay síntomas en el cuerpo no los hay en el psiquismo, y que el desarreglo visceral es exclusivo de un solo órgano. En realidad, la experiencia clínica no confirma esta suposición y es común que el trastorno ocurra con desarreglos simultáneos del psiquismo y de varias vísceras. Es de observación común que un sujeto bajo estrés exhiba ansiedad, cefalea de tensión, lumbalgia y alguna disfunción sexual. Además, los síntomas viscerales pueden cambiar de órgano en diferentes etapas de la vida.

CUADRO 5. *Trastornos psicosomáticos*

1) Trastornos cardiovasculares

- Síntomas cardíacos de ansiedad.
- Arritmias cardíacas, y muerte súbita por estrés.
- Hipotensión arterial, desfallecimiento o síncope vaso-vagal por estrés.
- Hipertensión arterial emocional.
- Espasmo vascular ocular por el estrés.
- Espasmo coronario por situaciones psicotraumatizantes.
- Lesiones del endotelio vascular.

2) Trastornos respiratorios

- Disnea o dificultad respiratoria ansiosa.
- Síndrome de hiperventilación por mayor frecuencia y amplitud respiratorias.
- Tos por estrés.
- Espasmo de sollozo infantil por frustración.

3) Trastornos digestivos

- Gingivitis ulceronecrotizante aguda (GUNA) por estrés.
- Aerofagia o deglución de aire emocional.
- Disfagia o dificultad para deglutar por estrés.
- Vómitos emocionales.
- Rumiación o regurgitación del contenido gástrico en el niño.
- Úlceras gástricas por estrés.
- Cólicos, diarrea o estreñimiento por estrés.
- Encopresis o incontinencia de las heces por psicotraumas.

4) Trastornos de la micción.

- Disuria o dificultad en la micción, y retención urinaria psicogénica.
- Cistitis y polaquiuria (pequeñas y repetidas micciones) por estrés.
- Enuresis o incontinencia urinaria por estrés.

5) Trastornos del sistema reproductor femenino.

- Dismenorrea o dolor menstrual psicogénico.
- Hemorragia uterina por estrés.
- Amenorrea o ausencia de la menstruación de causa psicogénica.
- Pseudocyesis o “embarazo imaginario”.
- Esterilidad por estrés.
- Aborto por estrés.
- Factor de riesgo de parto prematuro.

CUADRO 5. *Trastornos psicosomáticos (concluye)*

- 6) Trastornos del sistema sanguíneo.
 - Neutrofilia o exceso de glóbulos blancos de origen emocional.
 - Policitemia o exceso de glóbulos rojos por el estrés.
 - Aumento de la coagulación: por incremento del factor coagulante tromboxane B-2, y aumento de la agregación plaquetaria y del fibrinógeno.
- 7) Trastornos de la piel.
 - Prurito o “picazón” emocional.
 - Sudoración exagerada por estrés.
 - Cambios vasculares: rubor y palidez por psicotraumas.
 - Alopecia o caída del pelo del cuero cabelludo por estrés.
- 8) Trastornos de la musculatura estriada.
 - Cefalea por contractura de la musculatura de la cabeza.
 - Bruxismo o rechinamiento de los dientes por contractura de la musculatura masticatoria.
 - Lumbalgia o dolor lumbar por contractura muscular por estrés.
 - Hipertonia y dolor musculares o mialgia de tensión de otros grupos musculares.
 - Hipotonía muscular, aflojamiento de las piernas y caída por estrés.
- 9) Trastornos del sistema nervioso.
 - Mareos o vértigos por estrés.
 - Desarreglos del sistema vegetativo por estrés.
- 10) Trastornos del sistema inmunitario.
 - Inmunosupresión por estrés e infecciones y neoplasias oportunistas.
 - El estrés como factor de riesgo de resfriado común, herpes bucal, faringitis, etcétera.
- 11) Trastornos del sistema endocrino.
 - Aumento de la ACTH y del cortisol por estrés.
 - Aumento emocional de la prolactina u hormona mamaria.
 - Aumento psicogénico de la hormona del crecimiento.
 - Enanismo psicosocial en niños maltratados con disminución de la hormona de crecimiento.
 - Aumento emocional de la hormona tiroidea.
 - Disminución psicogénica de la hormona antidiurética con diabetes insípida.
 - Disminución de la testosterona por estrés.
 - Aumento de la glucemia plasmática por estrés.
 - Aumento de los lípidos plasmáticos por estrés.

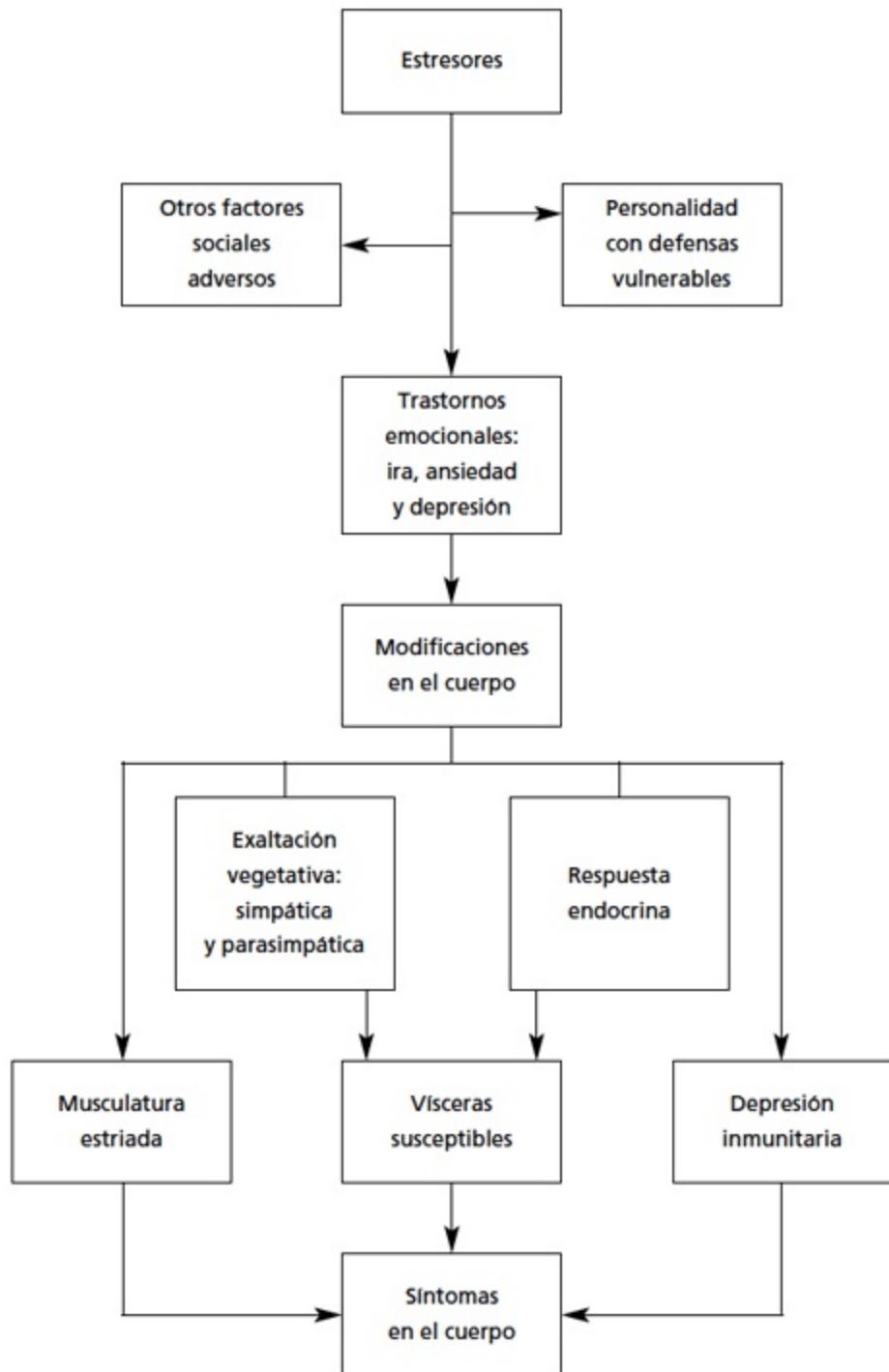


FIGURA 6. *Modo en que se originan los trastornos corporales.*

La definición de cada trastorno excede los propósitos del autor, y se recomienda al lector dirigirse a la literatura especializada si desea estudiar alguna enfermedad en particular. En el cuadro 5 sólo se refieren los síndromes originados en forma predominante por el psicotrauma, y no se mencionan aquellos en los que el estrés sólo participa como un factor contribuyente. Las enfermedades psicosomáticas se tratan de igual manera que las otras enfermedades por el estrés. Es decir, con intervenciones sobre el ambiente, con psicoterapia y con medicamentos con efectos sintomáticos sobre los desarreglos del cuerpo. Para calmar la ansiedad y la exaltación vegetativa se utilizan las técnicas de autosugestión con relajación, y los procedimientos de *bio-feed-back*, que se tratarán más adelante.

EL ESTRÉS COMO CAUSA ASOCIADA DE ENFERMEDADES GENÉTICAS, CONSTITUCIONALES U ORGÁNICAS

El estrés se considera un factor de riesgo de la hipertensión arterial esencial, el infarto de miocardio, el asma bronquial, la úlcera péptica, la diabetes mellitus y la arterioesclerosis. En estas enfermedades el estrés opera como un agente contribuyente que se suma a otros factores ambientales y constitucionales.

Para ilustrar cómo actúa el estrés en estas enfermedades, se revisarán, a modo de ejemplo, los diferentes mecanismos biológicos y psicológicos en el establecimiento del infarto de miocardio. En el espacio biológico ocurren: espasmo de las arterias coronarias, lesiones del endotelio vascular, hiperlipemia y depósitos de lípidos en las paredes de los vasos. Además, hay una mayor tendencia a la coagulación de la sangre por el incremento del factor coagulante tromboxane B-2, y aumento de la agregación plaquetaria y del fibrinógeno. En el espacio mental, el sujeto hace una dieta malsana con un consumo excesivo de grasas, hidratos de carbono y sal que facilitan la arterioesclerosis y la hipertensión arterial. El estilo de vida sedentario aumenta los depósitos de grasas en el cuerpo y finalmente la tendencia a incrementar el consumo de alcohol, café y tabaco aumenta la hiperlipemia y la reactividad vascular.

Las personalidades obsesivoides del tipo A predisponen al infarto de miocardio a través de los estados ansiosos, depresivos y asténicos. La enfermedad coronaria se agrava cuando la persona utiliza defensas inadecuadas como la negación de la enfermedad y el rechazo al tratamiento dietético y medicamentoso.

VII. Formas del estrés según el tema traumático

EL ESTRÉS AMOROSO Y MARITAL

EL AMOR DESDICHADO es el psicotrauma más común como causa de ansiedad, depresión, violencia y suicidio. Nadie puede poner en duda que el enamoramiento, aunque representa una variedad de buen estrés, provoca perturbaciones en la mente y en el cuerpo. Resulta común que un sujeto que se enfrenta a su objeto de amor manifieste “mariposas en el corazón”, temblor en la voz y los miembros, palpitaciones, aumento de la frecuencia respiratoria, suspiros, lagrimeo y sudoración. La pasión también es capaz de hacer perder el sueño y el apetito.

En 1955, Orlandini y Batista Burgos estudiaron el enamoramiento en 283 escolares de ambos sexos de 10 a 14 años de edad. En el 45% de los sujetos se observó nerviosismo. Otros síntomas de la enfermedad del amor fueron celos en el 45%, ansiedad en el 40% y dificultades de estudio en el 23% de los casos. En otro trabajo de Valdez y Naranjo (1993), sobre mujeres con frustraciones amorosas, se observó: tristeza (99%), ansiedad (96%), anorexia y pérdida de peso (89%), insomnio (87%), agresividad (57%), ideas e intentos de suicidio (17%), aumento del consumo de tabaco y alcohol (12%), ideas homicidas (6%), desarreglos del ritmo cardíaco (67%), trastornos digestivos (23%), desarreglos de la tensión arterial (21%) y accidentes (20%). En adolescentes que realizaron intentos suicidas, el 35% lo relacionó con estrés amoroso. Los conflictos de la pareja se observaron en el 37.5 % de los casos de adultos que murieron en intentos suicidas.

El estrés sentimental ocurre por contingencias sexuales, matrimoniales, y por conflictos con la maternidad o la paternidad, que ya se han detallado en este texto. Las personalidades ansiosas, inmaduras, fóbicas, dependientes, paranoides, histéricas y explosivas, parecen más vulnerables al estrés amoroso. El terapeuta debe reconocer las defensas inconscientes y los mecanismos de enfrentamiento de cada miembro de la pareja, con el fin de propiciar los más sanos y desalentar los que provoquen mayor daño al vínculo y a las personas. Las formas enfermizas de amar provocan daño en uno o en los dos miembros de la pareja. Son formas de enamoramiento patológicas la enfermedad de amor por afecto no correspondido, el querer ambivalente con secuencias de ternura y castigo, el amor resentido de los dramas griegos de Fedra y de Medea, el enamoramiento con negación de sexo de *La tía Tula* de Unamuno, la pasión celosa de Otelo, el síndrome de la mujer golpeada, la fobia al objeto de amor y la

ansiedad de separación cuando se aleja el amante.

El sujeto responde al estrés romántico con ansiedad, depresión, crisis de ira, síntomas histéricos, desconfianza paranoide, desarreglos del apetito, del sueño o del sexo, trastornos psicosomáticos, con consumo de drogas, con violencia o con el suicidio. La enfermedad por el estrés sentimental tiene una evolución de meses o años; depende de que la relación mejore, que ocurra la separación o que el sujeto escoja otra pareja. El tratamiento específico del estrés amoroso se aplica con la terapia marital o de la pareja.

EL ESTRÉS SEXUAL

Debido a la gran valoración que se atribuye a los órganos, a las funciones y al desempeño erótico, los psicotraumas sexuales adquieren una relevante significación nociva. Por lo general, los estresores eróticos ocasionan desarreglos e insatisfacciones sexuales cuya frecuencia estadística indica, en forma indirecta, en qué cuantía y con qué fuerza actúan los psicotraumas de esta naturaleza. Por otra parte, no se debe olvidar que los agentes nocivos no eróticos también perturban la respuesta sexual.

En estudios sobre síntomas sexuales en Santiago de Cuba encontramos que los desarreglos sexuales tenían una prevalencia del 14% entre campesinos, del 21% en los habitantes de ciudad y de un 30% en trabajadores industriales. Los estudios nos mostraron que el 16% de mujeres supuestamente sanas no tenía orgasmo, el 12% padecía falta de excitación sexual y el 26% carecía de deseo.

En un trabajo con adolescentes observamos que el 66% del total de los casos refirió algún tipo de estrés sexual. Por otra parte, el 70% de las parejas consultadas aseguró haber tenido algún tipo de desarreglo sexual por falta de compatibilidad del deseo (43%); por ausencia de coincidencia sobre la frecuencia del coito (12%); por incompatibilidad sobre el número deseado de orgasmos (32%); y por falta de coincidencia sobre el modo de hacer el amor (13%).

La teoría psicoanalítica ha referido que el complejo de Edipo es el primer estrés sexual que ocurre en la infancia temprana, y consiste en la rivalidad y odio contra el padre debido a su vínculo erótico con la madre. Los principales estresores en la infancia son la represión y los abusos sexuales. Las primeras relaciones sexuales pueden resultar traumáticas durante la adolescencia. En la adultez, suelen ser nocivas las incompatibilidades sexuales; y durante la involución y la ancianidad los estresores más comunes son la disminución de la atracción y las respuestas sexuales.

Las cogniciones anómalas —ansiológicas, de desvalimiento o persecutorias—, la

insuficiencia de mecanismos de enfrentamiento y las defensas de tipo inhibitorio como la represión sexual, son condiciones que aumentan la susceptibilidad al estrés sexual. También lo son la falta de cultura sexual, los mitos sexuales que exigen altos desempeños, los modos rígidos y estereotipados de hacer el amor, los sistemas nocivos de valores sexuales —machismo, culto al falo y las prohibiciones sexuales de las religiones judeocristianas—, las personalidades ansiosas, inseguras, tímidas y obsesivoides con escasa autoestima y miedo al prójimo. El rol sexual masculino tradicional influye también en la susceptibilidad al estrés sexual.

El sujeto responde al estrés con disfunciones sexuales, ansiedad, fobias, depresión, culpas, actitudes paranoides, enfermedades psicosomáticas, violencia y suicidio. Existen casos que ilustran sobre la gravedad de ciertas respuestas al estrés sexual. Un niño se suicidó al darse cuenta de que su conducta homosexual sería conocida por todos los integrantes de la escuela a la que iba. Un hombre mató a su mujer cuando ésta lo amenazó con divulgar su impotencia en el vecindario. Un sujeto que en su infancia fue sorprendido y censurado durante un juego sexual, quedó con una dificultad erétil permanente.

El estrés sexual se trata mediante distintos procedimientos. Por medio de la eliminación de los mitos nocivos a través de la educación sexual; con la corrección de los valores sexuales patógenos; con psicoterapia analítica de los conflictos sexuales remotos y con psicoterapia de apoyo para aquellos casos de estrés sexual reciente.

EL ESTRÉS FAMILIAR

Los estresores cuyos contenidos son las relaciones entre los padres, los hijos y otros parientes, representan los temas del estrés familiar. Aunque el vínculo marital resulta un subsistema de la familia, sus desarreglos se clasifican como trastornos de la relación de pareja. De acuerdo con la experiencia del autor, el estrés familiar resulta la primera o segunda causa de enfermedades psicogénicas de la infancia y la adultez.

Son factores de vulnerabilidad la edad infantil, por ser el niño más dependiente y disponer de menores defensas psicológicas, y el sexo femenino, por los lazos especiales entre la madre y los hijos y por los conflictos del propio rol de mujer. También representan factores de riesgo los retrasos mentales, los desarreglos de la personalidad, las enfermedades mentales o físicas, la dependencia económica o psicológica y la falta de red solidaria fuera de la familia. El rol familiar de “chivo expiatorio” o depositario de culpas y castigos es también factor de vulnerabilidad al estrés.

Los valores y los mitos sociales propios de cada familia pueden crear o agravar

ciertos sucesos desfavorables que ocurren en algún miembro del grupo. Algunas ideologías familiares resultan tremadamente nocivas. Ejemplos de éstas son expresiones tales como “la crianza de los hijos es asunto del ama de casa”; “no te puedes casar con un negro porque los negros no sirven para nada”; “si te embarazas olvídate de que somos tus padres”; o “prefiero un hijo muerto antes que gay”.

En el mundo actual, que es tan cambiante, los valores se modifican en cada generación y originan discrepancias entre los principios de los abuelos, los padres, los hijos y los nietos. La familia suele padecer el estrés de las contingencias exteriores; pero también las anormalidades de su estructura y funcionamiento pueden dañar a sus miembros desde adentro.

Pueden ser enfermantes tanto la familia nuclear incompleta porque falta el padre o la madre, como una estructura familiar con desarreglos de las jerarquías y la distribución del poder, desde un autoritarismo extremo que induce al sometimiento hasta el igualitarismo y el exceso de permisividad que originan un caos.

Cuando se observan conflictos de roles (la abuela hace de madre y desplaza a ésta, o la madre hace de padre, o el hijo asume el rol paterno); cuando se evidencia falta de intimidad y de lealtad entre los miembros del grupo familiar, o cuando éstos exhiben defectos de sus mecanismos de enfrentamiento, no disponen de capacidad para negociar sus discrepancias y se muestran intolerantes ante las opiniones de los otros, están ocurriendo distintas formas de estrés familiar.

Si los sujetos son irresponsables de sus propias acciones y culpabilizan a otro familiar por sus fracasos y desventuras familiares; si los parientes presentan excesos o defectos en la autonomía o dependencia mutua; si se observa represión en la expresión de las emociones entre los miembros de la familia; si se advierte un estado de ánimo o “clima emocional” del grupo carente de alegría, humor, calidez, placer y optimismo, con preponderancia de ira, ansiedad, tristeza, cinismo y desesperanza, se está ante distintos cuadros de estrés familiar.

La no identificación y la falta de empatía con otros miembros de la familia; la comunicación indirecta, vaga o deshonesta; la falta de apoyo, la inseguridad y la baja autoestima; la rigidez de las reglas morales; la carencia de apoyo social exterior, o lo distante o agresivo de los lazos con extraños, son también aspectos que identifican a una familia disfuncional.

Cuando ocurren situaciones de estrés, los parientes son la primera red solidaria que debe amortiguar las consecuencias del impacto. Ellos defienden a la víctima proponiendo o facilitando los mecanismos de enfrentamiento a utilizar, o se asumen como guías o mediadores en la búsqueda de soluciones. Por lo general, los parientes son los depositarios de las confidencias y permiten la catarsis de las experiencias

penosas de la víctima. A la vez, soportan y estimulan la autoestima, proponen nuevos valores en situaciones de crisis y proveen de ayuda y servicios concretos en cuidados, protección, alimentación, vivienda, dinero, etcétera.

El estrés familiar se manifiesta como depresión, ansiedad, enfermedades psicosomáticas, consumo de drogas, accidentes, suicidio, y otras violencias como los síndromes del niño maltratado, de la mujer golpeada y, últimamente, de los padres golpeados. En el niño, el estrés familiar se expresa como enfermedades psíquicas o somáticas, enanismo psicosocial, bajo rendimiento académico, consumo de drogas, conducta antisocial y suicidios.

En distintos estudios de padres abusadores se ha observado un nivel cultural bajo, ingresos económicos reducidos, insuficientes habilidades para manejar al niño, historia de maltrato infantil en generaciones anteriores, y consumo excesivo de alcohol y drogas.

A su vez, las madres enfermantes evidenciaron altos puntajes de situaciones psicotraumatizantes, una percepción aumentada de los efectos del estrés, depresión y ansiedad, insatisfacción marital y aislamiento social. Los padres que mostraron tendencia a golpear eran intolerantes e hipercríticos con el niño. Los hijos de estas familias presentaban mayor cuantía de problemas de conducta que otros niños de la población de control.

En el estrés familiar ocurre lo que denominamos “cadena de estrés interpersonal”, que consiste en que el padre maltrata a la madre y la madre maltrata al niño. El estrés familiar se trata con intervenciones sociales, psicoterapia individual o de familia, drogas psicotrópicas y, en ocasiones, con hospitalización.

EL ESTRÉS POR DUELO

La respuesta al estrés provocado por la muerte de personas queridas se designa como reacción de duelo. En la actualidad este concepto ha sido ampliado a otro tipo de pérdidas como la enfermedad, las deformidades o la amputación de órganos del cuerpo, la desaparición de posesiones u objetos valiosos, el abandono del amante y las separaciones de los hijos y los amigos.

En estudios que realizamos en Santiago de Cuba, la muerte de algún familiar resultó el principal estresor en el 25% de cien casos de niños con enfermedad por el estrés psicosocial. En otro trabajo sobre casos de crisis depresivas del adulto, que requirieron hospitalización, hallamos que en el 6% de los pacientes la causa del trastorno era el duelo. En investigaciones con ancianos, el 14% de ellos nos refirió la muerte de familiares como una contingencia de gran impacto emocional.

El estrés de la pérdida de un familiar o de un amigo aumenta su efecto nocivo cuando se asocia a la privación de sueño por velar las noches del moribundo; por el dolor que provoca la percepción de los sufrimientos y el deterioro corporal del enfermo; cuando se deben pasar días en ambientes hospitalarios observando otras situaciones dramáticas; por el estrés económico que provocan los gastos por la enfermedad y los funerales; y por el desamparo en el que quedan algunos deudos.

Las personas más vulnerables al estrés por duelo suelen ser los niños, las madres, los sujetos con predisposición a deprimirse, quienes tenían gran afecto y dependencia con el fallecido, aquellas personas que quedan solas, y los que carecen de valores que los compensen y los conforten.

Son distintas formas de respuesta al duelo el miedo a la repetición de la pérdida de otro familiar; el temor a morir de la misma enfermedad; la cólera sobre familiares menos queridos que no murieron; la ira sobre un real o supuesto culpable de la muerte; la culpa por no haber dado más amor —a su tiempo— a la persona fallecida; los remordimientos por no haber tomado todas las providencias que hubieran podido postergar o evitar la muerte; y la tristeza por la pérdida. En casos de accidentes se ha observado culpa por haber sobrevivido a los muertos.

El impacto por la pérdida se amortigua mediante diferentes mecanismos de enfrentamiento. Algunas personas expresan sus sentimientos mediante el llanto y frases y gestos rituales de desesperación. Otras “ventilan” o comunican pensamientos que evocan la pérdida de familiares o amigos. Hay quienes niegan lo ocurrido, consumen alcohol o se automedican. Los creyentes acuden a la oración y al consuelo religioso. Ciertos individuos buscan la palabra de consuelo en parientes y amigos; otros se resignan o apelan a rituales mortuorios o solicitan ayuda médica.

La forma clínica más común del duelo es la depresión con llanto, ansiedad e ira. Otros síndromes menos frecuentes son la amnesia histérica con un olvido total de la persona muerta, los trastornos psicosomáticos, el consumo transitorio de alcohol o drogas, y el suicidio. La evolución de la aflicción puede ser de una duración breve de dos a tres semanas en el duelo normal, y de largos meses o años en el duelo patológico. Luego de la commoción o negación inicial sobreviene la tristeza; seguidamente las defensas psicológicas elaboran y reparan la pérdida, y el sujeto se recupera mediante una resignación positiva.

Clayton y sus colaboradores estudiaron el duelo normal y pudieron comprobar que quienes lo experimentaban sentían tristeza, crisis de llanto, aumentaban el consumo de alcohol, padecían anorexia, estaban irritable y mostraban falta de interés en las noticias y los programas televisivos. En la mayoría de los sujetos los síntomas desaparecieron entre la sexta y la décima semana. En valoraciones posteriores se estableció que a los

tres meses había mejorado el 81% de los casos, mientras que el 15% continuaba en el mismo estado y el 4% había agravado. Casi ninguna persona consultó al médico por estos trastornos, ya que suponían que tenían desarreglos normales. Clayton y sus colaboradores opinan que el duelo normal no es realmente normal, sino que debe considerarse como una depresión breve.

Otros investigadores refirieron que los sentimientos dolorosos máximos ocurren luego de uno o dos años de la muerte de un familiar, y aún al decenio de la pérdida el recuerdo provoca dolor en relación con la persona desaparecida. Si una tristeza por duelo dura más de tres meses es recomendable consultar con el médico. El tratamiento del duelo patológico se lleva a cabo con psicoterapia y con drogas antidepresivas.

EL ESTRÉS ACADÉMICO

Desde los grados preescolares hasta la educación universitaria de posgrado, cuando una persona está en un periodo de aprendizaje experimenta tensión. A ésta se la denomina estrés académico, y ocurre tanto en el estudio individual como en el aula escolar. El maestro o profesor también experimenta este tipo de estrés, pero, para hacer más sencillo el tema, en este texto se hará referencia a él sólo en función de quien aprende. Los desarreglos del educador se clasificarán como una forma clínica de estrés ocupacional.

En un estudio sobre niños con enfermedades psicogénicas observamos que el 18% de los casos refirió al estrés escolar como la causa del trastorno. Los estresores más comunes encontrados fueron la inadaptación al régimen de internado (9%); la participación del niño en el trabajo agrícola (4%); los conflictos escolares (3%); y la inadaptación al cambio de institución o escuela (2%). En otro trabajo sobre intentos de suicidio en adolescentes encontramos que en el 10% de los casos se aseguró que el estresor causal fueron los conflictos escolares.

Las instituciones escolares pueden resultar nocivas y ser la causa del estrés académico. Cuando éstas incorporan exceso de alumnado, se provoca inmanejabilidad y defectos en la atención de las necesidades particulares de cada colegial. Otros factores de malestar escolar ocurren cuando se dictan demasiadas normas y prohibiciones, se maneja una política autoritaria y con escasa participación de los alumnos en las decisiones administrativas; o cuando los programas tienen contenidos excesivos y se dan clases sin pausas para el reposo y la recuperación de la fatiga. El autor hubo de atender a un paciente que asistía a once clases diarias de nivel preuniversitario con sólo cinco minutos de receso entre cada una de ellas. De ahí la importancia de que los

directores de colegio propicien espacios de tiempo libre para el reposo, la recreación, los asuntos personales y la atención a la pareja, a los amigos y a los familiares del estudiante.

Por otra parte, la incompetencia profesional y la falta de arte y técnicas pedagógicas de los maestros y profesores, y las supervisiones y exámenes con disposiciones que originan temor en el colegial, son otras causas que dan lugar al estrés académico. Se ha dicho que el ruido es un factor estresante y esto es aplicable al estrés escolar: un grupo de investigadores determinó que en las aulas de una escuela polaca el grado de ruido superaba al de la maquinaria de algunas fábricas.

También las actitudes psicotraumáticas de ciertos profesores hacia sus alumnos — autoritarismo, manejo de tipo policial, deshumanización, desinterés, crueldad, trato humillante, castigos o abusos sexuales— son generadoras de estrés. En los internados la escasez de pases de fines de semana o la insuficiencia en el transporte de los colegiales, constituyen factores propiciadores de malestar.

Existen instituciones que promueven valores nocivos al estimular la competencia entre los alumnos, la docilidad mecánica y la delación. Esta educación viciosa deteriora los vínculos sanos y se expresa como envidia, sometimiento, odio y persecuciones entre los estudiantes.

Las personalidades más vulnerables al estrés escolar son los niños con dificultades en la atención, y de escasa inteligencia. También aquellos que padecen algún desarreglo psíquico como la timidez, los caracteres de tipo A, la hiperactividad o la esquizofrenia. Los adultos que estudian y los alumnos extranjeros con dificultades para el idioma, son otro tipo de sujetos susceptibles al estrés académico.

Las formas clínicas más comunes de este tipo de estrés son los trastornos del aprendizaje, la fatiga o *burnout*, la ansiedad, la depresión, la ira, las conductas antisociales y el suicidio. El estrés escolar puede prevenirse y tratarse facilitando las opciones vocacionales más adecuadas mediante el consejo y las oportunidades. Otro modo de prevención consiste en el diagnóstico temprano de los alumnos con anormalidades sensoriales, de la atención y de la inteligencia, para que reciban un tratamiento pedagógico especial.

A las instituciones se les recomienda modificar los aspectos nocivos de sus valores y propiciar las mejores técnicas pedagógicas. El profesional de la salud muchas veces debe intervenir sobre los conflictos entre maestro y alumno, entre padres y estudiantes, o entre colegiales. En otros casos se prescriben drogas psicotrópicas para mejorar la atención o los desarreglos afectivos, se realiza psicoterapia de algún aspecto específico del estrés académico o se propone reposo en el estudio o el traslado a otra institución escolar.

EL ESTRÉS MÉDICO Y LA IATROGENIA. LAS INSTITUCIONES MÉDICAS IATROGÉNICAS

A pesar de que la razón de la medicina es curar o aliviar, con cierta frecuencia los procedimientos de esta ciencia pueden resultar nocivos. El estrés médico consiste en el malestar “inevitables” que provocan tanto la hospitalización como las distintas acciones en la prevención, en los exámenes, diagnóstico, tratamiento, investigación y docencia de las enfermedades. Por otra parte, la iatrogenia significa el daño al paciente y su familia “que pudo evitarse” causado por errores del personal o de las instituciones de salud.

La iatrogenia puede clasificarse en orgánica o física y en psicosocial. La primera se refiere a los trastornos que originan las radiaciones, los medicamentos o las intervenciones quirúrgicas, que aquí no será tratada con mayor detalle. La iatrogenia psicológica es causada por defectos en las relaciones interpersonales con los profesionales de la salud y como reacción emocional a los tratamientos médicos y quirúrgicos. De esta manera, la entrevista con un médico, la consulta en un cuerpo de guardia o una prueba de laboratorio suelen ocasionar ansiedad, y las típicas modificaciones vegetativas y endocrinas por el estrés.

Ya se han descrito las situaciones más comunes que originan el estrés médico y que pueden dar pie a la ocasión de iatrogenia. Los temas más frecuentes del estrés médico son el dolor, la invalidez y el miedo a la muerte. En la tabla de estresores de Holmes y Rahe, las lesiones o enfermedades graves ocupan el sexto lugar en intensidad nociva y se valoran en 53 puntos sobre 100.

Los agentes del estrés médico son el personal médico, paramédico y aun administrativo, que tiene que ver con la asistencia de la salud; la tecnología o el “aparataje” —que se perciben como equipos desconocidos y amenazadores—; y las instituciones de la salud, es decir los consultorios, los policlínicos, unidades de guardia y hospitalares.

El médico puede resultar dañino por la ausencia de valores humanitarios, por el rol que lo opone al paciente, por holgazanería para el estudio, por falta de vocación, por defectos en la inteligencia o el carácter, por alcoholismo, perversiones sexuales y agotamiento o *burnout*.

La carencia de conocimientos o habilidades conduce a errores médicos, así como el escaso compromiso con la responsabilidad de curar origina desatención y abandono del paciente. La mala práctica se manifiesta también por negligencia, que da lugar al incumplimiento de normas técnicas; por timidez o temeridad, que causan tratamientos insuficientes o excesivos; por complacencia exagerada con las demandas injustificadas

del paciente o de la familia, que conduce a medicación u hospitalizaciones innecesarias. La soberbia impide que el médico consulte o derive a otro profesional un caso difícil que excede sus capacidades, y la tozudez hace que insista en tratamientos y esquemas inoperantes.

La rigidez burocrática de ciertas instituciones hace que los reglamentos sean más importantes que el alivio o las necesidades del paciente. También ocasionan malestar la pedantería y la deshumanización al comunicar un diagnóstico verdadero pero traumático. Algunos profesionales abusan sexualmente de sus pacientes y otros sólo son capaces de mantener relaciones frías, distantes y formales, u ostensiblemente groseras con sus enfermos. Y por último, la deshonestidad y la mala fe dan lugar al engaño del paciente.

Así como el profesional de la salud puede resultar nocivo, las instituciones médicas con sus arquitecturas asépticas y deprimentes, carentes de color, belleza y elementos naturales pueden ser igualmente estresantes. Los espacios insuficientes con el hacinamiento de enfermos, el exceso de ruido y de luz que perturban el reposo y el sueño de los hospitalizados, o el aislamiento del paciente de la compañía de familiares y amigos, hacen enfermante a una institución médica.

La falta de aislamiento de pacientes que gritan o de los moribundos despiertan desasosiego en los demás enfermos. El sujeto internado necesita privacidad, al igual que juegos y entretenimientos en hospitalizaciones prolongadas. Las reglas hospitalarias deshumanizadas y la falta de derechos del paciente hacen nociva a una institución tanto como el exceso en la cantidad de pacientes por enfermera y por médico.

Suele observarse que las enfermeras y los médicos tratan con indiferencia y despersonalización a los enfermos, a los que consideran “máquinas descompuestas”, y también se ven equipos médicos en los cuales nadie se hace cargo del paciente. Otra causa de estrés son las omisiones en la información necesaria que requieren el paciente o su familia. Otros aspectos malsanos del personal médico son la falta de jerarquía, las luchas por el poder, las conspiraciones y los celos profesionales.

En Europa, el efecto nocivo de los hospitales para enfermos mentales provocó la llamada revolución antipsiquiátrica, que dio lugar al cierre de numerosas instituciones y al control, por parte de jueces, del tiempo de estadía de los pacientes.

Las víctimas del estrés médico son los pacientes y sus familiares, pero también lo son los propios profesionales y sus familias. Un médico o una enfermera agotados, ansiosos y deprimidos por las contingencias de sus trabajos resultan dañinos para sus familias porque las desatienden, o son víctimas de sus expresiones de malhumor.

En un estudio realizado a 891 trabajadores de la salud pertenecientes a 54 hospitales, se estableció que el 16% de las enfermeras y el 9% de los médicos mostró

síntomas graves de estrés profesional. Las principales causas del estrés médico fueron el “ambiente” hospitalario; la identificación con los pacientes; los enfermos en agonía terminal; la escasa experiencia profesional; y los turnos rotatorios con privación de sueño.

En 1987, en una investigación que realizamos sobre cien médicos de hospitales de Santiago de Cuba, los síntomas más comunes fueron la irritabilidad (55%), las cefaleas (42%), la ansiedad (42%), y la fatigabilidad (33%). El malestar se atribuyó al exceso de guardias (77%); al temor al error médico (65%); a las condiciones inadecuadas de trabajo (52%); y a la privación del sueño (48%).

Las personas más vulnerables a la iatrogenia son los niños, los ancianos y los sujetos aprensivos, desamparados e hipochondríacos. El estrés médico y la iatrogenia se manifiestan en los pacientes y en sus familiares como ansiedad, fobias, vergüenza, tristeza, sometimiento, ira y protestas contra los médicos, evitación de los hospitales, sabotaje al tratamiento, incumplimiento de la medicación, conductas autodestructivas y, eventualmente, suicidio.

Se han mencionado muchas formas clínicas de estrés médico, pero sólo revisaremos algunas de ellas.

Por la cantidad de temores que suscita, el psicotrauma del diagnóstico del SIDA resulta de gran intensidad. Los temas del temor se refieren a la muerte, al aislamiento y a la soledad, al rechazo y a la estigmatización social, a la reclusión hospitalaria y a los posibles dolores y a las deformidades corporales a consecuencia de las lesiones que provoca la enfermedad. Además, el diagnóstico de SIDA despierta aflicción por la posible pérdida del trabajo y por el supuesto de que se ha contagiado a la pareja. Otros pesares derivan de ser separado de la familia y vergüenza cuando la vía de contagio ha sido una relación homosexual.

La pareja del enfermo reacciona ante la infidelidad u homosexualidad que provocó el contagio, con perplejidad, burla, vergüenza, desprecio o rechazo. La psiquis del enfermo responde al diagnóstico del SIDA con negación de la enfermedad, ira, tristeza, ansiedad, vergüenza, sentimientos de venganza y deseos de contagiar a otros.

La psicoterapia del paciente con VIH incluye la educación sobre la enfermedad, el apoyo del médico, el tratamiento de los conflictos en la pareja y en la familia, la terapia sexual sobre los modos de resolver alguna disfunción y evitar el contagio, el tratamiento de grupo de enfermos para facilitar la ayuda mutua, lograr la reducción de la ansiedad y aumentar la esperanza. También se practica la terapia institucional, que puede consistir en la hospitalización, donde el paciente recibe atención médica, ocupación, ayuda económica, recreaciones y solidaridad. Es razonable que la pareja y la familia del enfermo de SIDA se consideren también como sujetos del tratamiento contra el estrés.

El impacto psicológico del diagnóstico del infarto de miocardio ocasiona miedo a la muerte, duelo por la pérdida de la salud, negación a la insuficiencia coronaria y sentimientos de inconformidad con la propia vulnerabilidad. Además provoca angustia de quedar dependiente de los demás, temor a la incapacidad laboral y a la consiguiente pérdida de estatus social, y preocupación por el deterioro del desempeño sexual. No es poco común que el paciente al que se le diagnostica infarto de miocardio tenga miedo de morir al hacer el amor. Además suelen experimentar desaliento por la necesidad de cambiar de costumbres y de hábitos de vida. Este diagnóstico ocasiona ansiedad, tristeza, negación y sabotaje al tratamiento y provoca conductas autodestructivas. El médico que trata el caso debe inspirar aliento, cambiar el sistema de valores y los hábitos de vida, proveer apoyo e intervenir en la elaboración del duelo para que resulte lo más sano posible.

Las lesiones en accidentes, las enfermedades agudas o los estados terminales de neoplasia derivan en un psicotrauma de gran intensidad que se denomina estrés del enfrentamiento con la muerte. Ante la situación de la posible pérdida de la vida, el sujeto responde con ansiedad, tristeza, agresión, aislamiento, fantasías y prácticas de soluciones mágicas, deseos de morir, humor o aceptación sin miedo de la muerte. Los médicos y las enfermeras deben proveer al paciente de apoyo, compañía, aliento y resignación.

Cuando a consecuencia de un trastorno agudo, un sujeto debe ser atendido en una sala de guardia, sucede el estrés de los servicios de urgencias. Entonces, ocurren distintas situaciones psicotraumáticas como el miedo de ser diagnosticado de alguna enfermedad grave, el temor al dolor y a la muerte y la ansiedad ante los procedimientos y los equipos de diagnóstico que resultan desconocidos. Además se suma el malestar de observar a otros enfermos graves, la angustia por la separación del medio familiar, el miedo a ser asistido por médicos y personal desconocidos y las preocupaciones por el costo del servicio que se debe pagar. A esta situación se suma también el estrés por el sufrimiento biológico que puedan ocasionar la dificultad respiratoria, el dolor, las hemorragias, etcétera.

En algunos servicios de urgencia se ha tratado de aumentar la calificación de las enfermeras y de los médicos en el reconocimiento y la asistencia del estrés psicológico en pacientes y familiares. Con este propósito se les enseñan las respuestas emocionales y conductuales ante los estresores, los mecanismos de enfrentamiento y el manejo de la muerte por la familia del enfermo.

El malestar de los servicios de urgencia se atenúa mediante la actitud tranquilizadora del personal médico, la información que deben recibir continuamente el sujeto y su familia, y el clima sereno y ordenado de la institución.

Cuando una persona debe ser operada se desencadenan una serie de temores que dependen del psicotrauma de la cirugía. Estos miedos se relacionan con que la anestesia no resulte eficaz y se perciban dolores, que durante la operación se encuentre un cáncer o quedar inválido, con deformidades o impotencia sexual. Frente a la cirugía, las personas suelen estar temerosas por hablar y revelar secretos vergonzosos durante el letargo anestésico, sentir vergüenza de su desnudez y ansiedad ante el riesgo de morir.

El estrés quirúrgico resulta más traumático para los niños porque deben separarse de sus padres, por el ambiente poco familiar de los centros de salud, por la restricción física, por la presión de la careta anestésica sobre la nariz y la boca, por el olor extraño del anestésico y la sensación de sofocación de los gases anestésicos. La presencia de personas extrañas con gorros, tapabocas, batas y guantes que manipulan al niño son también causales de estrés, al igual que la visión del sufrimiento de otros niños en las salas de recuperación. El estrés operatorio se atenúa a través de una adecuada información de la enfermedad y la operación (en algunos servicios quirúrgicos se ofrecen clases informativas sobre la operación para los pacientes y sus familiares), por la creación de un clima de seguridad por el anestesista, la figura del cirujano y el prestigio del hospital, y por la conversación o ventilación de los temores del paciente con el médico. También es aconsejable la utilización de música como tranquilizante de los pacientes en los salones de operaciones.

No resulta infrecuente ver gente que se “enferma” a causa de los diagnósticos. Las palabras “artrosis”, “enfermedad cardíaca” o “neoplasia”, generalmente resultan traumáticas. Para evitar el estrés por un diagnóstico ominoso se sugiere que éste sea “dosificado”, ocurra en el momento oportuno, y se utilicen palabras escogidas, sin resonancia traumática. La “dosificación” es la verdad diagnóstica administrada en porciones progresivas de acuerdo con la vulnerabilidad del sujeto. El momento oportuno o, *timing* sucede cuando el paciente ya está preparado para conocer su diagnóstico, y no debe ser apresurado ni demorado. Para evitar la palabra “cáncer”, el médico suele hablar de “tumor”, y si el enfermo continúa preguntando, responde si es benigno o maligno.

Algunos diagnósticos provocan reacciones de rechazo social y estigmatizan a los enfermos; por eso los médicos evitan el uso de palabras como “alcohólico”, “histérico”, “esquizofrénico”, “impotente”, “perverso sexual” o “leproso”. Para reducir el estrés por un diagnóstico ominoso tanto en los pacientes como en los profesionales de la salud, se utilizan las interconsultas con servicios de psicología médica y, últimamente, la enfermera especializada en salud mental. Esta última supervisa la atención psicológica de los enfermos somáticos y de pacientes psiquiátricos que ingresan a hospitales generales, atiende los problemas psicológicos de las enfermeras y las educa en temas de

salud mental.

EL ESTRÉS OCUPACIONAL

La generalidad de la gente ha demostrado un interés en aumento por las relaciones entre el estrés y el trabajo. La industria, los sindicatos, los gobiernos y los medios académicos se han sentido comprometidos con este tema, y en algunos países desempeñan papeles en la solución y el mejoramiento de la salud ocupacional.

Se denomina estrés ocupacional al malestar y a las enfermedades ocasionadas por las tareas y las instituciones donde se trabaja. Aunque este tipo de estrés no resulte tan aparatoso y dramático como el provocado por el divorcio o el duelo, es un psicotrauma frecuente pero que necesita ser buscado para su reconocimiento.

En 1981, en estudios sobre estrés ocupacional realizados en Santiago de Cuba, encontramos que el 84% de los operadores de la distribución de las redes eléctricas padecía fatiga o *burnout*. Y en una muestra de 1 340 habitantes se halló que el 16% sufría malestar por estrés ocupacional. En 1986, estudiamos a obreros industriales que exhibieron 19% de fatiga patológica y 14% de problemas laborales. En 1988 en otra industria urbana advertimos que el 76% de los operarios padecía síntomas de fatiga atribuida al trabajo nocturno, al ruido y al calor.

Las personas más susceptibles son los niños y los adultos de mayor edad, las mujeres, los malos durmientes, las personalidades del tipo A y los enfermos mentales. Algunos valores como el espíritu competitivo, que provoca la envidia profesional, y el “culto a la velocidad” también favorecen el estrés ocupacional. Las formas clínicas de la enfermedad ocupacional dependen del tipo de estresor y de la personalidad del sujeto.

Así, los sobrehorarios, el exceso de tareas y la privación del sueño ocasionan fatiga patológica. Los conflictos, las supervisiones persecutorias y los accidentes dan lugar a ansiedad, fobias o tristeza. El estrés en las personalidades histéricas causa afonía y parálisis profesionales. Los sujetos con carácter del tipo A suelen responder con ansiedad, fatiga, síntomas psicosomáticos o infarto de miocardio. Las personalidades que convierten la ansiedad en tensión de la musculatura estriada padecen cefaleas, “rechinamiento” de dientes, dolor de cuello y hombros, o lumbalgias. Los individuos que resuelven sus problemas mediante la automedicación aumentan el consumo de café, té, mate, alcohol, tabaco o medicamentos. En las personas con la sexualidad vulnerable, el estrés ocupacional les provoca reducción del deseo sexual, impotencia, eyaculación prematura o anorgasmia.

Las formas clínicas de la enfermedad ocupacional también pueden clasificarse de

acuerdo con el estresor físico causal, como el síndrome por vibraciones, la enfermedad por el estrés acústico, el estrés térmico por frío o calor, etcétera.

De acuerdo con la índole del psicotrauma ocupacional, se han descrito síndromes por el estrés en ejecutivos, hombres de negocios, empleados de banco, jueces, policías, militares, choferes, pilotos, marinos, cosmonautas, controladores de vuelo aéreo, periodistas, maestros, médicos y enfermeras.

El estrés laboral se trata mediante educación en medidas antiestrés, con modificaciones en los valores y la organización de las instituciones, con profilaxis y curas en hoteles, con programas antiestrés, con psicoterapias —entre las que se incluyen los ejercicios de relajación— y la prescripción de drogas psicotrópicas tranquilizantes y favorecedoras del sueño.

EL ESTRÉS MILITAR Y DE LA GUERRA

El estrés de la guerra afecta tanto a la población civil como a los militares, pero sólo se describirán los desarreglos de estos últimos. La instrucción militar y el combate resultan estresores de gran intensidad. Durante el entrenamiento militar los oficiales propician el máximo alertamiento del soldado para facilitar la atención a las órdenes y la disposición máxima para aprender las habilidades combativas.

El psicotrauma del recluta se compone de varios aspectos. La separación de la familia, los cambios geográficos y de clima por la ubicación de las unidades militares, por las amenazas y castigos, humillaciones y el trato autoritario e intimidatorio por parte de los oficiales. La reclusión e imposibilidad de salir de la unidad, los desarreglos del sueño por las guardias nocturnas, la manipulación de equipos peligrosos y los ejercicios que suponen esfuerzo y riesgos físicos, también son psicotraumas del recluta. En la jerga cuartelera de la Argentina se denominaba “baile” a una escena donde el soldado era victimado mediante insultos, ejercicios extenuantes y golpes, que algunas veces ocasionaron la muerte del conscripto.

El estrés del combate real resulta por miedo a perder la integridad corporal o la vida; por el temor a la propia cobardía y a la pérdida de control con el consiguiente deterioro de la dignidad ante otros soldados; por horror a caer prisionero y ser maltratado o torturado por el enemigo; debido al malestar por hambre, agotamiento físico, privación del sueño e inclemencias del clima; y debido al estrés físico por el ruido y las ondas expansivas de los explosivos.

Levav y sus colaboradores estudiaron las reacciones en combate en las tropas israelíes y refirieron que la incidencia de trastornos mentales era proporcional a la

cantidad de fuego del frente. Comprobaron el hecho paradójico de que el personal logístico era más vulnerable que los soldados que combatían y que los sujetos más susceptibles resultaron ser los de menor edad, inteligencia, educación, sociabilidad e identificación con el ejército y la jerarquía.

A su vez, Whitehorn —un autor norteamericano—, al relatar la experiencia de las tropas de los Estados Unidos en la segunda Guerra Mundial, comentó que la incidencia de síntomas en el combate es proporcional a la cantidad de fuego a que se expone el soldado. Los combates prolongados, la debilidad de los mandos, el deterioro del espíritu de grupo y la reducción de la moral combativa, aumentan la cuantía de los síntomas de estrés.

Según Spencer, el estrés del combate puede manifestarse como ansiedad, reacciones de pánico, astenia y trastornos de la conciencia. Los síntomas ansiosos se manifiestan por taquicardia, opresión torácica, temblor, hipertonía muscular, sudoración, cefalea e incontinencia de orina y heces.

El estrés de la guerra puede ocasionar trastornos de larga duración. La elevada frecuencia de los trastornos psíquicos en veteranos de la guerra de Vietnam, ha popularizado el concepto “síndrome pos-Vietnam”. Entre las múltiples situaciones psicotraumáticas de esta guerra se consideró el estrés militar dependiente de una guerra de guerrillas adoptada por los vietnamitas; la persistencia de situaciones de riesgo aun en la retaguardia; la participación en atrocidades contra la población civil. Los oficiales causaron la psicopatización o la deformación del carácter del soldado a consecuencia de la preparación psicológico-militar centrada en la brutalización de las tropas y la imagen odiosa y deshumanizada del enemigo. Otros factores psicotraumatizantes fueron los conflictos raciales en el seno de las tropas norteamericanas y la censura moral debida al movimiento de sectores del pueblo de Estados Unidos que estaban contra la guerra. Además se agregó luego el insuficiente apoyo moral y la escasa ayuda social y económica que se les brindó a los soldados cuando retornaban a su país.

A parte de los síntomas postraumáticos que hemos mencionado, se han descrito otras manifestaciones relacionadas con las características peculiares de esta guerra. Tristeza, sentimientos de culpa e ideas de autocastigo por la realización de atrocidades contra los civiles y los soldados vietnamitas, mal concepto de sí mismo, episodios de cólera contra objetos indiscriminados y sentimientos de haber sido utilizados como víctimas propiciatorias. Además muchos ex combatientes experimentaron miedo y desconfianza a las figuras y a los elementos que representan el aparato de poder y el *establishment*, desilusión moral, suspicacia, dudas sobre la capacidad de amar y de confiar en los otros, conflictos interpersonales e inadaptación a la vida civil, y abuso de

drogas y de alcohol.

En un estudio muy interesante, los psiquiatras norteamericanos Hendin y Haas describieron las características de los soldados que no presentaron el síndrome pos-Vietnam. Estos veteranos mostraron calma bajo el estrés militar, racionalización y control intelectual de las actividades combativas, aceptación del miedo en ellos mismos y en los demás durante el combate y ausencia de excesiva violencia y crueldad con el enemigo, por lo que carecían de sentimientos de culpa.

El estrés militar se previene y atenúa con una preparación combativa óptima, con adoctrinamiento en valores que hagan justificada la guerra y parezca odiosa la imagen del enemigo, con mandos hábiles, seguros y confiables. Deben utilizarse un equipamiento y una técnica militar adecuados, tenerse un buen conocimiento del terreno, espíritu de cuerpo y de solidaridad entre los soldados y los jefes, y contar con la presencia de servicios médicos accesibles. Es importante además el apoyo de la población y el reconocimiento al mérito militar y las facilidades de comunicación con la familia.

EL ESTRÉS DE LA TORTURA, EL ENCARCELAMIENTO Y LOS CAMPOS DE CONCENTRACIÓN

Por lo general, el daño que se infinge al próximo resulta inconsciente y de escasa premeditación. Pero cuando un tormento es deliberado, e inclusive con alguna tecnología psicológica o instrumental, se denomina tortura. Pueden observarse formas menores de tortura en el maltrato a los niños, en los abusos sexuales, en una pareja marital desavenida, en algunas intervenciones policiales y en ciertos procedimientos rutinarios en las cárceles comunes.

Desde la antigüedad, los régimes autoritarios utilizaron la tortura para intimidar, castigar, conseguir colaboración, obtener información o lograr una confesión. Con este propósito se crearon instrumentos e instituciones de tortura en los organismos policiales, de la justicia y de los ejércitos.

Las motivaciones del torturador suelen ser el odio visceral en los sujetos crueles por naturaleza o las altamente sofisticadas —como las que responden a valores morales religiosos o políticos— que justifican la mortificación por un bien supremo. También resultan estimulantes el placer del dominio absoluto sobre el próximo, las gratificaciones sexuales sádicas que proporciona la víctima o el botín de guerra que se obtiene de las propiedades del prisionero.

Durante el procedimiento del suplicio, el torturador utiliza distintos mecanismos

para mortificar y doblegar a sus víctimas. Por medio de la incomunicación y el aislamiento social el prisionero es privado del afecto y la solidaridad de sus familiares, amigos y compañeros; y puede ser dejado durante meses, solo, en una celda, sin poder hablar con nadie. La privación sensorial consiste en que desde el momento de la detención se suprime la visión de la víctima por medio de una venda, capucha o tela adhesiva, y en algunas ocasiones también se dificulta la audición por medio de tapones en los oídos.

Cuando el sujeto es mortificado por un exceso de ruido y la exposición permanente a una luz intensa, se habla de sobrecarga sensorial; mientras que la privación de sueño, el cambio de horarios de la vigilia y el no saber si es de día o de noche, causan gran efecto nocivo y tienen como objetivo debilitar a la víctima.

Tanto la expectativa de sentir dolor corporal como el propio suplicio suelen resultar el foco principal de la tortura. El torturador amenaza los valores más significativos del prisionero, es decir su vida, la de sus familiares y compañeros, y su integridad física y moral. En la víctima se crea el temor de quedar con “marcas psicológicas” o secuelas orgánicas irreversibles. De esta manera, los golpes en el cráneo son relacionados con la pérdida de las capacidades intelectuales, y la aplicación de electricidad en los genitales hace suponer a la víctima que quedará con disfunciones sexuales permanentes.

La degradación sexual y la violación son procedimientos rutinarios en la tortura. Para aumentar el traumatismo sexual se han utilizado mujeres torturadoras, homosexuales y perros entrenados para ese fin. En ocasión del secuestro de parejas el torturador opera sobre ambos miembros simultáneamente. Cuando un hombre es torturado por una mujer, ésta lo humilla acerca del tamaño de su pene, le profiere amenazas que giran sobre la impotencia y, si la víctima grita mucho, lo acusa de afeminado.

Además, el suplicio por hambre y sed, la limitación de la movilidad corporal por medio de cadenas y estacas, el mantener al prisionero en posiciones incómodas de pie o de rodillas, el confinamiento en nichos estrechos —capaces de llevar a la desesperación a alguien que sufra de claustrofobia—, y las palabras soeces y otras tácticas para humillar y deteriorar la autoestima de las víctimas, son otros mecanismos operantes en la tortura.

El dolor se puede aumentar mediante procedimientos como la posibilidad de oír la tortura y los gritos de otras víctimas; el tormento a familiares para que la víctima presencie el dolor de su pareja, padres o hijos; la creación de dudas sobre la lealtad de familiares o compañeros; los simulacros de fusilamiento; la vivencia de la agonía por dificultad respiratoria que causa la aplicación de drogas curarizantes; la exposición a la intemperie sin ropa adecuada; o el “entorno persecutorio” imprevisible e incontrolable

por el sujeto.

Aparte del sufrimiento agudo, la tortura ocasiona síndromes crónicos de estrés postraumático. Barudy y sus colaboradores, al estudiar casos de ex prisioneros chilenos del régimen de Augusto Pinochet, observaron estados de tensión permanentes y crisis de angustia provocadas por situaciones que recordaban el suceso traumático, fobias a la electricidad y al personal uniformado —que en un caso incluyó a los inspectores de boletos de ferrocarril de países europeos—, y dificultades de la atención voluntaria y de la memoria.

Los ex prisioneros también presentaban fatiga, disfunciones sexuales y rechazo físico a la relación sexual, incapacidad para relacionarse afectivamente con otras personas y trastornos psicosomáticos. En un sujeto al que habían dejado durante mucho tiempo incomunicado, se observó que no podía permanecer en ningún momento sin compañía.

Aun en los estados de derecho, y a pesar de los principios de rehabilitación del recluso, el encarcelamiento supone un estrés de gran impacto. La separación de la familia y los amigos, la pérdida de la ocupación, la reclusión, la modificación de los hábitos de vida, la estrechez de las celdas y la falta de confort de los establecimientos, y la vestimenta uniforme de preso, son factores de las cárceles comunes que resultan traumáticos. Otros aspectos que provocan estrés son el corte de cabello, el aburrimiento, la pérdida de autonomía, el trato autoritario del personal penitenciario, los castigos, la privación de sexo y los abusos sexuales, la agresividad y el peligro de ser asesinado por otros prisioneros, y la pérdida de prestigio y la estigmatización social del recluso.

El estrés del encarcelamiento causa ansiedad, depresión y puede dar lugar a conductas autodestructivas como las lesiones que se provoca el mismo sujeto, o el suicidio.

Los campos de concentración resultan un tipo particular de encarcelamiento que ocurre en los regímenes totalitarios y presenta un carácter genocida. En los sobrevivientes de campos de concentración se observaron los síndromes crónicos del estrés postraumático.

El psicotrauma del campo de concentración es complejo y responde a una variedad de factores como el trasplante geográfico a que es sometida la víctima, la separación y pérdida de su familia, la privación del mundo habitual, la ausencia de derechos, el castigo corporal, los abusos sexuales, los insultos y humillaciones, la falta de identidad, la observación de torturas y ejecuciones de otros prisioneros, el exceso de trabajo físico, el hambre, el hacinamiento, el miedo a morir en cualquier momento, y la imposibilidad de responder a las agresiones.

En la Argentina, los investigadores Villar y Miranda estudiaron a treinta ex

prisioneros de campos de concentración nazis y observaron un notable predominio de la ansiedad y la tristeza, crisis de “evocación del campo”, pesadillas cuyos contenidos rememoraban las experiencias como reclusos, y cambios en el carácter, con retramiento e interpretaciones persecutorias.

En los Estados Unidos, Kinze y sus colaboradores relataron los trastornos de trece camboyanos torturados en los campos de concentración de Pol Pot. Esos síntomas fueron tristeza, evitación de hablar del tema traumático y de conocer noticias tanto de su país como de temas de violencia o desastres naturales. También eran persistentes los recuerdos del campo de concentración, las reacciones exageradas de alertamiento, el miedo y el alejamiento afectivo de las personas, la culpa y la vergüenza, y los trastornos de la atención, la memoria y el sueño. Los autores citados observaron que la enfermedad de los camboyanos evolucionaba de modo crónico y se reactivaba fácilmente al menor estrés.

VIII. El estrés de la infancia como causa de neurosis y de trastornos de la personalidad

CUANDO CASI TODA la enfermedad es causada por el psicotrauma se afirma que se trata de una enfermedad situacional o por el estrés. Por otra parte, cuando el agente nocivo sólo desencadena el trastorno se diagnostica neurosis o desarreglos de la personalidad. En estas enfermedades el estrés actúa en la infancia y en la adolescencia conformando las anormalidades que originan susceptibilidades a los hechos que ocurren con posterioridad.

El estrés en la infancia ocasiona diversas anormalidades del carácter de acuerdo con su significación. El abuso, los castigos, la violencia, la negligencia y la falta de amor de los padres son causas de personalidad antisocial. La sobrevaloración de la enfermedad por parte de la familia facilita el carácter hipocondríaco, con preocupaciones exageradas por la medicina, la salud y el funcionamiento del cuerpo. A su vez, la sobrevalorización del niño, la complacencia excesiva y la falta de exigencia originan las personalidades egoísticas e histéricas.

Por el contrario, los padres que abusan de la crítica y descalifican de modo permanente al niño provocan sujetos con baja autoestima, inseguridad y gran sensibilidad posterior ante el estrés. Las familias sobreprotectoras dan lugar a personalidades blandas, dependientes, inseguras y desamparadas que se deprimen fácilmente ante contrariedades. La agresividad de los padres y la violencia que se visualiza en el cine y en programas televisivos facilitan el desarrollo de personalidades coléricas y explosivas.

Las visitas del personal médico a las familias disfuncionales y con alto riesgo de resultar nocivas para el niño, permiten diagnosticar en forma precoz los errores de la crianza y el abuso infantil. Es evidente la necesidad de intervenir sobre padres que muestran insuficiencia en las técnicas de manejo del niño, en familias donde existen desarreglos en las relaciones interpersonales y pobreza de los mecanismos de enfrentamiento, y en hogares con enfermos mentales.

El pedagogo y el médico deben dotar al niño y al adolescente de defensas contra sus propias deficiencias constitucionales como la ira patológica, la ansiedad, la inseguridad y la intolerancia a la frustración. Los trastornos de la personalidad se previenen con una educación adecuada del niño. En ella deben evitarse o corregirse los modelos de violencia, la sobreprotección, la complacencia exagerada, la humillación y la descalificación, la negligencia en la crianza, la sobrevaloración del dolor y de las

enfermedades, y la incorporación de valores nocivos.

En Suecia, en 1979, se dictaron leyes a favor de los hijos, que prohibían los azotes, las injurias y la crueldad psicológica por parte de los padres, y desde 1980 se realiza la “educación para padres” por cuenta del Estado.

IX. Factores de riesgo de las enfermedades por estrés

NO TODA LA GENTE tiene la misma susceptibilidad a enfermar ni todas las circunstancias poseen el mismo potencial nocivo. Una enfermedad por estrés puede ser facilitada por variadas condiciones de alto riesgo. Resultan contingencias de peligro la exposición a estresores intensos y múltiples; la edad infantil y la vejez; la vulnerabilidad genética y los antecedentes familiares de las enfermedades susceptibles al estrés, como la neurosis, la esquizofrenia, la hipertensión arterial esencial y la diabetes mellitus.

Otros factores de riesgo que pueden ocasionar patologías son las influencias psicológicas tempranas desfavorables (falta de amor, abandono de los padres, abuso infantil, etc.), las crianzas perjudiciales (sobreprotección, exagerada demostración de afecto, escaso adiestramiento en habilidades y experiencias de enfrentamiento —*life skills*— a las condiciones adversas), la baja autoestima, la inteligencia subnormal y las minusvalías físicas.

También deben tenerse en cuenta las personalidades anormales ansiosas, desamparadas, blandas de Kobasa o del tipo A de Friedman y Rosenman; la carencia de valores saludables; la escasa educación; la dependencia psicológica o económica de los otros. Finalmente, los estilos de vida malsanos por privación de sueño, desarreglos alimenticios, consumo de tóxicos o sedentarismo, al igual que la carencia de recursos económicos causada por desocupación, insolvencia, bajos ingresos o falta de vivienda, son otras condiciones de alto riesgo que pueden facilitar la enfermedad por estrés.

El malestar del contexto social propicia la enfermedad de modo inequívoco. Así, la desmoralización del grupo social de pertenencia, la discordia marital y la falta de apoyo de la pareja o de la familia, y el aislamiento o la insuficiencia de la red de apoyo social, contribuyen a la vulnerabilidad a las enfermedades por estrés.

X. Cómo se estudia a un enfermo con estrés

UN PACIENTE con estrés se estudia con los métodos clínicos de rutina, pero requiere de algún reconocimiento adicional para establecer ciertos aspectos necesarios para el diagnóstico y para su tratamiento. Por lo general, en la entrevista médica se tratan de consignar los síntomas psíquicos y corporales, los estresores, las cogniciones anómalas, los mecanismos de enfrentamiento, el tipo de personalidad, el sistema de valores del sujeto y su red de apoyo social.

Es importante escuchar al paciente y que éste realice un balance en el que establezca sus capacidades y recursos, y los problemas o las demandas que debe solucionar. El médico debe diagnosticar cuáles son los modos de respuesta del individuo al estrés; si actúa por miedo a la repetición o a la similitud con la víctima, por inconformidad con la propia vulnerabilidad, o por ira sobre el culpable o los exceptuados. Debe solicitársele al paciente el esquema de un día rutinario de la semana, con la suma total de horas de trabajo, de estudio y de tareas domésticas, y la cuantía de recreaciones y de reposo diario, semanal y anual. También debe establecerse el tipo de estilo de vida del sujeto: sueño, sexo, alimentación, actividad, carga corporal, si consume tóxicos, y las características de las instituciones de pertenencia relacionadas con el estrés.

Muchas veces los clínicos utilizan cuestionarios o inventarios con el fin de establecer y medir los estresores. Para evaluar los psicotraumas mayores se utiliza la escala valorativa de reajuste social de Holmes y Rahe (1967; véase cuadro 3) o el cuestionario de sucesos vitales de Pilkonis y algunos de sus colegas (1985-1986).

Los estresores menores positivos —*uplifts*— y negativos —*hassles*— pueden medirse con la *Hassles Scale* de Kanner y colegas (1981) y con un cuestionario semejante de Folkman y Lazarus (1989). Para establecer estos estresores también se utiliza una gráfica diaria (véase figura 7). Para ello, se pide al sujeto que durante una semana registre en un papel el contenido o la índole del suceso preocupante, la hora en que ocurre y la intensidad agradable o desgradable, estimada de 1 a 3 puntos positivos o negativos.

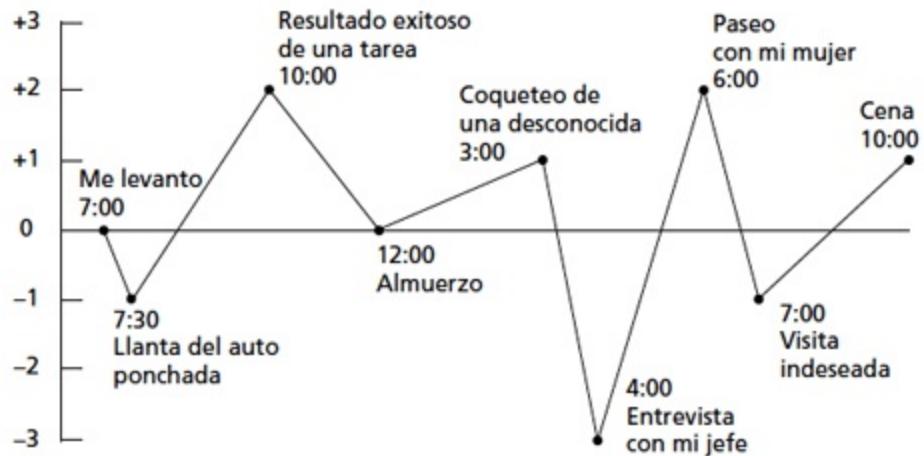


FIGURA 7. Escala de sucesos menores positivos y negativos.

Las deformaciones cognitivas se estudian con la escala de actitudes disfuncionales (DAS) de Weissman (1980), con la escala de valores irracionales (IVS) de Mac Donal y Games (1972), y con el inventario de conducta racional (RBI) de Shorkey y Whiteman (1977). Para conocer los pensamientos del sujeto se le solicita que escriba las ideas que se le ocurran en situaciones de estrés (véase figura 8). La persona anota el día, la hora, el lugar, el tipo de suceso y el pensamiento suscitado. Para evitar que los informes sean excesivos se aclara que solamente se registren los acontecimientos en el área de actividades en que ocurra el estrés (sexual, marital, familiar, etcétera).

<i>Día, hora, lugar</i>	<i>Suceso</i>	<i>Cogniciones</i>
Sábado 5, 8 pm	Mi mujer dice que se siente enferma	"se hace la enferma para no atenderme"
Lunes 7, 10 pm	Requiero sexo, ella se hace la desentendida	"esta mujer no me quiere" "ha de estar enamorada de otro"
Miércoles, 6 pm	Invito a mi mujer a pasear y no se entusiasma	"no se divierte conmigo"
Sábado 9, 1 pm	Desacuerdo sobre un tema doméstico	"me contradice para fastidiarme"

FIGURA 8. Hoja de registro de pensamientos durante el estrés marital.

Para medir la ira de un paciente se utiliza, por lo general, la escala de la hostilidad, y para establecer las manifestaciones emocionales y somáticas de la ansiedad se opera con las escalas de Taylor y de Zung. En cambio, la fatiga y el *burnout* se miden con el inventario de Maslach, y la depresión con los de Beck y de Hamilton. Se dispone de una escala de probabilidad del suicidio que se utiliza para estimar este tipo de riesgos. Los síntomas de estrés se establecen con la escala de McCorkle y Young. Los síntomas somáticos del estrés se miden con el listado de síntomas de Allen y Hyde (1980), que registra siete grupos de manifestaciones —cardiovasculares, respiratorias, gastrointestinales, de la piel, inmunitarias y metabólicas—.

Los inventarios de Rathus (1973), de Gambrill y Richey (1975), y de Hersen y Bellak (1976) se utilizan para evaluar la asertividad, y la autoestima se mide con el inventario de Rosenberg. La incapacidad de los mecanismos de enfrentamiento en relación con la percepción de las demandas se estudia con el test de Hinton y Rotheiler; además, las defensas se evalúan con las escalas de Jalowiek, de Folkman y Lazarus (1980), y la de Bond.

Los tests de Jenkins (1979) y de Price (1982) se aplican para valorar los rasgos de carácter del tipo A, y el de medida de ajuste a las enfermedades sirve para estimar la adaptación del sujeto a una patología. El WRSI —*Work Related Strain Inventory*— se utiliza para evaluar la satisfacción y el estrés ocupacional. Finalmente, la magnitud, la disponibilidad y la intimidad de la red de apoyo social se verifican con los procedimientos de Gore (1978), de Berkman y Syme (1979), de Lin y colegas (1979), de

Brandt y Weinert (1981).

Si el médico dispone de laboratorios especializados, y quiere hacer un estudio sofisticado, puede disponer que se determinen las catecolaminas en el plasma sanguíneo, las plaquetas y la orina; el cortisol en la sangre o la saliva; la glucosa, lactato, lípidos y ácido úrico en sangre; y la magnitud de los receptores adrenérgicos en los leucocitos. Además deben establecerse los valores de otras hormonas como la prolactina, la hormona de crecimiento, etc., y realizar el test de la agregación/adhesividad de los leucocitos.

En algún caso especial, se pueden comprobar las modificaciones de la inmunidad humoral mediante la medida de los anticuerpos o inmunoglobulinas y el complemento en el plasma y la saliva, y de la inmunidad celular por medio del nivel de actividad de los linfocitos K. Otros estudios de los linfocitos T son el test de la roseta y el test de la transformación linfoblástica (agregando mitógenos o sustancias que facilitan la transformación de linfocitos T en linfoblastos). En la clínica, la inmunidad tisular también se explora mediante la inoculación de antígenos y la evaluación de la reacción cutánea —intradermorreacción—.

En clínicas de tecnología compleja, se cuenta con registros de electroencefalograma y pupilografía, y de electromiografía para estimar el tono de la musculatura estriada. La conductancia de la piel se mide por la respuesta galvánica o electrodérmica. También se suelen investigar los valores de la dinámica cardiocirculatoria como la frecuencia cardíaca, la tensión arterial, el electrocardiograma y la pletismografía. El médico debe evaluar si resultan necesarios otros estudios como los del sistema respiratorio o digestivo. En laboratorios para el estudio del estrés, ha resultado de utilidad la filmación de videos para observar el registro de las expresiones faciales del paciente.

En institutos especializados, las medidas psicofisiológicas se identifican a través de aparatos, que se denominan polígrafos, que registran al mismo tiempo varias señales biológicas. Así se obtienen gráficas simultáneas del electroencefalograma, la electromiografía, la pletismografía y la respuesta electrodérmica. Existen equipos portátiles miniaturizados que registran durante las 24 horas la tensión arterial, la temperatura, el electroencefalograma y el electrocardiograma del sujeto mientras éste realiza sus actividades cotidianas.

Para medir la respuesta al estrés, en los laboratorios de fisiología se han utilizado distintos estímulos provocadores como el agua fría, los ruidos, los filmes de terror, los video-juegos, el shock eléctrico, la privación de sueño, el cálculo aritmético, la sobreestimulación o la subestimulación, la pérdida de estatus y de prestigio, y situaciones incontrolables y de conflicto.

XI. Tratamientos del estrés

ALGUNOS TRATAMIENTOS para el estrés pecan de ingenuidad o resultan solamente sintomáticos. Las terapias del estrés deben ser concebidas de un modo multidimensional, con fines amplios. Para ello, deben considerarse la modificación de la personalidad, el alivio o supresión del síntoma, y las intervenciones sobre la comunidad, las instituciones y la red de apoyo social a favor del paciente. El médico dirigirá sus intervenciones sobre los conflictos, cogniciones, habilidades y mecanismos de enfrentamiento, modos de respuesta al estrés, sistema de valores, educación en el manejo del estrés y el estilo de vida de su paciente. Por medio de la psicoterapia, los métodos de relajación, los medicamentos, y otros procedimientos, puede lograrse el alivio o la supresión del síntoma.

Las distintas técnicas antiestrés no son excluyentes, pueden utilizarse simultáneamente en los programas terapéuticos, y se escogen de acuerdo con las necesidades de cada sujeto (cuadro 6).

CUADRO 6. Clasificación de los tratamientos del estrés

<p><i>1) Educación para la salud</i></p> <ul style="list-style-type: none"><i>a) Grupos de educación en estrés</i><i>b) Talleres sobre el estrés</i><i>c) Biblioterapia</i> <p><i>2) Intervenciones sobre el estilo de vida</i></p> <ul style="list-style-type: none"><i>a) Balance de trabajo, ocio y sueño</i><i>b) Programa de ejercicios físicos</i><i>c) Programa dietético</i><i>d) Reducción del consumo de drogas: alcohol, tabaco, cafeína y otras</i> <p><i>3) Prescripción de medicamentos</i></p> <ul style="list-style-type: none"><i>a) Hipnóticos</i><i>b) Tranquilizantes</i><i>c) Neurolépticos</i><i>d) Antidepresivos</i><i>e) Bloqueadores beta-adrenérgicos</i><i>f) Otros fármacos</i> <p><i>4) Métodos de relajación</i></p> <ul style="list-style-type: none"><i>a) Yoga</i><i>b) Meditación trascendental</i><i>c) Respuesta de relajación de Benson</i><i>d) Entrenamiento progresivo de relajación Jacobson</i><i>e) Entrenamiento autógeno de Schultz</i><i>f) Biofeedback</i>	<p><i>5) Psicoterapias</i></p> <ul style="list-style-type: none"><i>a) Las psicoterapias de apoyo y de crisis</i><i>b) El psicoanálisis</i><i>c) La psicoterapia sistémica</i><i>d) Las psicoterapias cognitivas y conductistas</i><i>e) Las terapias de grupo</i><i>f) Otras psicoterapias</i> <p><i>6) Intervenciones sociales</i></p> <ul style="list-style-type: none"><i>a) Terapia de apoyo social o de red</i><i>b) Terapias institucionales</i><i>c) Intervenciones sociales</i> <p><i>7) Otros tratamientos</i></p> <ul style="list-style-type: none"><i>a) Terapia por música</i><i>b) Acupuntura</i><i>c) Otros tratamientos</i>
---	--

CUADRO 7. Programa de educación en el manejo del estrés

<i>1^a sesión</i> <i>¿Cómo se define el estrés?</i>	<i>6^a sesión</i> <i>Aprendiendo a relajarse</i>
— aspectos fisiológicos	— ¿Qué es la respuesta de relajación?
— aspectos psicológicos	— Descripción de los métodos de relajación
— aspectos sociales	— Indicaciones de la relajación
— estrés y enfermedad	— Práctica de alguna técnica
<i>2^a sesión</i> <i>¿Qué son los estresores?</i>	<i>7^a sesión</i> <i>Cambio de los pensamientos</i>
— clasificación de los estresores	— ¿Qué son las cogniciones erróneas?
— estresores “menores” y positivos o negativos	— Identifique sus cogniciones erróneas
— estresores “mayores”	— ¿Cómo se cambian las cogniciones erróneas?
— estresor/diátesis y enfermedad	— ¿Cómo proveerse de cogniciones antiestrés?
<i>3^a sesión</i> <i>¿Cómo se hace el diagnóstico del estrés?</i>	<i>8^a sesión</i> <i>Cambio de los mecanismos de enfrentamiento</i>
— diagnóstico fisiológico	— ¿Qué son los mecanismos de enfrentamiento y las defensas?
— diagnóstico psicológico	— Descripción de algunos mecanismos de enfrentamiento
— diagnóstico sociológico	— Identifique sus defensas defectuosas
— diagnóstico médico	— Habilidades asertivas
<i>4^a sesión</i> <i>¿Cómo se trata el estrés?</i>	— Manejo del tiempo (<i>time management</i>)
— educación en estrés	— Solicitud de apoyo social
— intervenciones sobre el estilo de vida	<i>9^a sesión</i> <i>¿Cómo se define el estrés?</i>
— prescripción de medicamentos	— Elabore un programa personal para atenuar el estrés
— métodos de relajación	— Ensayo de habilidades
— psicoterapias	— Evaluación del programa por el participante
— intervenciones sociales	
— y tratamiento multidimensional del estrés	
<i>5^a sesión</i> <i>Cambio del estilo de vida</i>	
— ¿Qué son los estilos de vida?	
— Identifique aspectos salutíferos y nocivos de su estilo de vida	
— Programa de cambios de aspectos malsanos del estilo de vida	

EDUCACIÓN PARA LA SALUD

La educación en el estrés se realiza como una medida preventiva en la población sana y en las personas con enfermedades por el estrés. Esta enseñanza puede llevarse a cabo en los grupos de educación en estrés, en los talleres sobre la materia, durante la entrevista con el paciente, y mediante literatura didáctica y de autoayuda. En el cuadro 7 se registra un programa de educación en estrés en nueve clases, que requiere la participación activa de los asistentes, permite algún grado de diagnóstico y el aprendizaje de ciertas habilidades para reducir el malestar del estrés (cuadro 7).

INTERVENCIÓN SOBRE EL ESTILO DE VIDA

Parece claro que el estilo de vida es un factor que además de originar estrés acentúa la activación endocrina y vegetativa, y aumenta el riesgo de enfermarse. Dado que el estilo de vida es una consecuencia del sistema de valores del individuo, será necesario cuestionar y reemplazar los valores nocivos para poder modificarlo. El terapeuta debe intervenir sobre distintos aspectos del estilo de vida.

Un esquema de horarios de trabajo, ocio y sueño ideal y saludable resulta el de ocho horas de trabajo, ocho de tiempo libre dedicadas al cuidado de la salud, el amor, la familia, la amistad, el juego, las recreaciones y la cultura, y otras ocho horas de sueño. Arturo Garay, especialista argentino en sueño, comenta que las estadísticas indican que el tiempo dedicado a dormir disminuyó en los últimos treinta años entre el 25 y el 30%. Además agrega que “el 90% de las personas se acuesta después de medianoche, aunque continúa levantándose a la misma hora”. La socióloga Valeria Núñez ha descrito el “efecto TV”, que consiste en divertirse con programas de televisión hasta las dos de la mañana, restando tiempo al sueño. En las personas tipo A, en instituciones con una demanda excesiva, en obreros que por razones económicas deben trabajar en más de un lugar, en personas que estudian y trabajan, y en mujeres en las que se suma el trabajo fuera del hogar con el doméstico, se desarregla el balance ideal del esquema de horarios.

En casos clínicos de sobrecarga y sobrehorarios, pueden observarse 16 horas de trabajo, tres horas de tiempo libre y sólo cinco horas de reposo con la consiguiente “deuda de sueño”. El tiempo de ocio puede reducirse aunque con cierto riesgo; pero de

ninguna manera debe reducirse el tiempo de sueño, que resulta imprescindible. Éste se establece para cada individuo identificando su patrón personal, que puede corresponder a tres categorías: durmiente breve (de 4 a 6 horas), durmiente promedio (de 6 a 8 horas) y durmiente prolongado (más de 9 horas).

Para brindar recomendaciones sobre el esquema de horarios, el terapeuta debe tomar en cuenta la edad, la fatigabilidad, el tipo de durmiente, la modalidad de la personalidad, la salud y las demandas sociales. Cuando las condiciones lo permitan, puede ser saludable un periodo de reposo y una pequeña siesta luego del almuerzo. No es recomendable que el sujeto se involucre en esfuerzos físicos e intelectuales intensos antes de acostarse, pues puede afectarse la calidad y la profundidad del sueño.

La aceptación de la necesidad de tiempo de ocio es resistida por las personalidades del tipo A, propias de los países industrializados, por los *yuppies* adictos al trabajo, por las religiones judeocristianas, que cuestionan la moral del ocio porque propiciaría el placer y el hedonismo, y por las ideologías laborales en su empeño de glorificar la producción a través de la sobrecarga y los sobrehorarios. Es necesario subrayar que el ocio y la recreación requieren un tiempo diario, semanal y anual.

Un argumento que toman en consideración algunos sujetos adictos al trabajo consiste en que la privación de reposo les provocará una disminución de la creatividad y de la productividad en sus tareas. Cuando la sobrecarga de los horarios, las tareas y las responsabilidades resulta muy exagerada, el terapeuta puede analizar con el sujeto la cesación de las actividades de menor importancia. Aplicando las técnicas del manejo del tiempo, también se pueden reducir los horarios de trabajo, y se gana espacio para el tiempo libre y el sueño.

El programa de ejercicios físicos es otro aspecto de la intervención sobre el estilo de vida en el que debe influir el terapeuta. Se ha referido que la forma física óptima alcanzada mediante el ejercicio reduce la sobreactivación endocrina y simpática del sistema del estrés, que se manifiesta por la disminución de la frecuencia cardíaca, la tensión arterial, el nivel de lípidos plasmáticos, y el aumento de la circulación coronaria y de la inmunidad. Parece definitivamente probado que el sedentarismo aumenta el riesgo de la obesidad, las complicaciones de la diabetes y de las enfermedades cardiovasculares.

Se ha sugerido para aumentar la carga física en personas sedentarias la ventaja de mantenerse parado y no sentado, la utilización de escaleras en lugar de ascensores, caminar durante las pausas de trabajo, dar paseos a pie, y no utilizar automóviles u ómnibus para cubrir pequeñas distancias. Si el paciente está motivado, se le puede proponer que realice ejercicios más sistemáticos de marcha, carrera, ciclismo, etcétera.

El programa dietético del sujeto también debe ser controlado, ya que la alimentación

y el estrés interactúan. De esta manera, en la desnutrición y en la anorexia nerviosa se activa la respuesta del estrés, que se pone de manifiesto por la hormona liberadora de ACTH (CRH) que, como se ha visto, es un péptido clave del sistema activador de la respuesta al estrés. Por otra parte, el estrés causa un desarreglo grave de la nutrición cuando ocasiona anorexia y pérdida del peso corporal, hipermetabolismo —con un aumento de hasta el 200% de los requerimientos calóricos—, el “efecto antianabólico” o pérdida de la masa de proteínas, la liberación de los lípidos de sus depósitos, y la pérdida acentuada de las vitaminas de los grupos A, B y C, y de fósforo, potasio y zinc.

Los defectos nutricionales pueden agravar las respuestas al estrés y contribuir a la inmunosupresión. La ansiedad, la astenia y la depresión por el estrés ocasionan anorexia y, por el contrario, en otras personas se observa un aumento del consumo de alimentos o bulimia, que puede complicarse con obesidad. La manipulación de la dieta es conveniente para compensar las pérdidas de peso durante el estrés, corregir los estados de desnutrición o de sobrepeso y reducir los riesgos cardiovasculares. Por lo general, se recomienda evitar la sobrecarga de grasas, hidratos de carbono y sal, y proveer las proteínas, minerales y vitaminas necesarios.

Consumo de drogas. El consumo de fármacos como automedicación debe ser desalentado. Aunque el alcohol alivie la ansiedad del estrés de la misma forma que una benzodiazepina, su uso continuado ocasiona desarreglos en los hábitos alimenticios, deterioro de los mecanismos sanos de enfrentamiento, agravamiento de la úlcera péptica y de la hipertensión arterial, y aumento del consumo del tabaco y de otras drogas. Tanto en el alcoholismo crónico como en el síndrome de abstinencia por alcohol, se observa un aumento de la secreción de CRH, el péptido que provoca la respuesta del estrés. Si la prescripción de reducir el consumo de alcohol fracasa, y si el sujeto padece de una adicción excesiva o patológica, será recomendable proponer un tratamiento antialcohólico.

La nicotina del tabaco también reduce la ansiedad, pero actúa como un activador del sistema simpático, y aumenta la frecuencia cardíaca, la hipertensión arterial y el riesgo de enfermedades cardiovasculares, cerebrovasculares, respiratorias y neoplásicas. Se han elaborado una variedad de técnicas para dejar de fumar que van desde la relajación hasta el consumo hasta la saciedad, fumar rápidamente hasta la saturación, los cigarrillos con escasa nicotina, el apoyo social contra el tabaco, y los grupos de ayuda mutua para dejar de fumar.

Las bebidas que contienen cafeína como el café, el té, el mate, las colas y el chocolate, se denominan simpático-miméticos porque estimulan el sistema vegetativo simpático de la misma manera que lo hacen las catecolaminas. La cafeína reduce la fatiga, pero provoca defectos indeseables como la potenciación del cortisol y el aumento

del colesterol plasmático. Esta droga agrava los síntomas del estrés: la ansiedad, el insomnio y la evolución de la úlcera péptica y de la hipertensión arterial. Durante el manejo dietético del estrés, se recomienda al paciente que reduzca o se abstenga de las bebidas que contienen cafeína.

La automedicación con otras drogas sedantes o estimulantes para tratar el estrés es desaconsejada por los profesionales serios. Los fármacos psicotrópicos sólo deben ser prescritos por el médico, y por breves períodos de tiempo.

MEDICAMENTOS CON EFECTO ANTIESTRÉS

Se ha demostrado que tanto en los animales como en el hombre, las manifestaciones psíquicas y fisiológicas del estrés se reducen con determinados fármacos.

Los hipnóticos son drogas que facilitan el sueño y se prescriben para resolver el insomnio por el estrés. No es bueno tomar hipnóticos, pero es peor no dormir, pues además de ser desagradable, la privación de sueño va fatigando a la mente de manera acumulativa.

Los tranquilizantes son fármacos que reducen la ansiedad. Los más utilizados son las benzodiazepinas —a las que pertenecen el clorodiazepóxido, el diazepam y el medazepam—, que reducen la ACTH, el cortisol y las catecolaminas durante la respuesta al estrés. La ansiedad resulta un síntoma tan incapacitante y ayuda tan poco a encontrar soluciones, que en muchos casos la indicación de tranquilizantes es justificada. Algunos cardiólogos son partidarios de utilizar el diazepam de modo continuo para prevenir la reincidencia del infarto de miocardio.

Los neurolépticos son medicamentos que tienen efectos hipnóticos, antiagresivos, tranquilizantes y antipsicóticos. En los animales y en el hombre antagonizan la respuesta al estrés. Las drogas más utilizadas de esta serie son la levomepromacina, la trifluoperacina, la clorpromacina y el haloperidol.

Los antidepresivos se prescriben para resolver el estado de ánimo depresivo y reducir los efectos del estrés. La indicación de antidepresivos también resulta razonable, ya que la tristeza es peor que la ansiedad y que el insomnio debido al estado de desvalimiento que provoca.

Los bloqueadores beta-adrenérgicos son el grupo de los fármacos que bloquean los receptores del sistema simpático que se encuentra sobreactivado durante el estrés. Los más conocidos son el propranolol, el atenolol y el oxprenolol. Estas drogas se prescriben para reducir la exaltación cardiovascular que se asocia a la ansiedad, y se las

recomienda para la reducción de la isquemia de miocardio, las arritmias y la hipertensión arterial por el estrés.

De acuerdo con el tipo de desarreglo corporal se indican de manera sintomática otras drogas como los antihipertensivos, antiulcerosos, miorrelajantes, etc. A modo de resumen es conveniente recordar que los síntomas más frecuentes del estrés son el insomnio, la ansiedad y la tristeza. Esta última resulta la manifestación menos controlable con drogas, pues aunque los antidepresivos puedan aportar alguna mejoría, el malestar sólo se resuelve con la solución del conflicto.

MÉTODOS DE RELAJACIÓN

Según Benson, un fisiólogo norteamericano, la naturaleza dispone de dos mecanismos opuestos en relación con el estrés. El primero es el del alertamiento y la acción que corresponden a las reacciones de lucha o de huida de Cannon, y que consisten en la activación endocrina y simpática (véase figura 3). El segundo es la respuesta de relajación y tranquilidad que puede provocarse con los llamados métodos de relajación. En este estado se reduce la activación del tono simpático y el metabolismo. Durante la relajación se reducen el consumo de oxígeno, la frecuencia respiratoria y la cardíaca, y la tensión arterial; disminuyen el lactato y el colesterol plasmáticos; se dilatan los vasos de los genitales externos. También aumentan la secreción de saliva y la relajación del tono de los esfínteres vesical y del recto, que hacen posible la evacuación de la orina y las heces. Sucede la reducción de la sudoración y el aumento de la respuesta galvánica de la piel, y en el músculo esquelético aumenta la irrigación sanguínea, disminuyen la contractura y el tono. Además, la relajación otorga tranquilidad al psiquismo y aumenta las ondas alfa y theta en el electroencefalograma (véase figura 9).

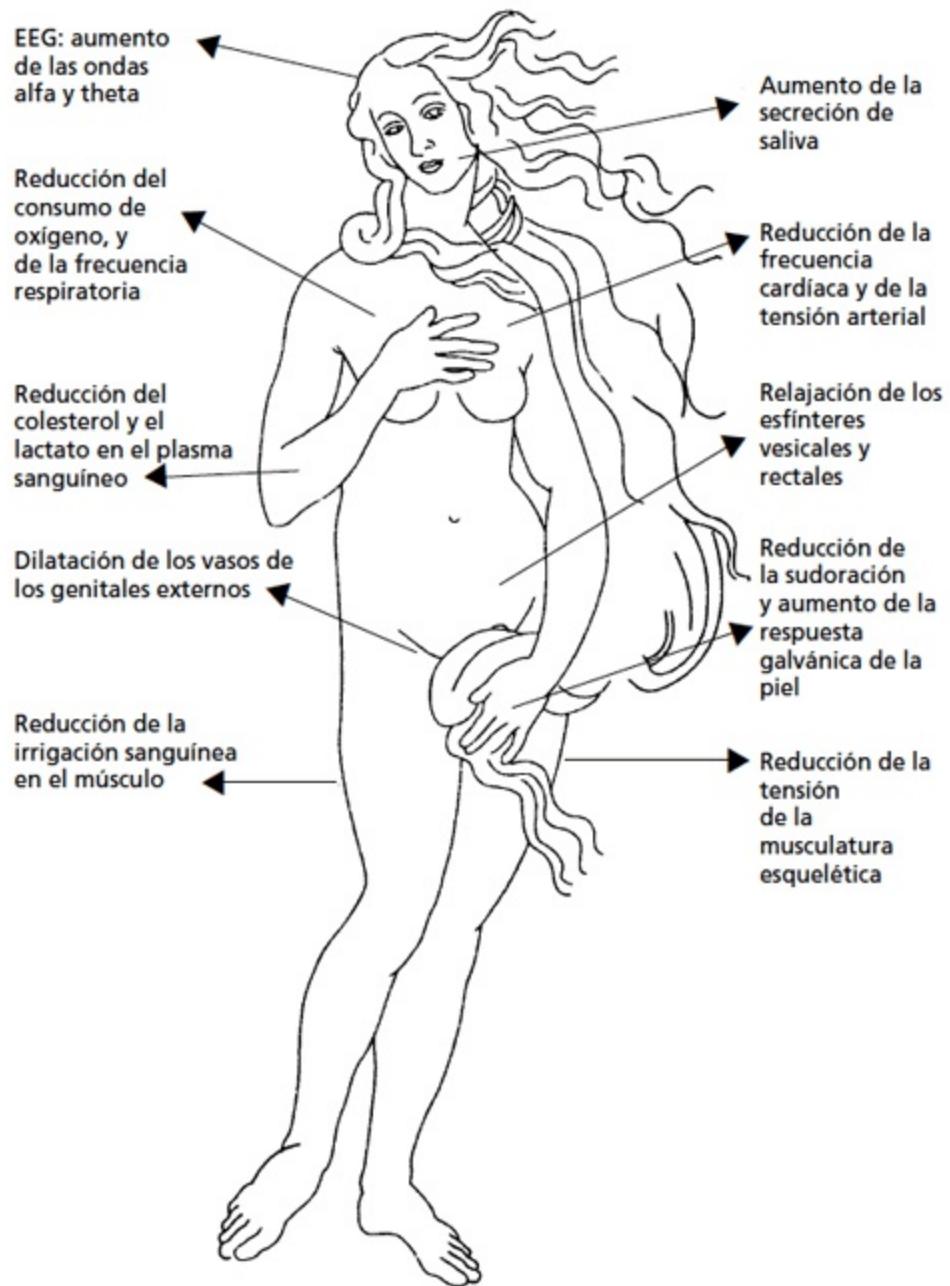


FIGURA 9. Cambios metabólicos, vegetativos y de la musculatura durante estados de relajación. (Nacimiento de Venus, de Botticelli).

La historia de los métodos de relajación se inicia 3 000 años antes de Cristo, con los procedimientos creados por el yoga y el budismo zen. A partir de la década del treinta se introducen el entrenamiento autógeno de Schultz y la técnica de relajación progresiva de Jacobson. En los años sesenta se hizo muy popular la meditación trascendental, y en los años setenta se inició el uso de los aparatos de *biofeedback* y de la respuesta de relajación de Benson.

Los métodos de relajación se distinguen del sueño porque la persona mantiene la conciencia tranquila en estado de vigilia. Estos procedimientos se consideran técnicas de autoayuda porque una vez que el sujeto ha aprendido la habilidad de relajarse, puede emplearla como un mecanismo de enfrentamiento ante el estrés, sin la presencia y la dependencia de un terapeuta. El médico suele escoger el método de relajación de acuerdo con la personalidad del paciente y los síntomas que se pretende suprimir.

El yoga es un estilo de vida que incluye valores, conceptos dietéticos, cuidados del cuerpo y ejercicios mentales y corporales. La medicina occidental tiende a utilizar las técnicas mentales y corporales sin los conceptos religiosos de la ideología yoga. De acuerdo con esta filosofía, uno de los objetivos de la vida es alcanzar un estado exento de preocupaciones, de dolor y de enfermedades. En este punto el yoga se hace aplicable al manejo del estrés.

Debido a que la mayoría de los terapeutas no domina los métodos del yoga, los pacientes son derivados a instructores que enseñan las técnicas de posturas, ejercicios y relajación, las modalidades de la respiración, y la meditación, en la cual la atención se concentra en una sensación, una imagen, una palabra o frase simple que se denomina *mantram*.

La actitud mental de mansedumbre, paciencia y fe como lo contrario de la tensión, la desesperación y la prisa es uno de los procedimientos del yoga para tranquilizar la ansiedad por estrés. Los yoguis dicen que relajarse es disfrutar del reposo y gozar del placer del ocio. En este método la imaginación se focaliza en fantasías sedantes como en visualizar el fondo transparente del mar, la arena fina y tibia, o tratar de escuchar el ruido del mar. La meditación consiste en la repetición de palabras o frases simples que inducen a la calma de la mente y a la eliminación de pensamientos perturbadores. El sujeto cuenta reiteradamente series de números hasta el 10, o puede optar por repetir una misma palabra u oraciones breves e invariables como las del rosario católico.

Los ejercicios respiratorios del yoga suelen asociarse al ritmo de la oración o mantram; también pueden consistir en inspiraciones y expiraciones prolongadas, en respiración diafragmática, o en hacer consciente la respiración nasal al tratar de percibir las corrientes de aire en las mucosas de la nariz. Los ejercicios de inmovilidad

y de relajación de todo el cuerpo con los ojos cerrados, y en posición acostada —de espalda y de bruces—, arrodillada, sentada o de pie, se consiguen porque el yoga ordena a sus músculos que se relajen.

La meditación trascendental proviene de la filosofía hindú, pero su utilización puede estar desprovista de sentido religioso. Tiene cierta similitud con prácticas de la oración cristiana. El sujeto que va a meditar se sitúa en un lugar silencioso, adopta una posición confortable, una actitud pasiva, y concentra su mente en un mantram que ha escogido como foco de su atención. El procedimiento se practica dos veces al día durante 20 minutos cada vez, y se supone que es capaz de reducir e interrumpir el estado de activación simpática y metabólica mediante la respuesta de relajación. La meditación se ha propuesto como una técnica preventiva de las enfermedades por el estrés.

Benson utilizó los principios de la meditación y creó un método sencillo al que se llama respuesta de relajación de Benson. Para realizarlo, el sujeto debe sentarse en una posición confortable y pasiva, cerrar los ojos, relajar progresivamente los músculos desde los pies a la cabeza. Mientras está relajado debe respirar por la nariz y tomar conciencia de su respiración. Cuando expira debe pensar en la palabra “uno”. El ejercicio debe prolongarse durante diez o veinte minutos y repetirse dos veces al día.

El método original del autor norteamericano Jacobson fue ideado en 1938 y consiste en secuencias de estados de contracción y relajación de 16 grupos musculares. El entrenamiento progresivo de relajación de Jacobson era excesivamente prolongado, por lo que actualmente se utilizan sus variantes abreviadas. Este entrenamiento consiste en focalizar la atención en cada grupo muscular. Una vez lograda la focalización, se debe proceder a la contracción de 5 a 7 segundos y luego pasar a la relajación por el término de 30 a 40 segundos; esto debe repetirse dos veces al día. El terapeuta instruye al paciente a percibir y provocar los estados de contracción y relajación. Para recordar la secuencia y organizar la duración de los ejercicios, pueden utilizarse grabaciones.

El psiquiatra alemán Schultz inventó un método derivado de la hipnosis al que denominó autosugestión, aunque es reconocido como entrenamiento autógeno de Schultz. Éste pretende el control de los vasos sanguíneos mediante la evocación de la sensación de calor, y el control de la relajación muscular imaginando la sensación de pesadez. El término autógeno significa que puede ser generado o monitoreado por el propio sujeto. Durante el ejercicio, la persona repite frases autosugestivas con la intención de relajar la mente, la respiración, la musculatura esquelética y las vísceras. La técnica de Schultz combina elementos de la meditación, como las frases sugestivas, y componentes de la relajación fisiológica (véase cuadro 8). Se ha recomendado que los ejercicios de Schultz se realicen durante 30 minutos y se repitan dos veces al día.

Debido a su efecto vascular se han indicado en la migraña y en la vasoconstricción de las extremidades o enfermedad de Raynaud.

CUADRO 8. Entrenamiento autógeno de Schultz, respuesta fisiológica

<i>Frase</i>	<i>Efecto fisiológico</i>
“mis piernas pesan mucho”	Relajación de la musculatura de las extremidades
“mis brazos pesan mucho”	
“mis piernas están calientes”	Vasodilatación de las extremidades
“mi corazón late muy tranquilo”	Se reduce la frecuencia cardíaca
“me atraviesa una corriente de calor”	Dilatación vascular y cambios viscerales en el abdomen
“mi abdomen está caliente”	
“mi frente está fría”	Vasoconstricción cefálica

Los aparatos de biorretroalimentación, o *biofeedback*, consisten en equipos electrónicos que monitorean las funciones vitales y las amplifican como señales acústicas o visuales, lo que permite su percepción, aprendizaje y control por parte del sujeto. La mayoría de estos equipos registra la tensión muscular a través de la electromiografía y permite enseñar a la persona el modo de relajar su musculatura. También monitorean la respuesta galvánica y la temperatura de la piel, y las ondas eléctricas cerebrales mediante la electroencefalografía. En el *biofeedback* térmico se registra la temperatura de un dedo de la mano dominante y se enseña al sujeto a aumentar y reducir la temperatura de su cuerpo. Esta técnica se ha indicado en los trastornos vasculares del tipo de la migraña y la vasoconstricción de las extremidades.

La respuesta galvánica de la piel refleja la actividad sudorípara y el estado funcional del sistema vegetativo periférico; por ello, el *biofeedback* también es recomendado para el tratamiento de la hipertensión arterial. Las técnicas de biorretroalimentación se pueden combinar con otros procedimientos de relajación. De esta manera, el monitoreo térmico se asocia con el entrenamiento autógeno de Schultz, y el registro muscular con la relajación progresiva de Jacobson.

Los desarreglos más comunes que se han tratado con estos métodos son las cefaleas de tensión, las migrañas, las lumbalgias, el rechinamiento de dientes (bruxismo), la

artritis reumatoidea, y algunas enfermedades cardiovasculares como la insuficiencia coronaria, la hipertensión arterial y la enfermedad de Raynaud.

Luego de su auge inicial, los métodos de *biofeedback* perdieron su popularidad en la década de los ochenta, y debido a que la mayoría de la gente prefiere ser entrenada mediante la voz humana, se ha sugerido que estos equipos se empleen solamente con fines experimentales y de diagnóstico.

Otros procedimientos de relajación son los ejercicios respiratorios y relajantes, el masaje relajante o la hipnosis.

LAS PSICOTERAPIAS

Psicoterapias de apoyo y de crisis

Las crisis son los cuadros agudos de exaltación fisiológica, deterioro cognitivo, intensa sintomatología y malestar, y evolucionan en un tiempo relativamente breve. Las crisis ocurren por un acontecimiento psicotraumático actual, específico e identificable, como pueden ser el estrés sexual, la discordia marital o las situaciones de duelo. Las crisis con síntomas graves, como intensa ansiedad y depresión o intentos de suicidio, se tratan con psicoterapias breves que se denominan psicoterapias de apoyo o de crisis. Este tratamiento se dirige a aliviar el síntoma y tranquilizar, a hacer soportable la situación de estrés, a mejorar la autoestima, proveer o reforzar los mecanismos de enfrentamiento, corregir las respuestas anormales al estrés, y proporcionar guía y sostén afectivo durante el periodo que dure la crisis. El foco de la terapia se basa en el enfrentamiento a la situación estresante actual. Este tipo de psicoterapia cuenta con varios instrumentos.

La guía y las intervenciones directivas suelen aplicarse cuando el sujeto está desconcertado y perplejo por el impacto del psicotrauma. Entonces, el terapeuta dirige y guía transitoriamente la ideación y la conducta de su paciente hasta que éste recupere la autonomía y el control de sus decisiones. Son intervenciones directivas: “vaya a la casa de su hermana hasta que mejore la situación con su marido”, “no acepte que su jefe le asigne más tareas” o “evite responder en tono agresivo, ya que su madre se pone más paranoica”.

El consejo. A pesar de que ocasiona horror a los terapeutas no directivos, este procedimiento puede resultar necesario cuando el médico aconseja una acción a seguir durante el aturdimiento que provocan las situaciones de crisis.

La empatía ocurre cuando el terapeuta intenta sentir las emociones de su paciente y lo pone de manifiesto en sus expresiones y en la comunicación. El sujeto necesita que en momentos de indefensión y soledad, su médico sea capaz de estar en su piel y compartir su estado de ánimo. La empatía significa la pérdida de la neutralidad emocional del terapeuta, que siempre se trata de mantener en el psicoanálisis ortodoxo de larga duración.

El apoyo se provee confirmando las soluciones razonables que propone el paciente, reforzando la autoestima, comunicando afecto y permaneciendo junto al sujeto durante toda la evolución de la crisis. El enfermo entiende que el terapeuta está “de su parte”, que puede contar con él, que le acompaña con empatía y que estará disponible hasta que se resuelva la crisis.

La esperanza es alentada por el médico por su sola presencia, pero también la provee de modo explícito a través del gesto y la palabra. Esta técnica estimula las tareas que debe realizar el paciente para resolver su curación. Las frases de aliento pueden ser “usted podrá aprobar ese examen”, “con el tratamiento su dificultad sexual desaparecerá” o “esta tragedia pasará y usted encontrará otra pareja”.

La catarsis. Este término fue utilizado por Freud y Breuer (1893) cuando pretendían la curación del síntoma “purgando la mente del cuerpo extraño traumático” a través de la evocación del recuerdo y los afectos reprimidos.

En las terapias que utilizan la catarsis, ventilación o verbalización del drama personal, el paciente obtiene alivio rememorando el suceso traumático y expresando las emociones que correspondieron a esa vivencia.

La sugestión. Mediante esta técnica, el terapeuta introduce ideas a su paciente desde una posición de autoridad y expresa frases como “su angustia se está aliviando”, “ahora se siente más tranquilo” o “su temblor se está reduciendo”.

La interpretación y la clarificación del conflicto. Este procedimiento consiste en la explicación y simplificación del conflicto actual, y se evita la referencia a psicotraumas remotos e inconscientes que el paciente no está en condiciones de enfrentar ni elaborar.

La persuasión se aplica cuando el médico argumenta, da razones y proporciona información que favorece la toma de decisiones del paciente.

Intervención sobre el conflicto. Cuando es posible modificar la situación psicotraumática, el terapeuta intenta su manipulación con la intervención sobre el conflicto y la red social de apoyo. Para ello se vale de ciertas maniobras como ordenar reposo o cambio de trabajo, o conseguir que un trabajador social consiga empleo o vivienda para el paciente, o interviene sobre una familia que causa estrés. El terapeuta crea o activa el apoyo social por medio de lo que luego será relatado como terapia de red.

El psicoanálisis

Según esta técnica, el estrés se inicia en edades tempranas con las figuras parentales y, aunque es reprimido, se expresa en la edad adulta como síntomas y malestares. El psicotrauma infantil que no se resuelve bien aumenta la vulnerabilidad a los conflictos actuales y ocasiona respuestas anormales bajo la forma de sometimiento, ira, ansiedad, tristeza, culpa o perversiones.

Los psicotraumas tempranos se proyectan sobre la relación terapéutica, y el paciente “transfiere” a su médico los remotos conflictos parentales. Este fenómeno se denomina transferencia, y el analista lo interpreta poco a poco. Por este medio, el sujeto resulta “reeducado desde el punto de vista emocional”.

Del psicoanálisis provienen dos tipos de técnicas: las terapias focales o breves y las prolongadas. Las primeras se indican en casos de crisis por estrés agudo y el tratamiento se focaliza en el conflicto más importante y su duración es limitada. Los instrumentos de la terapia breve son la sugestión, la catarsis, la empatía del terapeuta, el esclarecimiento y la interpretación, ya que sin interpretación no hay terapia analítica. Durante esta cura se establecen interpretaciones triangulares, es decir se enlazan los psicotraumas infantiles, el conflicto actual y la relación de transferencia con el terapeuta. Algunos autores proponen que ante un estrés agudo se inicie el tratamiento con la terapia de apoyo, y cuando el paciente mejore se continúe con una terapia breve derivada del psicoanálisis.

Las psicoterapias prolongadas no se utilizan en el estrés agudo, sino en desarreglos de larga duración y de menor intensidad donde lo más importante no radica en el psicotrauma actual, sino la vulnerabilidad del sujeto. Cabe recordar que el psicoanálisis ortodoxo no tiene un foco único ni límite de tiempo.

La psicoterapia sistémica

A diferencia del psicoanálisis, en la terapia sistémica el foco del tratamiento no son los desarreglos intrapsíquicos, sino las relaciones interpersonales. El síntoma de una persona no se concibe como un problema individual, sino como la expresión de malestar de un sistema de relaciones, y la acción del terapeuta se dirige a modificar a toda la familia. Las técnicas sistémicas se han utilizado para tratar síntomas como la anorexia, la violencia y el estrés sexual, de la pareja y de la familia.

Esta escuela se fundamenta en la suposición de que los trastornos provocados por el estrés se deben a percepciones anormales, creencias irracionales, pensamientos automáticos nocivos, o ausencia de formulación de pensamientos que sean capaces de organizar una respuesta sana.

Durante el proceso de curación el terapeuta identifica las creencias erróneas, argumenta contra ellas y enseña al paciente a pensar de manera realista.

Otro mecanismo enfermizo es el de los “pensamientos automáticos nocivos”, que se manifiestan en ideas de aparición rápida, repetitivas y escasamente conscientes.

Los juicios aberrantes más comunes son la personalización y el pensamiento polarizado. En la personalización se establecen comparaciones desfavorables para el sujeto o se interpretan los sucesos exteriores como dependientes o relacionados con el individuo. Así, se piensa: “éste hace todo mejor que yo” o “el silencio de mis amigos indica que ya no me quieren”.

El pensamiento polarizado es otra ideación errónea que opera con reglas como la absolutización, la generalización exagerada, o tomar un detalle por el todo. El individuo suele pensar que la gente es totalmente buena o totalmente mala, que una falla significa un fracaso permanente, o si no tolera una característica de una persona, toda ella le resulta insopportable. El pensamiento polarizado da lugar a un síntoma que se denomina intolerancia a la ambigüedad del mundo real.

La acción consciente siempre es precedida por una formulación verbal que suele ser silenciosa y se denomina lenguaje interno. Algunos terapeutas cognitivos suponen que el fracaso ante el estrés se debe a la ausencia de pensamientos que organicen la conducta, por lo que sus tratamientos se dirigen a proveer frases para enfrentar las demandas.

En la terapia cognitiva se cuestionan los mitos y las falsas creencias cuando el terapeuta argumenta en contra de ellos y, luego, el paciente aprende a desecharlos sin ayuda. Por ejemplo, se argumenta que si es cierto que los hijos no quieren al paciente, cómo es que lo visitan todos los fines de semana y le brindan muestras de afecto.

El terapeuta también suele enseñar ideas antagónicas para oponerse a los pensamientos nocivos; de esta manera, para contrarrestar “todos son mis enemigos” se propone “hay gente que simpatiza conmigo y me ayuda”.

Se han ideado varias técnicas para el control de los pensamientos desagradables.

Saturación. Se habla de saturación cuando el sujeto es alentado a repetir constantemente el pensamiento o la fantasía perturbadora hasta que se agote la emoción

negativa asociada.

Cambio de lugar o actividad. Cuando el individuo es asaltado por el pensamiento displacentero se le sugiere que cambie de lugar o se involucre en otra actividad que lo distraiga y le resulte atrayente.

Diferir el asunto. El paciente puede diferir el asunto cuando el pensamiento nocivo aparece en la conciencia y aquél se dice que pensará y se ocupará del tema al día siguiente; o bien, en ocasión de presentarse la idea desagradable, el sujeto se castiga haciendo alguna tarea que lo mortifica.

El thought stopping u órdenes contra el pensamiento, resulta cuando el terapeuta solicita al sujeto que exprese el pensamiento nocivo en voz alta y le ordena detenerse en una idea o no pensar más en ella y luego lo instruye para que a modo de autoayuda repita la orden a sí mismo de manera silenciosa o en voz alta.

Cambios en las apreciaciones de la situación. Algunos sujetos suponen que el fracaso siempre se debe a la maldad de los demás o a una incapacidad personal permanente; entonces el terapeuta ayuda a modificar los defectos de la autoestima y a que el paciente vea al otro de manera más objetiva. Con estos cambios en las apreciaciones de la situación, se hace entender a un estudiante que un fracaso académico no se debe a la mala suerte o a un profesor encaprichado, sino a una falta de preparación, que puede resolverse con mayor empeño en el estudio.

Con self instructions o instrucciones a sí mismo, el paciente es capacitado para analizar, resolver las complicaciones y alentarse en la realización de las tareas. Al sujeto se le aportan diferentes frases para que se diga a sí mismo: “debo mantener la calma”, “¿en qué consiste el problema?”, “¿qué cosas puedo hacer?”, “¿cuál es la mejor opción?”, “empecemos”, “esto va saliendo bien” (véase cuadro 9).

CUADRO 9. *Terapias cognitivas, conductistas, y manejo del estrés*

A) *Procedimientos cognitivos*

- 1) Cuestionamiento de mitos y falsas creencias.
- 2) Proponer ideas alternativas de tipo positivo a los pensamientos automáticos nocivos.
- 3) Control y supresión de los pensamientos nocivos mediante los procedimientos siguientes: (a) saturación, (b) cambio de lugar o actividad, (c) diferir el asunto, (d) castigarse, (e) órdenes contra el pensamiento (*thought stopping*).
- 4) Cambio de las apreciaciones de la situación.
- 5) Instrucciones a sí mismo (*self instructions*).
- 6) Técnicas de la solución de problemas (*problem solving*).

B) *Procedimientos conductuales*

- 1) Adiestramiento asertivo en:
 - a) Pedir y rechazar favores.
 - b) Iniciar y mantener conversaciones.
 - c) Dar y recibir cumplidos.
 - d) Resistir presiones.
 - e) Negociar.
 - f) Preguntar lo que se desconoce.
 - g) Galantear, hacer el amor, etc.
- 2) Técnicas de manejo del tiempo
 - a) El establecimiento de prioridades.
 - b) Identificar las actividades de desperdicio de tiempo.
 - c) Aprenda a decir que no.
 - d) Evite el perfeccionismo.
 - e) Aprenda a delegar tareas.
 - f) Análisis de las tareas.
 - g) Agenda diaria, semanal y quincenal.
 - h) Creando bloque de tiempo disponible.
 - i) Adecuando la agenda al biorritmo personal.

C) *Manejo del estrés (stress management)*

Es un programa multidimensional que incluye: educación para la salud, intervenciones sobre el estilo de vida, métodos de relación y terapias cognoscitivas y conductuales.

Procedimientos conductistas

Esta modalidad terapéutica ha creado las técnicas del adiestramiento asertivo y del manejo del tiempo, que se resumen en el cuadro 9.

Las acciones asertivas son las habilidades para conseguir el apoyo social del otro —sin dañarlo ni violar sus derechos— por medio de una honesta, directa y adecuada expresión del parecer, los sentimientos y los deseos. La conducta asertiva opera en varios sentidos contra el estrés. Al igual que los procedimientos de relajación, antagoniza la ansiedad; facilita la vida del sujeto, ya que presupone la aceptación de sus derechos personales como poder escoger, decir no, cambiar de ideas, reconocer las propias limitaciones, etc. Además aumenta la percepción de control sobre el ambiente y favorece la posibilidad de que la persona reciba apoyo social. El entrenamiento asertivo va dirigido a crear competencia para desarrollar determinadas tareas, a disminuir el miedo y la inhibición ante la acción, y a mejorar la autoestima. El terapeuta debe identificar cuáles son las habilidades asertivas de las que carece el paciente. Para ello puede valerse de la anámnesis o del uso de inventarios. Luego, el paciente aprende las habilidades asertivas con la imitación de modelos y ensayando con la técnica del juego de roles (*role-playing*) con el propio terapeuta o con un instructor en grupos de aprendizaje asertivo. Durante el estudio del caso, el terapeuta debe discernir si la causa del defecto asertivo se debe a que el paciente nunca adquirió tal conducta en la cultura familiar, si la acción se encuentra trabada por alguna cognición errónea, o si se trata de una fobia a determinadas situaciones.

Manejo del tiempo. Una de las formas más frecuentes del estrés se debe a la sobrecarga y los sobrehorarios de trabajo. Por ello, son de gran importancia la programación de las tareas y el uso del tiempo. El manejo del tiempo se logra con técnicas de organización que permiten el uso óptimo del propio tiempo, con mayor eficiencia en las tareas a resolver, y la creación de espacios para el ocio y el sueño. Existen varios procedimientos para conseguir el manejo del tiempo. Uno de ellos es el establecimiento de prioridades, ya que algunas personas no tienen una comprensión clara de la distinta importancia de sus actividades y dedican igual cantidad de tiempo a todas o invierten más tiempo en tareas irrelevantes. El terapeuta y el paciente clasifican las demandas en grados de prioridad, aplicando el principio de dar más tiempo a los asuntos más importantes y reducir la duración de las tareas menos priorizadas.

La gente suele desperdiciar tiempo en reuniones que se hacen largas en demasía, en esperas, en charlas ociosas, en llamadas telefónicas, en tareas que se prolongan buscando el perfeccionismo. Entonces, el terapeuta y su paciente identifican las actividades de desperdicio de tiempo y luego establecen procedimientos para suprimirlas. Las pequeñas pausas que los individuos se toman para recuperarse del cansancio durante el trabajo, son tiempo que se pierde, pero no deben ser eliminadas.

Las personalidades del tipo A y los sujetos obsesivos tienen dificultades para negarse a la solicitud de tareas, y esto los conduce a la fatiga por sobrecarga. El terapeuta, en estos casos, debe enseñar al paciente a decir no. Una vez aceptados el derecho y la necesidad a negar, esta habilidad se aprende con técnicas asertivas. Ambos tipos de individuos tampoco saben delegar tareas por temor a que se realicen de manera imperfecta y por miedo a perder el control de las situaciones. Debe enseñárseles a delegar tareas y hacerles comprender que eso permite ganar una considerable cantidad de tiempo. A su vez, los sujetos perfeccionistas consumen mucho tiempo en sus tareas. Un ama de casa perfeccionista no queda en paz hasta que todo esté extremadamente limpio. A este tipo de personas el terapeuta debe enseñarles que para poder vivir y aprovechar el tiempo, es necesario aceptar un margen de imperfección en una gran cantidad de actividades.

El terapeuta analiza las tareas con el fin de que las más prolongadas se dividan en etapas cortas, y resulten más sencillos los aspectos parciales del objetivo. Es importante que las personas sean adiestradas para confeccionar planes diarios, semanales, mensuales e incluso anuales, en los que se anoten el día y la hora de las actividades a desarrollar y se prevean los espacios de tiempo para las tareas imprevistas. La concentración de las tareas diarias permite crear bloques de tiempo disponible. Es poco lo que se puede desarrollar en quince minutos, pero si se dispone de una hora, el tiempo resulta de mayor utilidad.

En la adecuación de la agenda al “biorritmo personal”, se asume que cada sujeto tiene horas del día durante las cuales la mente trabaja a máximo rendimiento; las tareas creativas, el aprendizaje de lo nuevo y las cuestiones prioritarias deben realizarse en esos períodos.

El manejo del estrés es un programa multidimensional que incluye la suma de varios procedimientos que se han descrito con anterioridad. Este método se compone de la educación para la salud en estrés, las intervenciones sobre el estilo de vida, las técnicas de relajación fisiológica y las terapias cognoscitivas y conductistas.

Las terapias de grupo conforman otra forma de resolver los psicotraumas. Así, la terapia marital es la indicación privilegiada para resolver el estrés de las parejas. La terapia familiar se indica para atender el malestar de las familias. En las terapias de grupo —formado con personas que tienen un tema en común de estrés— se obtiene alivio porque se verbalizan los sentimientos negativos, unos aprenden de otros, y se reduce la impresión de aislamiento.

LAS INTERVENCIONES SOCIALES

La terapia de red, el tratamiento de las instituciones y las intervenciones sobre el paciente componen lo que se denomina intervenciones sociales.

En *las terapias de red*, el terapeuta crea o moviliza la red natural de apoyo social de su paciente, que se compone de familiares y amigos, para superar las situaciones psicotraumáticas. El enfermo también puede beneficiarse de los grupos de ayuda mutua como las organizaciones de alcohólicos anónimos, de pacientes con SIDA y sus familiares, las de padres de niños discapacitados o las de personas que cuidan dementes seniles.

En *el tratamiento de las instituciones*, los higienistas ocupacionales, los especialistas en seguridad del trabajo, los expertos en salud mental, o el médico de la empresa, pueden proponer un programa de medidas específicas para modificar los reglamentos, la organización, o las condiciones nocivas de trabajo de las instituciones enfermantes. El malestar de los trabajadores se puede atenuar enseñando las medidas contra el estrés y con psicoterapias de grupo o comunitarias, centradas en el tema del estrés institucional.

Las intervenciones sociales sobre el paciente se indican en las siguientes situaciones: cuando la persona presenta fatiga por sobrecarga laboral, el médico le indica reposo del trabajo. Si ocurre que el sujeto no se adapta al cargo o a la empresa, una comisión de peritaje médico puede indicar el cambio de cargo o del lugar de trabajo. En situaciones de crisis —con riesgo de suicidio— es prudente que el paciente ingrese en servicios de urgencias psiquiátricas de intervención en crisis, en hospitales de día o en salas hospitalarias. Otras situaciones de estrés requieren la participación de trabajadores sociales, que intervienen sobre el paciente o las instituciones, y proveen solidaridad, auxilio económico, vivienda, empleo o asesoría legal. Y finalmente, en otras situaciones de crisis, un abogado o un asesor económico resultan de más ayuda que un médico.

CONSEJOS SENCILLOS PARA EVITAR EL ESTRÉS

- * Aprenda a medir sus fuerzas, y no se violenta a sí mismo intentando hacer algo más allá de sus posibilidades.
- * Evite “exprimirse” hasta el agotamiento en sus empeños.
- * No se convierta al “culto de la velocidad”, y trate de tomarse el tiempo necesario para todo. La naturaleza se compone de seres rápidos y lentos; cada uno debe caminar a su propio paso.
- * Respete sus motivaciones y haga las cosas que ama. Trate de realizar las tareas que

le resulten más interesantes y placenteras. Si una actividad le resulta desagradable, trate de no realizarla, o de encontrarle algún sentido útil o justificativo ante sí mismo.

- * Cuando un trabajo está trabado, haga una pausa, descanse o realice otra tarea.
- * De ser posible, trate de ver las tareas y los contratiempos como desafíos que le permitirán crecer, y no como situaciones amenazadoras.
- * No acepte cargos o tareas en los que no pueda controlar y decidir por sí mismo el modo de hacer su trabajo.
- * Si no se adapta a una tarea, quizá sea conveniente un cambio.
- * A veces lo trágico no son tanto las situaciones como el modo de interpretarlas. Es posible que cambiando la forma de ver los conflictos, se reduzca su malestar y pueda elaborar otras soluciones.
- * Revise el modo de ser de las personalidades del tipo B de Friedman y Rosenman, y trate de imitar sus rasgos; cuando le sea posible, huya de los jefes y de las organizaciones del tipo A.
- * Revise en este texto los mecanismos de enfrentamiento. Descarte los que están calificados como nocivos y trate de aumentar y de mejorar los que se consideran saludables.
- * Dedique tiempo a revisar su escala de valores, y si encuentra o le demuestran que usted sostiene algún principio nocivo para los demás o para usted mismo, ¡deséchelo!
- * El desahogo con confidentes leales mitiga los pesares, porque se ha demostrado que la persona que tiene una buena pareja, una buena familia o amigos seguros sufre menos ante las adversidades.
- * No es sano tener muchos asuntos pendientes, porque impiden su tranquilidad. Intente identificar todas las situaciones de estrés, estudie sus opciones, y trate de resolverlas poco a poco, según un orden de prioridades —y sin exageraciones perfeccionistas—.
- * Aprenda a verse a sí mismo y a los demás con humor, porque la risa reduce el miedo y amortigua el estrés.
- * No permita que ninguna circunstancia ni persona rebaje su propia dignidad ni su amor propio, y recuerde que una autoestima alta reduce el impacto de cualquier estrés.
- * Es sano ser algo egoísta, y no se puede ser totalmente altruista. Resulta imposible complacer a todo el mundo, y a veces tiene que decir que no. Al mismo tiempo, no permita que los demás lo presionen, lo manipulen ni le impongan una velocidad.
- * Trate de ganar el amor de los demás, porque el odio contra los otros luego se

vuelve contra usted mismo. Por otra parte, si es bueno y útil al prójimo, será recompensado con afecto y atenciones.

- * El odio y el rencor son tan malsanos y destructivos para la persona que los experimenta de modo crónico, que el perdón al otro resulta la mejor opción para resolver algunas desavenencias.
- * Resulta más sano ser tolerante y preferir la negociación a la guerra.
- * Acostúmbrese a admitir la crítica y a expresar honestamente lo que piensa.
- * Aprenda a distraerse, y dedique una parte del día a recrearse sin remordimiento. Intente jugar sin pretensiones competitivas. Puede leer y escuchar música, bailar o ver TV o realizar algún pasatiempo.
- * Trate de caminar varios kilómetros por día, o practique de 30 a 60 minutos de ejercicios tres veces por semana, pues estar en forma física reduce el impacto del estrés y la mortalidad cardiovascular.
- * No se prive del sueño que su cuerpo necesita, y no contraiga “deudas de sueño”; si nota que le resulta de beneficio, puede dormir una pequeña siesta.
- * Tome su tiempo para comer y hacer el amor —sin apresuramiento—.
- * Evite las comidas copiosas con exceso de azúcar refinada, grasas, frituras o huevos. Trate de consumir vegetales, frutas, carne de pescado y ave, y tome vitaminas y minerales suplementarios.
- * Es sensato reducir el consumo exagerado de sal, café, té, mate, tabaco y alcohol, que potencien los efectos nocivos del estrés sobre el sistema cardiovascular. Para evitar la habituación, no tome drogas sedantes ni estimulantes por más de dos semanas sin control médico.
- * Aprenda a aceptar que a veces se pierde, intente olvidar los sucesos negativos y resígnese cuando la cosa no tiene remedio.
- * Si al autoevaluar los síntomas del estrés según la lista de las páginas 108-109 comprueba que tiene puntajes notables, resulta atinado pensar que debe modificar su estilo de vida, y atender estos desarreglos con su médico.
- * No siempre se vence al estrés con el descanso; a veces es necesario luchar, para luego lograr circunstancias más saludables.

BIBLIOGRAFÍA

Archibald, H. C. *et al.*, "Gross stress reaction in combat: a 15 year follow-up", *American Journal of Psychiatry*, 119 pp. 317-322, 1962.

Astin, Millie C., Suzann M. Oglend Hand, Esther M. Coleman y David W. Foy, "Posttraumatic stress disorder and childhood abuse in battered women: Comparisons with maritally distressed women", *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, vol. 63, pp. 308-312, 1995.

Autores anónimos, "La tortura en Uruguay, consideraciones psiquiátricas."

Autores cubanos, *Glosario cubano de la novena revisión de clasificación internacional de las enfermedades mentales, GC-2*, editado por el Hospital Psiquiátrico de La Habana, 1983.

Ballard, C. G., A. K. Stanley y I. F. Brockington, "Posttraumatic stress disorder (PTSD) after childbirth", *British Journal of Psychiatry*, vol. 166, pp. 525-528, 1995.

Barudy, J. *et al.*, "Problemas psiquiátricos provocados por la tortura en los refugiados políticos latinoamericanos", *Así buscamos rehacernos: represión, exilio, trabajo psicosocial*, Ed. Colat y Celadec, 1980.

Baume, Robert M., Sydney H. Croog y John Nalbandian, "Pain perception, coping strategies, and stress management among periodontal patients with repeated surgeries", *Perceptual and Motor Skills*, vol. 80, 1995, pp. 307-319.

Beal, A. Lynne, "Posttraumatic stress disorder in prisoners of war and combat veterans of the Dieppe Raid: A 50 year follow up", *Canadian Journal of Psychiatry*, vol. 40, pp. 177-184, 1995.

Bell, Janet L., "Traumatic event debriefing: Service delivery designs and the role of social work", *Social Work*, vol. 40, pp. 36-43, 1995.

Blanchard, Edward B., Edward J. Hickling, Alisa J. Vollmer, Warren R. Loos, *et al.*, "Short term follow up of posttraumatic stress symptoms in motor vehicle accident victims", *Behaviour Research and Therapy*, vol. 33, pp. 369-377, 1995.

Blanchard, Edward B., Edward J. Hickling, Neil Mitnick, Ann E. Taylor, *et al.*, "The impact of severity of physical injury and perception of life threat in the development of posttraumatic stress disorder in motor vehicle accident victims", *Behaviour Research and Therapy*, vol. 33, pp. 529-534, 1995.

Blumenthal, James A., Elizabeth Towner Thyrum y William C. Siegel, "Contribution of job strain, job status and marital status to laboratory and ambulatory blood pressure in patients with mild hypertension", *Journal of Psychosomatic Research*,

vol. 39, pp. 133-144, 1995.

Bowman, Glen D. y Marilyn Stern, "Adjustment to occupational stress: The relationship of perceived control to effectiveness of coping strategies", *Journal of Counseling Psychology*, julio, vol. 42, pp. 294-303, 1995.

Bracken, Patrick J., Joan E. Giller y Derek Summerfield, "Psychological responses to war and atrocity: The limitations of current concepts", *Social Science and Medicine*, vol. 40, pp. 1073-1082, 1995.

Brandt, George T., Carol S. Fullerton, Lee Saltzgaber, Robert J. Ursano, *et al.*, "Disasters: Psychologic responses in health care providers and rescue workers", *Nordic Journal of Psychiatry*, vol. 49, pp. 89-94, 1995.

Brendt, David A., Joshua A. Perper, Grate Moritz, Laura Liotus, *et al.*, "Posttraumatic stress disorder in peers of adolescent suicide victims: Predisposing factors and phenomenology", *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, vol. 34, pp. 209-215, 1995.

Brown, Pamela J., Patricia R. Recupero y Robert Stout, "PTSD substance abuse comorbidity and treatment utilization", *Addictive Behaviors*, vol. 20, pp. 251-254, 1995.

Bryant, Richard A. y Allison G. Harvey, "Avoidant coping style and posttraumatic stress following motor vehicle accidents", *Behaviour Research and Therapy*, vol. 33, pp. 631-635, 1995.

---, "Processing threatening information in posttraumatic stress disorder", *Journal of Abnormal Psychology*, vol. 104, pp. 537-541, 1995.

---, "Posttraumatic stress in volunteer firefighters: Predictors of distress", *Journal of Nervous and Mental Disease*, vol. 183, pp. 267-271, 1995.

Callejo Sánchez, G., "Trastorno situacional transitorio de la niñez y la adolescencia". Tesis de grado. La Habana, 1977.

Cameron, Linda, Elaine A. Leventhal, Howard Leventhal, "Seeking medical cure in response to symptoms and life stress", *Psychosomatic Medicine*, vol. 57, pp. 37-47, 1995.

Caplan, G., *Support systems*, Notas de la conferencia de departamento de psiquiatría, Ruthgars Medical school and New Jersey Mental Health Association, junio 8, 1972, Newark, Nueva Jersey.

Carler, Ingrid V. E., Berthold P. R. Gersons, "Partial posttraumatic stress disorder (PTSD): The issue of psychological scars and the occurrence of PTSD symptoms", *Journal of Nervous and Mental Disease*, vol. 183, pp. 107-109, 1995.

Carter, J. H., "Alcoholism in black Vietman veterans: symptoms of posttraumatic stress

disorder”, *Journal of Natural Medicine Association*, 74, pp. 655-660, 1982.

Caselli, Lisa Teague, Robert W. Motta, “The effect of PTSD and combat level on Vietnam veteran’s perceptions of child behavior and marital adjustment”, *Journal of Clinical Psychology*, vol. 51, pp. 4-12, 1995.

Clayton, P. et al., “A study of normal bereavement”, *American Journal of Psychiatry*, 125, pp. 169-178, 1968.

Conway, T. L. et al., “Occupational stress and variation in cigarette, coffee, and alcohol consumption”, *Journal of the Health Society Behavior*, 22, pp. 155-165, 1981.

Darves-Bornoz, J. M., P. Benhamou Ayache, A. Degiovanni, J. P. Lepine, et al., “Les traumatismes psychiques et les troubles mentaux (Psychological trauma and mental disorders) Meeting of the French Medical-Psychological Society (1994, Paris, France)”, *Annales Medico Psychologiques*, vol. 153, pp. 77-81, 1995.

Deam, A. y N. Lin, “The stress buffering role of social support”, *Journal of Nervous Mental Disease*, 165, pp. 403-417, 1977.

Denholm, Carey J., “Survival from a wild animal attack: A case study analysis of adolescent coping”, *Maternal Child Nursing Journal*, vol. 23, pp. 26-34, 1995.

Dimsdale, J. E, “The coping behavior of Nazi concentration camp survivors”, *American Journal of Psychiatry*, 131, pp. 792-797, 1974.

Eaton, W. W., “Impairment in holocaust survivors after 33 years data from unbiased community sample”, *American Journal of Psychiatry*, 139, pp. 773-777, 1982.

Ewalt, J. R. y Crawford, D., “Posttraumatic stress syndrome”, *Curr. Psychiatr. Ther.*, 20, pp. 145-153, 1981.

Fausel, Donald F., “Stress inoculation training for stepcouples”, *Marriage and Family Review*, vol. 21, pp. 137-155, 1995.

Ferrat Clark, I. y A. R. Orlandini, “Trastornos psiquiátricos en el retrasado mental”. Tesis de grado. Santiago de Cuba, 1986.

Flett, Ross, H. Biggs y F. Alpass, “A perspective on occupational concerns of rehabilitation service providers”, *Disability and Rehabilitation. An International Multidisciplinary Journal*, vol. 17, pp. 76-82, 1995.

Foa, Edna B. y David S. Riggs, “Posttraumatic stress disorder following assault: Theoretical considerations and empirical findings”, *Current Directions in Psychological Science*, vol. 4, pp. 61-65, 1995.

Foa, Edna B., David S. Riggs y Beth S. Gershuny, “Arousal, numbing, and intrusion: Symptom structure of PTSD following assault”, *American Journal of Psychiatry*, vol. 152, pp. 116-120, 1995.

Friedaman P., “Some aspects of concentration camp psychology”, *American Journal of*

Psychiatry, 105, pp. 691-705, 1949.

Fuchs, Eberhard, Hideo Uno y Gabriele Flugge, "Chronic psychosocial stress induces morphological alterations in hippocampal pyramidal neurons of the tree shrew", *Brain Research*, vol. 673, pp. 275-282, 1995.

Gandy, Gerald L., "Disputing irrational beliefs in rehabilitation counseling", *Journal of Applied Rehabilitation Counseling*, vol. 26, pp. 36-40, 1995.

Gardner, E. R y R. C. W. Hall, "The professional syndrome", *Psychosomatic*, 22, pp. 672-673, 1981.

Glynn, Shirley M., Spencer Eth, Eugenia T. Randolph, David W. Foy *et al.*, "Behavioral family therapy for Vietnam combat veterans with posttraumatic stress disorder", *Journal of Psychotherapy Practice and Research*, vol. 4, pp. 214-223, 1995.

Gunnarsdottir, Holmfridur y Vilhjalmur Rafnsson, "Mortality among Icelandic nurses", *Scandinavian Journal of Work, Environment and Health*, vol. 21, pp. 24- 29, 1995.

Hammen, Constante L., Dorli Burge, Shannon E. Daley, Joanne Davila *et al.*, "Interpersonal attachment cognitions and prediction of symptomatic responses to interpersonal stress", *Journal of Abnormal Psychology*, vol. 104, pp. 436-443, 1995.

Haw, M. A., "Women, work and stress: a review and agenda for the future", *Journal of Society Behavior*, 23, pp. 132-144, 1982.

Hendin, H., "Psychotherapy for Vietnam veterans with posttraumatic stress disorders", *American Journal of Psychotherapy*, 37, pp. 86-99, 1983.

Hendin, H. y A. P. Haas, "Combat adaptations of Vietman veterans without posttraumatic stress disorders", *American Journal of Psychiatry*, 141, pp. 956-960, 1984.

Henniger, Michael L., "Play: Antidote for childhood stress", *Early Child Development and Care*, vol. 105, pp. 7-12, 1995.

Hiley Young, Bruce, Dudley David Blake, Francis R. Abueg, Vitali Rozynko *et al.*, "Warzone violence in Vietnam: An examination of premilitary, military, and postmilitary factors in PTSD in patients", *Journal of Traumatic Stress*, vol. 8, pp. 125-141, 1995.

Hill, R., "Generic features of families under stress", *Social Casework*, 39, pp.32-52, 1958.

Jacobson, S. F, "Psychosocial stresses of working women", *Nurses Clinical of North America*, 17, pp. 137-144, 1982.

Jyaratne, Srinika, Diane Vinokur Kaplan y Wayne A. Chess, "The importance of personal control: A comparison of social workers in private practice and public agency settings", *Journal of Applied Social Sciences*, vol. 19, pp. 47-59, 1995.

Jenike, Michael A., "Posttraumatic stress disorder in the elderly: A 3 year follow up of the Lockerbie disaster", *Journal of Geriatric Psychiatry and Neurology*, vol. 8, núm. 137, 1995.

Keane, T. M. y J. A. Fairbank, "Survey analysis of combat related stress disorders in Vietnam veterans", *American Journal of Psychiatry*, 140, pp. 348-350, 1983.

Kelly, Brian, B. Raphael, Mark Smithers, Cheryl Swanson, *et al.*, "Psychological responses to malignant melanoma: An investigation of traumatic stress reactions to life threatening illness", *General Hospital Psychiatry*, vol. 17, pp. 126-134, 1995.

Kemp, Anita, Bonnie L. Green, Christine Hovanitz y Edna I. Rawlings, "Incidence and correlates of posttraumatic stress disorder in battered women: Shelter and community samples", *Journal of Interpersonal Violence*, vol. 10, pp. 43-55, 1995.

Kijak, M. y S. Funtowicz, "The syndrome of the survivor of the extreme situations: definitions, difficulties, hypotheses", *Int. Rev. Psychoanal.*, 9, pp. 25-33, 1982.

Kinsler, F., "Second generation effects of the holocaust: the effectiveness of group therapy in the resolution of the transmission of parental trauma", *J. Psychol. Judaism*, 6, pp. 53-67, 1981.

Kinzie, J. D. *et al.*, "Posttraumatic stress disorder among survivors of Cambodian concentration camps", *American Journal of Psychiatry*, 141, pp. 645-650, 1984.

Kobasa, S. C. *et al.*, "Personality and constitution as media factors in the stress illness relationship", *Journal of the Health Society Behavior*, 23, pp. 220-230, 1981.

Koeske, Gary F. y Thomas Kelly, "The impact of overinvolvement on burnout and job satisfaction", *American Journal of Orthopsychiatry*, vol. 65, pp. 282-292, 1995.

Kolb, L. H., "The conditioned emotional response: a sub class of the chronic and delayed posttraumatic stress disorder", *Psychiatric Annals*, 12, pp. 979-987, 1982.

Koopman, Cheryl, Catherine Classen, Etzel Cardena y David Spiegel, "When disaster strikes, acute stress disorder may follow", *Journal of Traumatic Stress*, vol. 8, pp. 29-46, 1995.

Kruger, Louis J., Garrett Bernstein y Harvey Botman, "The relationship between tea friendships and burnout among residential counselors", *Journal of Social Psychology*, vol. 135, pp. 191-201, 1995.

Krupnick, J. L. y M. J. Horowitz, "Stress response syndrome", *Arch. Gen. Psychiatry*, 38, pp. 428-435, 1981.

Kuch, Klaus, Keith Travis y Peter Collins, "Symptoms of posttraumatic stress disorder in 11 police officers", *Canadian Journal of Psychiatry*, vol. 40, p. 109, 1995.

La Civita, R. G., "Stress management programming and college student: a report", *Journal of the American College of Health*, 30, pp. 237-239, 1982.

Larsen, Robert C., "Worker's compensation stress claims: Workplace causes and prevention", *Psychiatric Annals*, vol. 25, pp. 234-237, 1995.

McNally, Richard J. y Lisa M. Shin, "Association of intelligence with severity of posttraumatic stress disorder symptoms in Vietnam combat veterans", *American Journal of Psychiatry*, vol. 152, pp. 936-938, 1995.

Miller, David, "Stress and burnout among health cure staff working with people affected by HIV", *British Journal of Guidance and Counselling*, vol. 23, pp. 19-31, 1995.

Lassegue, Ch. y J. Falret, "La folie a deux ou folie communiquée", *Supplement of American Journal of Psychiatry*, vol. 121, 1964.

Lavie, P. et al., "Long term effects of traumatic war related events on sleep", *American Journal of Psychiatry*, 136, pp. 175-178, 1979.

Lawson, David M., "Conceptualization and treatment for Vietnam veterans experiencing posttraumatic stress disorder", *Journal of Mental Health Counseling*, vol. 17, pp. 31-53, 1995.

Leadbeater, Bonnie J., Sidney J. Blatt y Donald M. Quinlan, "Gender linked vulnerabilities to depressive symptoms, stress, and problem behaviors in adolescents", *Journal of Research on Adolescence*, vol. 5, pp. 1-29, 1995.

Lemieux, Andrine M. y Christopher L. Coe, "Abuse related posttraumatic stress disorder: Evidente for chronic neuroendocrine activation in women", *Psychosomatic Medicine*, vol. 57, pp. 105-115, 1995.

Leon, G. R. et al., "Survivors of the holocaust and their children: current status and adjustment", *J. Personal. Soc. Psychol.*, 41, pp. 503-516, 1981.

Leopold, R. L. y H. Dillon, "Psycho anatomy of a disaster: a Long term study of posttraumatic neuroses in survivors of a marine explosion", *American Journal of Psychiatry*, 199, pp. 913-921, 1963.

Levav, I. et al. "Psychiatric combat reaction during the Yom Kipur war", *American Journal of Psychiatry*, 136, pp. 637-641, 1979.

Lewis, Michael y Douglas S. Ramsay, "Developmental change in infant's responses to stress", *Child Development*, vol. 66, pp. 657-670, 1995.

Managhan, E., "Measuring coping effectiveness: a panel analysis of marital problems and coping efforts", *Journal of the Health Society Behavior*, 23, pp. 220- 230, 1982.

Matteson, M. T. y J. M. Ivancevich, "Stress and the medical technologist: I. A general overview", *Am. J. Med. Technol.*, 48, pp. 163-168, 1982.

McCarroll, James E., Robert J. Ursano y Carol S. Fullerton, "Symptoms of PTSD following recovery of war dead: 13-15 month follow up", *American Journal of*

Psychiatry, vol. 152, pp. 939-940, 1995.

McKnight, J. Daniel y David C. Glass, "Perceptions of control, burnout, and depressive symptomatology: A replication and extension", *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, vol. 63, pp. 490-494, 1995.

Mcnally, Richard J., Natasha B. Lasko, Michael L. Macklin y Roger K. Pitman, "Autobiographical memory disturbance in combat related posttraumatic stress disorder", *Behavior Research and Therapy*, vol. 33, pp. 619-630, 1995.

McNew, Judith A. y Neil Abell, "Posttraumatic stress symptomatology: Similarities and differences between Vietnam veterans and adult survivors of childhood sexual abuse", *Social Work*, vol. 40, pp. 115-126, 1995.

Meerloo, J. A. M., "Persecution trauma and the reconditioning of the emotional life: a brief survey", *American Journal of Psychiatry*, 125, pp. 81-85, 1969.

Mellman, Thomas A., Renee Kulick Bell, Lawrence E. Ashlock y Bruce Nolan, "Sleep events among veterans with combat related posttraumatic stress disorder", *American Journal of Psychiatry*, vol. 152, pp. 110-115, 1995.

Menninger, W. C. "Psychological reactions in an emergency (flood)", *American Journal of Psychiatry*, 109, pp. 128-130, 1952.

Miller, Katherine, Marty Birkholt, Craig Scott, y Christina Stage, "Empathy and burnout in human service work: An extension of a communication model", *Communication Research*, vol. 22, pp. 123-147, 1995.

Mills, Paul J., Charles C. Berry, Joel E. Dimsdale, Michael G. Ziegler *et al.*, "Lymphocyte subset redistribution in response to acute experimental stress: Effects of gender, ethnicity, hypertension, and the sympathetic nervous system", *Brain, Behavior and Immunity*, vol. 9, pp. 61-69, 1995.

Motta, Robert W., "Childhood posttraumatic stress disorder and the schools", *Canadian Journal of School Psychology*, vol. 11, pp. 65-78, 1995.

Muris, P., H. Merckelbach y S. Bogels, "Coping, defense, and fear in college students", *Personality and Individual Differences*, vol. 18, pp. 301-304, 1995.

Nadelson, C. C. *et al.*, "A follow-up study of rape victims", *American Journal of Psychiatry*, 139, p. 10, 1983.

Naliboff, Bruce D., George F. Solomon, Stephanie L. Gilmore, Donna Benton *et al.*, "The effects of the opiate antagonist naloxone on measures of cellular immunity during rest and brief psychological stress", *Journal of Psychosomatic Research*, vol. 39, pp. 345-359, 1995.

Orlandini A. R., F. A. Durán García y L. Valdez, "Prevalencia de trastornos mentales en un área de salud urbana de Santiago de Cuba", no publicado, Santiago de Cuba,

1981.

Orlandini A. R y. R. N. Gamez Pérez, "Diagnóstico de salud mental en trabajadores de un central azucarero de Santiago de Cuba", no publicado, Santiago de Cuba, 1986.

Orlandini A. R. y R. Villareal Casate, "Aspectos clínicos psicosociales en el intento suicida", no publicado, Santiago de Cuba, 1982.

Orlandini A. R. y M. Despaigne Vinent, "Intento suicida en adolescentes", no publicado, Santiago de Cuba, 1983.

Orlandini, A. R. y E. Uribazo Carballo, "Estrés ocupacional en tejedores de Santiago de Cuba", no publicado, Santiago de Cuba, mayo de 1988.

Orlandini A. R., D. Bory Savigne y M. E. Grajales Greagh, "Estrés ocupacional en 100 médicos", no publicado, Santiago de Cuba, 1987.

Orlandini, A. R. y E. Verdecia Corral, "Estudio epidemiológico sobre salud mental en un sector del MF", no publicado, Santiago de Cuba, 1988.

Orlandini, A. R. y S. Santos Cedeño, "Estudios sobre la enfermedad situacional en niños menores de 15 años", no publicado, Santiago de Cuba, 1986.

Orlandini, A. R. y C. Sánchez Silot, "Relato de los efectos psicológicos a largo plazo de una catástrofe civil", no publicado, Santiago de Cuba, 1987.

Orlandini, A. R. e I. González Bello, "Enfermedad situacional", no publicado, Santiago de Cuba, 1985.

Orlandini A. R. y R. Rodríguez Puente, "Psiquiatría infantil y epidemiología", no publicado, Santiago de Cuba, 1977.

Orlandini, A. R. y E. Jiménez Morales, "Incidencia de síndrome asténico en trabajadores expuestos a alta tensión psicológica", no publicado, Santiago de Cuba, 1981.

Orlandini, A. R. y J. Fayad Caram, "Psicosis psicógena", no publicado, Santiago de Cuba, 1976.

Orr, Scott P., Natasha B. Lasko, Arieh Y. Shalev y Roger K. Pitman, "Physiologic responses to loud tones in Vietnam veterans with posttraumatic stress disorder", *Journal of Abnormal Psychology*, vol. 104, pp. 75-82, 1995.

Parker, J., H. Watts y M. R. Allsopp, "Posttraumatic stress symptoms in children and parents following a school based fatality", *Child Care, Health and Development*, vol. 21, pp. 183-189, 1995.

Perling, L. I. *et al.*, "The stress process", *Journal of the Health Society Behavior*, 22, pp. 337-355. 1981.

Pinto, Peter A. y Robert J. Gregory, "Posttraumatic stress disorder with psychotic features", *American Journal of Psychiatry*, vol. 152, p. 471, 1995.

Rapson, M. F., "Role stress of nurse practitioners", *Nurse Pract.*, 7, pp. 48-50, 1982.

Rodríguez Barrios, M., "Trastornos psiquiátricos en niños con deformidades faciales post trauma", tesis de grado, La Habana, 1984.

Rosch, Paul J., "The stress food mood connection: Are there stress reducing foods and diets?", *Stress Medicine*, vol. 11, pp. 1-6, 1995.

Rosen, María, "Delayed reaction to sibling loss: The unmourned sibling as a block to procreation and creativity, a posttraumatic state", *Psychoanalytic Psychotherapy*, vol. 9, pp. 75-83, 1995.

Ruch, N. O. y M. S. Chandler, "Sexual assault trauma during the acute phase: an exploratory modal and multivariate analysis", *Journal of the Health Society Behavior*, 24, pp. 174-185, 1983.

Rynearson, E. K., "Bereavement after homicida: A comparison of treatment seekers and refusers", *British Journal of Psychiatry*, vol. 166, pp. 507-510, 1995.

Sack, William H., Gregory N. Clarke, Ronald Kinney, Georgia Belestos *et al.*, "The Khmer adolescent project: II. Functional capacities in two generations of Cambodian refugees", *Journal of Nervous and Mental Disease*, vol. 183, pp. 177-181, 1995.

Sadava, S. W., "Stress, scapism and patterns of alcohol and drug use", *J. Stud. Alcohol*, 39, pp. 725-734, 1978.

Safadi, Gabriel y Jacques Bradwejn, "Relationship of panic disorder to posttraumatic stress disorder", *Archives of General Psychiatry*, vol. 52, pp. 76-77, 1995.

Saigh, Philip A., María Mroueh, Barry J. Zimmerman y John A. Fairbank, "Self efficacy expectations among traumatized adolescents", *Behavior Research and Therapy*, vol. 33, pp. 701-704, 1995.

Sánchez Masso, A., "Morbilidad psiquiátrica en un servicio de consulta externa de la región VI en Nicaragua", tesis de grado, Santiago de Cuba, 1982. Tutor: E. Romero Alfonso. Asesor: A. R. Orlandini.

Schauben, Laura J. y Patricia A. Frazier, "Vicarious trauma: The effects on female counselors of working with sexual violence survivors", *Psychology of Women Quarterly*, vol. 19, pp. 49-64, 1995.

Schneider, S., "A proposal for treating adolescent offspring of holocaust survivors", *J. Psychol. Judaism*, 6, pp. 68-78, 1981.

Schuler, R. S., "Dealing with the effects of work related stress", *Am. J. Med. Technol.*, 48, pp. 177-182, 1982.

Siegel, Daniel J., "Memory, trauma, and psychotherapy: A cognitive science view", *Journal of Psychotherapy Practice and Research*, vol. 4, pp. 93-122, 1995.

Smith, Ronald E., Frank L. Smell y Nancy P. Barnett, "Reduction of children's sport

performance anxiety through social support and stress reduction training for coaches”, *Journal of Applied Developmental Psychology*, vol. 16, pp. 125-142, 1995.

Smucker, Mervin R., Constance Dancu, Edna B. Foa y Jan L. Niederee, “Imagery rescripting: A new treatment for survivors of childhood sexual abuse suffering from posttraumatic stress”, *Journal of Cognitive Psychotherapy*, vol. 9, pp. 3-17, 1995.

Southwick, Steven M., John H. Krystal y Dennis S. Charney, “Relationship of panic disorder to posttraumatic stress disorder”, *Reply. Archives of General Psychiatry*, vol. 52, pp. 77-78, 1995.

Spencer, B. H., “Army clinical psychiatry in the combat zone 1967-1968H”, *American Journal of Psychiatry*, 126, pp. 289-298, 1969.

Stewart, Judith, “Reconstruction of the self: Life span oriented group psychotherapy”, *Journal of Constructivist Psychology*, vol. 8, pp. 129-148, 1995.

Strassman, H. D. *et al.*, “A prisoner of war syndrome: apathy as a reaction to severe stress”, *American Journal of Psychiatry*, 112, pp. 998-1003, 1956.

Sundin, Orjan, Ame Ohman, Thomas Palm y Gunnar Strom, “Cardiovascular reactivity, Type A behavior, and coronary heart disease: Comparisons between myocardial infarction patients and controls during laboratory induced stress”, *Psychophysiology*, vol. 32, pp. 28-35, 1995.

Sutker, Patricia B., J. Mark Davis, Madeline Uddo y Shelly R. Ditta, “War zone stress, personal resources, and PTSD in Persian Gulf War returnees”, *Journal of Abnormal Psychology*, vol. 104, pp. 444-452, 1995.

Sutker, Patricia B., Jennifer J. Vasterling, Kevin Brailey, Albert N. Allain *et al.*, “Memory, attention, and executive deficits in POW survivors: Contributing biological and psychological factors”, *Neuropsychology*, vol. 9, pp. 118-125, 1995.

Swendsen, Joel, Constante Hammen, Tracy Heller y Michael Gitlin, “Correlates of stress reactivity in patients with bipolar disorder”, *American Journal of Psychiatry*, vol. 152, pp. 795-797, 1995.

Tarrier, Nicholas, “Psychological morbidity in adult burn patients: Prevalence and treatment”, *Journal of Mental Health UK*, vol. 4, pp. 51-62, 1995.

Titchener, J. L. y F. T. Kapp, “Family and caracter at Buffalo creek”, *American Journal of Psychiatry*, 133, pp. 295-299, 1976.

Triffleman, Elisa G., Charles R. Marmar, Kevin L. Delucchi y Heidi Ronfeldt, “Childhood trauma and posttraumatic stress disorder in substance abuse inpatients”, *Journal of Nervous and Mental Disease*, vol. 183, pp. 172-176, 1995.

Turned, R. J., “Social support as a contingency in psychological well being”, *Joumal of the Health Society Behavior*, 22, pp. 357-359, 1981.

Tyhurst, J. S. "Individual reactions to community disaster", *American Journal of Psychiatry*, 107, pp. 764-769, 1951.

Villa Landa, F., "Las enfermedades mentales situacionales", *Cuadernos de psiquiatría* (no publicado), 1985.

Villa Landa, F., "Elementos de psicopatología clínica", *Revista del Hospital de Psiquiatría*, La Habana, vol. 13, número extraordinario, 1972.

Villar, H. y R Miranda, "Efectos alejados, psicopatológicos, médico legales y sociales de las persecuciones raciales", *Revista Argentina de Neurología y Psiquiatría*, 1, pp. 289-297, 1964.

Waldron, I., "Type A behavior pattern and coronary disease in men and women", *Society Sci. Med.*, 12, pp. 167-170, 1978.

Weiner, H. y A. Braiman, "The Ganser syndrome", *American Journal of Psychiatry*, 111, pp. 767-773, 1955.

Whithorn, J. C., "Stress and emotional health", *American Journal of Psychiatry*, 112, pp. 773-781, 1956.

Williams, A. W. et al., "A modal of mental health, life event, and social support applicable to general populations", *Journal of the Health Society Behavior*, 22, pp. 324-335, 1981.

Wilmer, H. A., "Posttraumatic stress disorder", *Psychiatric Annals*, 12, pp. 995-1003, 1982.

Wittrock, David A., Edward B. Blanchard, Guy C. McCoy, Robert J. McCaffrey et al., "The relationship of expectancies to outcome in stress management treatment of essential hypertension: Results from the joint USSR USA Behavioral Hypertension Project", *Biofeedback and Self Regulation*, vol. 20, pp. 51-68, 1995.

Yehuda, Rachel, Richard S. E. Keefe, Philip D. Harvey, Robert A. Levengond et al., "Learning and memory in combat veterans with posttraumatic stress disorder", *American Journal of Psychiatry*, vol. 152, pp. 137-139, 1995.

Yiu-Kee, Chan y Catherine So-kum Tang, "Existential correlates of burnout among mental health professionals in Hong Kong", *Journal of Mental Health Counseling*, vol. 17, pp. 220-229, 1995.

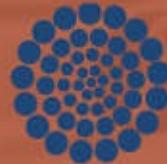
Zisoak, S. et al., "Measuring symptoms of grief and bereavement", *American Journal of Psychiatry*, 139, pp. 159-193, 1982.

Podría decirse que, en cierta dosis, el estrés es un motor que impulsa a alcanzar metas, superar obstáculos y promover el desarrollo personal. Mas las tensiones de la vida cotidiana, sobre todo en las grandes ciudades, han provocado el estrés negativo o de desgaste vital, padecimiento que afecta casi a cualquier persona y aun a los animales. De acuerdo con estudios biomédicos y psicológicos, lo que antes no existía, o apenas era catalogado como cierto grupo de enfermedades nerviosas de origen desconocido, hoy se detecta como el principio de una afección psíquica de origen primordialmente social, que se ha convertido en un serio problema de salud y que en algunas ocasiones puede ser controlado mediante la modificación del estilo de vida o la práctica de métodos de relajación. Pero cuando el estrés sobrepasa el umbral que puede soportar normalmente quien lo padece, comienzan a ocurrir desarreglos físicos y psíquicos que pueden llevar a serios trastornos que requieren atención especializada. Este libro es, pues, una guía para conocer sus síntomas y variantes, así como las técnicas de relajación asequibles que todo lector puede poner en práctica.

Alberto Orlandini se tituló en la Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires, y más tarde se le concedió el nivel de especialista de primer grado en psiquiatría en el Hospital Universitario Saturnino Lora, de Santiago de Cuba, del que llegó a ser director. También fue miembro titular de la Sociedad Cubana de Psiquiatría. A su regreso a Argentina formó parte del comité de redacción de la revista *Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina* y colaboró en la *Enciclopedia de psicología y psiquiatría*. Ha publicado numerosos ensayos en diversas revistas internacionales y, en esta colección, *El enamoramiento y el mal de amores*.

LA
CIENCIA
PARA
TODOS

172



Índice

Índice	7
Prólogo	11
Palabras preliminares	13
I. Importancia del estrés como problemaen la economía, la sociedad y la salud	17
II. Definiciones del estrés	21
Estresor: definición y clasificación	21
Agentes del estrés según el momento en que actúan	22
Estresor único y reiterado	25
Estresores únicos y múltiples	25
Clasificación de los estresores según la intensidad del impacto	25
Estresores de acuerdo con su naturaleza	26
Magnitudes de estresores psicosociales	27
Estresores reales, representados e imaginarios	28
Estresores exógenos, endógenos e intrapsíquicos	28
El buen y el mal estrés	28
Estresores sinérgicos, antagónicos y ambivalentes	29
Estresor causal, mixto o desencadenante de enfermedad	30
El estrés como una respuesta biológica al estímulo	30
La respuesta psicológica al estrés	31
El estrés y la enfermedad psicogénica	31
III. Biología del estrés	33
El aparato del estrés	33
El factor liberador de corticotrofina (CRF)	33
El locus coeruleus/norepinefrina (LC/NE)	37
Respuesta del cerebro al estrés	38
Respuesta endocrina al estrés	39
Respuesta del sistema inmunitario al estrés	40
La liberación de catecolaminas por las terminaciones simpáticas y la médula suprarrenal	42
Enfermedades en que se han demostrado anormalidades del sistema del estrés	46
IV. Psicología del estrés	48

Las cogniciones anómalas	49
Las cogniciones que propician o reducen el estrés	50
El psicotrauma psicoanalítico remoto como punto de resonancia del estresor actual	51
Mecanismos de enfrentamiento o coping	51
Factores que facilitan o dificultan los mecanismos de enfrentamiento.	52
Adquisición de estos mecanismos	
Las defensas y su distinción de los mecanismos de enfrentamiento	53
Tipos de mecanismos de enfrentamiento	54
Tipos de defensas inconscientes	61
Personalidades vulnerables y resistentes al estrés	63
Las personalidades e instituciones de tipo a y b	67
Personalidades duras y blandas de Kobasa	69
Personalidades, red de apoyo social y estrés	69
Formas de respuesta al estrés psicosocial	70
V. Sociología del estrés	73
Inventario de estresores psicosociales	73
Escala valorativa de reajuste social de Holmes y Rahe	77
Las instituciones y el estrés	83
El sentido de la coherencia	84
Marcadores del estrés en los lugares de trabajo y las medidas antiestrés en las instituciones	86
Los sistemas de valores y el estrés	87
El estrés de las relaciones interpersonales	89
Prevención y tratamiento de las malas relaciones con el otro	92
El estrés en las comunidades	93
VI. Las enfermedades por el estrés	96
Patogenia de las enfermedades por el estrés	96
Tipos de enfermedades psíquicas según la vulnerabilidad	98
Los síntomas más comunes de la enfermedad situacional	99
Formas clínicas de la enfermedad situacional	100
Formas clínicas según la evolución: aguda, intermedia y prolongada o trastornos postraumáticos	110
Uso indebido de drogas por estrés	111
Trastornos de los instintos por el estrés: sueño, alimentación y sexo	113
Los trastornos corporales o psicosomáticos por el estrés	115

El estrés como causa asociada de enfermedades genéticas, constitucionales u orgánicas	123
VII. Formas del estrés según el tema traumático	126
El estrés amoroso y marital	126
El estrés sexual	127
El estrés familiar	128
El estrés por duelo	130
El estrés académico	132
El estrés médico y la iatrogenia. Las instituciones médicas iatrogénicas	134
El estrés ocupacional	139
El estrés militar y de la guerra	140
El estrés de la tortura, el encarcelamiento y los campos de concentración	142
VIII. El estrés de la infancia como causa de neurosis y de trastornos de la personalidad	147
IX. Factores de riesgo de las enfermedades por estrés	150
X. Cómo se estudia a un enfermo con estrés	152
XI. Tratamientos del estrés	158
Educación para la salud	163
Intervención sobre el estilo de vida	163
Medicamentos con efecto antiestrés	166
Métodos de relajación	167
Las psicoterapias	173
Las intervenciones sociales	180
Consejos sencillos para evitar el estrés	181
Bibliografía	185