

Los síndromes de estrés

Luis de Rivera



Los síndromes de estrés

Consulte nuestra página web: www.sintesis.com
En ella encontrará el catálogo completo y comentado



Queda prohibida, salvo excepción prevista en la ley, cualquier forma de reproducción, distribución, comunicación pública y transformación de esta obra sin contar con autorización de los titulares de la propiedad intelectual. La infracción de los derechos mencionados puede ser constitutiva de delito contra la propiedad intelectual (arts. 270 y sigs. Código Penal). El Centro Español de Derechos Reprográficos (www.cedro.org) vela por el respeto de los citados derechos.

Los síndromes de estrés

Luis de Rivera



Reservados todos los derechos. Está prohibido, bajo las sanciones penales y el resarcimiento civil previstos en las leyes, reproducir, registrar o transmitir esta publicación, íntegra o parcialmente, por cualquier sistema de recuperación y por cualquier medio, sea mecánico, electrónico, magnético, electroóptico, por fotocopia o por cualquier otro, sin la autorización previa por escrito de Editorial Síntesis, S. A.

© Luis de Rivera

© EDITORIAL SÍNTESIS, S. A.
Vallehermoso, 34. 28015 Madrid
Teléfono 91 593 20 98
<http://www.sintesis.com>

ISBN: 978-84-995850-2-4

Índice

Prólogo

PARTE PRIMERA ***Los fundamentos***

1. Definiendo el estrés

- 1.1. Consideraciones semánticas generales
- 1.2. El concepto popular de estrés
- 1.3. El concepto científico de estrés

2. La teoría clásica del estrés

- 2.1. La reacción de lucha-huida
- 2.2. El síndrome general de adaptación
- 2.3. La psicoendocrinología de Mason
- 2.4. Los sistemas diencefálicos de Hess

3. El concepto actual de estrés

- 3.1. La naturaleza del estímulo
- 3.2. Las respuestas de estrés

3.3. La naturaleza de la relación estímulo-respuesta

4. *El estrés psicológica y social*

- 4.1. El estrés psicológico
- 4.2. Los factores externos de estrés

5. *Psicosomática del estrés*

- 5.1. La biología de las emociones
- 5.2. Las enfermedades de adaptación
- 5.3. El equilibrio homeostasis-alostasis
- 5.4. El “efecto acontecimientos vitales”
- 5.5. Los factores internos de estrés: La Reactividad al estrés
- 5.6. Los factores moduladores de la respuesta de estrés

PARTE SEGUNDA

La clínica

6. *La Psiquiatría del estrés*

- 6.1. La psicopatología reactiva
- 6.2. El concepto de síndrome de estrés
- 6.3. Diagnóstico y clasificación de los síndromes de estrés

7. *Los síndromes por estrés agudo*

- 7.1. El trastorno por estrés agudo
- 7.2. La disregulación neurovegetativa
- 7.3. El síndrome de autoestrés

8. *El trastorno de estrés postraumático*

- 8.1. Clasificación
- 8.2. Etiología
- 8.3. Epidemiología
- 8.4. Patogenia
- 8.5. Clínica
- 8.6. Evolución y pronóstico
- 8.7. Tratamiento
- 8.8. Conclusión

9. *Los síndromes de estrés crónico*

- 9.1. Estrés y depresión
- 9.2. Transformación de la personalidad por estrés
- 9.3. El trastorno por estrés extremo
- 9.4. El síndrome de Estocolmo
- 9.5. El síndrome de “luz de gas”
- 9.6. El síndrome metabólico

10. *El síndrome de desgaste profesional*

- 10.1. El estrés laboral
- 10.2. Definición de burnout
- 10.3. Clínica
- 10.4. Evolución
- 10.5. Diagnóstico
- 10.6. Tratamiento
- 10.7. Prevención
- 10.8. El síndrome del cuidador

11. *El síndrome de acoso psicológico en el trabajo o “Mobbing”*

- 11.1. Evolución y definición del concepto
- 11.2. Las estrategias de acoso
- 11.3. Patogenia
- 11.4. Las fases del acoso

- 11.5. Clínica
- 11.6. Conclusión

12. ***Los trastornos adaptativos***

- 12.1. Concepto y definición
- 12.2. Epidemiología
- 12.3. Clínica
- 12.4. Clasificación
- 12.5. Evolución
- 12.6. Tratamiento

13. ***Crisis emocionales***

- 13.1. El concepto de crisis
- 13.2. Psicología de la crisis
- 13.3. La evolución de una crisis
- 13.4. Condicionantes de la crisis
- 13.5. Clasificación de las crisis
- 13.6. La intervención en la crisis

PARTE TERCERA

Las intervenciones

14. ***Psicometría del estrés***

Manuel Rodríguez-Abuín

- 14.1. Observación de conductas y autorregistros
- 14.2. Cuestionarios, inventarios y escalas
- 14.3. Pruebas psicofisiológicas
- 14.4. Métodos endocrinos
- 14.5. Tests proyectivos
- 14.6. Entrevista Clínica
- 14.7. La integración psicométrica en la evaluación clínica del estrés

15. El tratamiento de los síndromes de estrés

- 15.1. La formación personal del terapeuta
- 15.2. Técnicas psicoterapéuticas específicas
- 15.3. Tratamientos farmacológicos

16. Psicoterapia autógena

- 16.1. Principios de la psicoterapia autógena
- 16.2. Fundamentos neurobiológicos
- 16.3. Correlatos psicofisiológicos
- 16.4. Fenómenos subjetivos en el estado autógeno
- 16.5. Los métodos de psicoterapia autógena

17. Psicoterapia secuencial integradora

Apéndice: Instrumentos de medida

Nota bibliográfica

Prólogo

Desde que Hans Selye dio uso científico a un término viejo en el lenguaje cotidiano anglosajón, el concepto de estrés ha ido infiltrando todas las ciencias de la vida. Desde la biología molecular hasta la sociología, pasando por la medicina y la psicología, es difícil encontrar un área en la que no proliferen las investigaciones sobre el tema. En compensación de la tendencia a una especialización científica cada vez más minuciosa, el estudio del estrés obliga a una perspectiva transversal a través de campos dispares. Bien es verdad que esta dispersión no favorece la comprensión de un concepto que puede llegar a significar cosas muy diferentes en distintos contextos. Por eso, el propósito de este libro es ofrecer un panorama amplio de los estudios del estrés, adoptando para ello un enfoque inevitablemente multidisciplinar. Sin embargo, y como no puede ser de otra manera, dada la formación y experiencia del autor, el punto central de apoyo que guía el esfuerzo es la clínica humana, de ahí el título de la obra, *Síndromes de estrés*. Los alumnos de varias promociones de Doctorado en Psiquiatría de la Universidad de La Laguna, primero, y, posteriormente, de la Universidad Autónoma de Madrid han sido testigos y participantes de un trabajo que ha llevado la mejor parte de la última década. A ellos debe el autor su agradecimiento, por su interés, sus comentarios, sus aportaciones y, sobre todo, por el estímulo que han prestado a un profesor que nunca hubiera realizado este esfuerzo sin ellos.

Los 17 capítulos de los que consta la obra están agrupados en tres partes. La primera, *Los fundamentos*, se inicia con una discusión semántica sobre las diferentes acepciones del término, tanto en su uso popular como en el científico, al filo de la cual se revisan las distintas definiciones fisiológicas y psicológicas, señalando sus complementariedades y solapamientos. Continúa con el justo tributo histórico a los trabajos pioneros, señalando las contribuciones de Cannon, Selye, Mason y Hess, todavía en gran parte válidas, discutiendo su transformación progresiva por múltiples contribuciones hasta llegar a la conceptualización actual. Para los que recuerdan la respuesta del *Síndrome General de Adaptación* de Selye y la de *Lucha-Huida* de Cannon, será interesante saber que al menos cuatro respuestas de estrés más (en total, seis) han sido descritas hasta el día de la edición de esta obra. Termina esta sección con la revisión de los descubrimientos realizados desde la psicología y la medicina, con un capítulo dedicado al estrés psicológico y social y otro a la psicopatología del estrés. Mientras que en el primero se exploran los conceptos de acontecimiento vital, trauma,

crisis y sobrecarga, el segundo se dedica a los no menos importantes de adaptación y alostasis y se presenta la ley general de la homeostasis, que establece la relación entre estrés y enfermedad.

La segunda parte, *La clínica*, empieza con un estudio de la psicopatología reactiva y la clasificación de los síndromes de estrés, distinguiendo entre los *agudos*, producidos por traumas y exigencias improcesables de corta duración, y los *crónicos*, producidos por la sobrecarga prolongada de los procesos de defensa y regulación homeostática. Entre los síndromes de estrés agudo, además de cuadros bien conocidos como el trastorno por estrés traumático, se consideran las reacciones psicósomáticas agudas, que pueden llegar a la muerte súbita, y el recién descrito síndrome de autoestrés, que engarza con los mecanismos psicopatológicos de la ansiedad. Entre los síndromes crónicos se incluyen cuadros clásicos vistos desde una nueva perspectiva, como la depresión secundaria a estrés, la transformación de la personalidad y la reacción ante estrés extremo y persistente, junto con otros de nuevo cuño, como el desgaste profesional o “burnout”, los síndromes de maltrato psicológico, como el acoso laboral o “mobbing” y el síndrome de Estocolmo, y el recientemente descrito síndrome metabólico. Se incluyen también en esta sección los aspectos clínicos de las crisis emocionales, de gran interés porque la intervención terapéutica oportuna y adecuada puede transformar situaciones potencialmente destructivas en estímulos para el progreso personal.

La tercera parte, *las intervenciones*, incluye un importante capítulo sobre “Psicometría del Estrés”, elaborado por el Dr. Manuel Rodríguez-Abuín, profesor asociado de Psicología clínica y de la salud de la Universidad Complutense de Madrid y tres capítulos sobre tratamientos, uno de ellos específico sobre psicoterapia autógena y otro sobre la recientemente descrita “Psicoterapia Secuencial Integradora”, inicialmente diseñada para el tratamiento de los síndromes de acoso laboral, que ha evolucionado para encontrar su aplicación en situaciones de crisis y estrés no traumático.

Termina la obra con un apéndice que reúne los instrumentos de medida más utilizados para la detección y cuantificación del estrés en sus diversas manifestaciones.

Por deseo expreso de los editores, la bibliografía, que reúne más de 400 referencias, se presenta independiente de la obra impresa en la página web de la editorial, donde puede ser consultada con gran comodidad, aprovechando así las ventajas de las nuevas tecnologías.

PRIMERA PARTE

Los fundamentos

1

Definiendo el estrés

“Estrés” es una palabra de uso frecuente, tanto en la conversación general como en los medios de comunicación. Sin embargo, y quizá precisamente por lo masivo y vulgarizado de su uso, poca gente parece capaz de explicar con precisión su significado, aunque todo el mundo cree saber de qué se trata. Incluso entre los científicos abundan las discusiones y las propuestas alternativas, estando todos de acuerdo en que es muy difícil definir el estrés. Cada nuevo tratado, artículo o conferencia sobre el tema empieza lamentando la imprecisión con la que los demás utilizan el término, para acabar proponiendo otra nueva definición.

El primero que utilizó la palabra “estrés” en un contexto científico fue Hans Selye, que contribuyó poderosamente tanto a su aceptación especializada como a su popularización general. Los estudios de Walter Bradford Cannon y de Walter Rudolf Hess, aunque sean menos conocidos, fueron también esenciales para sentar las bases fisiológicas y neurobiológicas del estrés. La potente personalidad de los pioneros fue un gran motor para el desarrollo histórico del concepto. Entre ellos cabe incluir al fundador de la psicoendocrinología, John W. Mason, que dio al componente psicológico del estrés la justa importancia que actualmente tiene.

1.1. Consideraciones semánticas generales

Una de las claves para entender la relativa confusión en el uso de la palabra *estrés* está en la larga evolución semántica del término en las lenguas europeas, sobre todo en inglés, que es la que desde hace más tiempo la utiliza. Etimológicamente deriva del latín *stringere*, cuyo participio pasado es *strictus*, y que tiene el significado original de comprimir o apretar. Su arraigo en lengua inglesa es tan antiguo que algunas de sus acepciones son ya consideradas como arcaísmos. El prestigioso *Webster's Dictionary* recoge trece acepciones distintas, procedentes de campos tan dispares como la fonética,

la ingeniería, la música o la medicina. De entre todas ellas, hay dos que afectan directamente a los campos de la psicología y de la medicina:

Acepción séptima (término médico de origen reciente): “*Any stimulus, as fear or pain, that disturbs or interferes with the normal physiological equilibrium of an organism*” (cualquier estímulo, como miedo o dolor, que altera o interfiere con el equilibrio fisiológico normal de un organismo).

Acepción octava (voz común tradicional): “*Physical, mental or emotional strain or tension*” (sobresfuerzo o tensión física, mental o emocional).

Es curioso que la lengua castellana, a pesar de estar más próxima al latín que la inglesa, no recoja el término “estrés” hasta mediados del siglo XX. Una explicación es que, al ser más rica en matices, posee vocablos específicos para casi todas las acepciones inglesas de *stress*. En verdad, y sin gran pérdida de significado, puede traducirse, según el contexto, por tensión, énfasis, presión o sobrecarga. Sin embargo, el anglicismo se ha ido introduciendo en el idioma español hasta tal punto que ha terminado por tener que ser aceptado de manera oficial. El Catedrático de Historia de la Medicina D. Pedro Laín Entralgo fue quien propuso la castellanización de *stress* como “estrés”, formulando la definición que aparece, por primera vez, en la vigésima edición del Diccionario de la Lengua de la Real Academia Española (DRAE, 1984):

Estrés (Med.): Situación de un individuo o de alguno de sus órganos o aparatos que, por exigir de ellos un rendimiento superior al normal, les pone en riesgo próximo a enfermar.

Técnicamente correcta, la definición de Laín Entralgo no sigue el proceso habitual de absorción de barbarismos, que consiste en aceptar sin más discusión los significados de uso más corriente. Por el contrario, en este caso, la Real Academia Española ha optado por recoger un significado minoritario, procedente del ámbito científico-médico, directamente derivado de la teoría del estrés de Hans Selye. La alternativa de recoger las acepciones inglesas vulgares que, de todas formas, ya estaban muy introducidas en nuestro idioma, no se tuvo en consideración hasta la XXII edición del DRAE (2001). En ella se modifica la definición anterior para hacerla más acorde con el uso popular, aunque todavía sigue considerándose como un tecnicismo médico.

Estrés (Med.): Tensión provocada por situaciones agobiantes que originan reacciones psicosomáticas o trastornos psicológicos a veces graves.

El resultado logrado con la segunda definición de la Real Academia Española no es totalmente satisfactorio. Es cierto que la definición de Laín Entralgo, aun siendo correcta, no alcanzaba a cubrir todo el campo semántico. Pero la nueva definición del DRAE en 2001, aunque es más amplia, resulta engolada para su uso popular y es incompleta e imprecisa para el uso científico. Nótese, además, que ha cambiado el sujeto al que se refiere la definición. Ya no es “un individuo o alguno de sus órganos” sino “situaciones

agobiantes”. Esta variabilidad del sujeto pervade toda la literatura del estrés, tanto en inglés, como en español como en los demás idiomas europeos, y es una de las causas de la ambigüedad del término. En efecto, cabe siempre preguntarse si, al hablar de estrés, nos estamos refiriendo a una condición ambiental, a la respuesta del organismo a esa condición o a las dos cosas. Esta confusión es particularmente inadecuada para el uso científico del término, que es en el que resulta más importante ser precisos. Como parece inevitable tener que aceptarla en el lenguaje ordinario, es conveniente formular la definición de manera que clarifique y resuelva la ambigüedad del significado.

1.2. El concepto popular de estrés

La verdadera dificultad en el empeño de definir el estrés no está en la *polisemia* o diversidad de significados, como opinan muchos autores, sino en la inadvertida coexistencia de dos usos distintos: El *popular* y el *científico*. El primero está de tal manera introducido en el lenguaje común que los propios científicos profesionales caen en él continuamente, sin tener en cuenta que es, necesariamente, impreciso, porque sigue aún en evolución.

Las definiciones de diccionario deben ajustarse satisfactoriamente al uso común. En el caso del estrés, el Diccionario oficial de la Lengua Española se queda corto: Puestos a aceptar un anglicismo, es mejor ampliar la cobertura semántica para hacer justicia a las acepciones que realmente han hecho fortuna en el uso vulgar. Por supuesto, siempre podemos invocar a la función normativa del diccionario, es decir, insistir en que debe indicar el uso culto correcto de una palabra. Sin embargo, es más razonable defender la *función notarial* de los Diccionarios de las lenguas vivas, es decir, su capacidad para explicitar el significado real de las palabras en su uso habitual general. Sólo después de satisfacer esta tarea puede apelarse a su función normativa, y añadir una segunda acepción técnica restrictiva.

Pero es siempre difícil aplicar una definición técnica restringida a un vocablo que está muy vivo en el lenguaje popular. En cambio, lo contrario es muy fácil. Por poner un ejemplo, la helenista Martha Nussbaum (1994) nos recuerda que el significado de Symposium en la Grecia Antigua era “banquete festivo”, o sea, *party* o guateque. Si podemos ahora pretender que es una reunión científica seria, es porque ya no quedan juerguistas de la Grecia Clásica que puedan discutirnoslo. Lo mismo ocurre con Syndrome, “recorridos o caminos diferentes que confluyen o se juntan”, que viene siendo utilizado desde hace siglos con un significado médico muy preciso, sin que ningún arriero heleno pudiera oponerse. Si por una milagrosa colisión de épocas nos encontráramos ahora con Ulises y sus esforzados compañeros, tendríamos que aclararles, cada vez que digamos “síndrome”, si estamos dándoles una lección de medicina o si queremos que nos cuenten sus viajes. Igualmente, cada vez que digamos

“simposio”, tendríamos que precisar si vamos a seguir con las lecciones o si les estamos invitando a una fiesta.

En consecuencia, y ateniéndonos al uso vulgar cotidiano, se propone la siguiente definición *notarial* de estrés para su aplicación no científica ni especializada:

Estrés: Cualquier estímulo o situación que altere o interfiera con el equilibrio fisiológico normal de un organismo, así como los estados de ese organismo que implican sobreesfuerzo o tensión física, mental o emocional.

1.3. El concepto científico de estrés

Con el paso del tiempo y el avance del conocimiento, el concepto de estrés, que parecía razonablemente simple al principio, ahora sólo lo es para su uso popular. En el ámbito científico ha ido adquiriendo a lo largo de su evolución una creciente complejidad, hasta el punto de que es difícil formular hoy en día una definición lo bastante amplia y comprehensiva como para hacer justicia a todos sus aspectos esenciales. Hace ya algún tiempo que Appley *et al.* (1967) han propuesto seriamente renunciar al uso científico de la palabra “estrés” y utilizarla siempre en su acepción popular. Pero en realidad, eso ya se está haciendo, en ocasiones de manera exagerada. Además de servir para designar condiciones ambientales y psicosociales extremas, se usa también como sustituto de ansiedad, conflicto, sufrimiento, alteración emocional, amenaza, frustración, activación y de otros muchos términos. De acuerdo con este planteamiento, sería razonable prescindir de la palabra por completo y volver a llamar a las cosas por su nombre. Sin embargo, los intentos de definición científica continúan.

1.3.1. Definiciones fisiológicas

El uso científico de un término ha de estar obligatoriamente restringido a sus aplicaciones especializadas y requiere, por ello, de una definición técnica precisa y estable. Las definiciones de Selye y las que se derivan de los trabajos de Cannon y de Mason parecen cumplir estos requisitos. La segunda definición de Selye: “Estrés es la respuesta inespecífica del organismo a toda demanda hecha sobre él” (que no es sino una variación elegante de la primera, “Estrés es la suma de todos los cambios no específicos causados por hiperfunción o lesión”) formula las dos condiciones necesarias y suficientes que debe satisfacer un proceso orgánico para ser estrés:

- a) Producirse como respuesta a un estímulo, situación, exigencia o cambio que

se sale de lo habitual o que implica un esfuerzo o sobrecarga.

- b) Ser inespecífica, es decir, común a los más variados tipos de esfuerzo o sobrecarga.

Treinta años anterior a Selye, Cannon nunca dio una definición expresa del estrés y es probable que no fuera consciente de la importancia que sus trabajos iban a adquirir en este campo, al complementarse tan perfectamente con los de Selye. Ha sido *a posteriori* cuando se han deducido de su obra las formulaciones que se revisan en el [capítulo 2](#) “La teoría clásica del estrés”. Básicamente, el estrés es, para Cannon, toda circunstancia capaz de alterar la homeostasis o de provocar la reacción de lucha-huida (ver también [cuadro 1.1](#)).

Otra alternativa es el recurso a definiciones ostensivas, es decir, aquellas que se sirven de un ejemplo o que nos dirigen hacia una situación general en la que se da el fenómeno, sin entrar en detalles sobre su esencia. Una de estas definiciones es la de Levi (1971), que reformula a su manera los conceptos de Cannon:

El estrés tiene lugar cuando la estimulación externa incrementa la activación del organismo más rápidamente que su capacidad homeostática para atenuarlo.

Cuadro 1.1. Definiciones de estrés

1. Para uso popular o común

- 1.1. Estrés (Med.): Situación de un individuo o de alguno de sus órganos o aparatos que, por exigir de ellos un rendimiento superior al normal, les pone en riesgo próximo a enfermar. (Lain Entralgo, DRAE, 1984)
- 1.2. Estrés (Med.): Tensión provocada por situaciones agobiantes que originan reacciones psico-somáticas o trastornos psicológicos a veces graves. (DRAE, 2001)
- 1.3. Estrés: Cualquier estímulo que altera o interfiere con el equilibrio fisiológico normal de un organismo, así como los estados de ese organismo que implican sobreesfuerzo o tensión, física, mental o emocional. (Rivera, 2008)

2. Para uso científico

2.1. Formuladas en términos fisiológicos:

- 2.1.1. Estrés es todo estímulo susceptible de desencadenar una Reacción de Lucha o Huida (Cannon, 1929).
- 2.1.2. Estrés son todos aquellos factores del medio cuya influencia exige un esfuerzo inhabitual de los mecanismos homeostáticos (Cannon, 1935).
- 2.1.3. Estrés es la suma de todos los cambios no específicos causados por hiperfunción o lesión (Selye, 1956).
- 2.1.4. Estrés es la respuesta inespecífica del organismo a toda demanda hecha sobre él (Selye, 1974).
- 2.1.5. Estrés es el conjunto de modificaciones en el funcionamiento basal del organismo,

- directamente atribuibles a la adaptación a, o a la eliminación de, estímulos nocivos o peligrosos, reales o imaginarios (Rivera, 1980).
- 2.1.6. Ley general del estrés: Cuando la influencia del ambiente supera o no alcanza las cotas en las que el organismo responde con máxima eficiencia, éste percibe la situación como peligrosa o desagradable, desencadenándose una reacción de lucha-huida, y/o una reacción de estrés, con hipersecreción de catecolaminas y de cortisol (Rivera, 1977).
 - 2.1.7. El estrés tiene lugar cuando la estimulación externa incrementa la activación del organismo más rápidamente que su capacidad homeostática para atenuarlo. (Levi, 1971).
 - 2.1.8. Estrés es la respuesta de una célula u organismo a cualquier exigencia que fuerce el estado fisiológico más allá de su estado normal de reposo. (Iwama, 1998).
- 2.2. Formuladas en términos psicológicos
- 2.2.1. Estrés Psicológico es todo proceso, originado tanto en el ambiente exterior como en el interior de la persona, que impone un apremio o exigencia sobre el organismo, cuya resolución o manejo requiere el esfuerzo o la actividad del aparato mental, antes de que participe o sea activado ningún otro sistema (Engel, 1962).
 - 2.2.2. Estrés Psicológico es toda circunstancia que reactiva conflictos internos, incrementando la predisposición a experimentar angustia (Rivera, 1981).
 - 2.2.3. Estrés Psicológico es una relación particular entre una persona y su ambiente, que es evaluada por la persona como una imposición o exigencia o como algo que excede sus recursos, poniendo en peligro su bienestar (Lazarus, 1984).
 - 2.2.4. Estrés Psicosocial es el que se origina en relaciones o ambientes sociales, que afecta al organismo a través de procesos del sistema nervioso central, y que se sospecha que, en ciertos individuos y en ciertas circunstancias, puede causar enfermedad (Levi, 1972).
 - 2.2.5. El estrés se produce por la conjunción de tres grandes grupos de variables: Las propias del medio, o factores externos de estrés; las propias del individuo o factores internos de estrés; y los factores moduladores, que no están directamente relacionados ni con la inducción ni con la respuesta de estrés, pero que condicionan o modifican la interacción entre factores internos y externos (Rivera, 1989).
-

Esta formulación permite descubrir la presencia de estrés, aunque no aclara mucho sobre lo que es. Otra solución es utilizar la palabra estrés como un comodín, dejando que el contexto cualifique lo que el autor quiere decir. El término estrés se comportaría, en este sentido, como una cobertura semántica, un descriptor general o un sustantivo que debe ser cualificado mediante adjetivos, dando compuestos tales como “estrés social”, “estrés laboral” “estrés celular” “estrés oxidativo”, “estrés quirúrgico”, etc.

Este planteamiento implica la renuncia a definiciones unitarias, dividiendo los fenómenos de estrés en distintas categorías y apartados y procediendo a continuación a definir de manera más precisa los distintos tipos de estrés. Hans Selye (1971) dio el primer paso en esta dirección cuando se encontró con los nuevos planteamientos, que insistían en la importancia de los aspectos psicosociales del estrés. Precisó entonces que su definición se refería al “Estrés Biológico”, cualificación que, efectivamente, había utilizado con anterioridad, junto con sus sinónimos “estrés fisiológico” y “estrés sistémico”. Engel (1962) y Lazarus (1966) definieron, por la misma época y de manera independiente, el “Estrés Psicológico”, con lo que esta división del estrés por dicotomías

cartesianas ha entrado ya en un curso imparable.

Sin embargo, no hemos de olvidar que el estrés es un fenómeno unitario, y que es sólo la incapacidad de abarcarlo de una simple mirada lo que obliga a recurrir a varios puntos de vista. Por eso, es preciso tener en cuenta que lo que se clasifica en “Biológico” o “Psicológico” son las definiciones, y no el estrés en sí, que debe seguir siendo conceptualizado de una manera unitaria, es decir, psicosomática. Como las investigaciones sobre estrés se iniciaron desde la perspectiva fisiológica, las primeras definiciones se formularon en términos fisiológicos. En ellas todavía se consideraba de manera explícita el estrés como un fenómeno global. Cuando más tarde se consideraron el punto de vista psicológico y el social aparecieron las dicotomías, que han encontrado su camino en las nuevas definiciones.

1.3.2. Definiciones psicológicas

En contraposición a los enfoques fisiológicos, y desde el pleno centro del movimiento psicosomático, Engel (1962) elaboró la primera definición de estrés en términos psicológicos:

Estrés Psicológico es todo proceso, originado tanto en el ambiente exterior como en el interior de la persona, que impone un apremio o exigencia sobre el organismo, cuya resolución o manejo requiere el esfuerzo o la actividad del aparato mental, antes de que participe o sea activado ningún otro sistema (Engel, 1962).

Como novedad, esta definición incluye como fuente de estrés procesos internos, con lo que explicita un aspecto importante ya señalado por Cannon y Mason: Lo que determina la reacción de estrés es la interpretación o consideración de las circunstancias externas como nocivas o peligrosas. Elaboraciones mentales patológicas, tales como amargarse la vida con opiniones negativas, atemorizarse con anticipaciones destructivas o atormentarse malinterpretando situaciones inofensivas son estresantes en sí mismas, independientemente de su correspondencia en el mundo exterior. Este tipo de operaciones mentales ha sido denominado “Autoestrés” y se estudia en el [capítulo 7](#).

Richard Lazarus (1966), que inicialmente conceptualizó el estrés como un conjunto de síntomas relacionados con la ansiedad, destacó la importancia de la conducta como factor atenuador del estrés psicológico. Describió así las estrategias de afrontamiento o “coping”, actividades dirigidas hacia la fuente de estrés, con valor potencial para controlarlo o eliminarlo. La experiencia de dominio de la situación a través de una conducta activa disminuye los efectos psicológicos del estrés, aunque no siempre influye en los efectos endocrinos. Lazarus, como casi todos los autores modernos, fluctuó entre considerar el estrés como un estímulo o como una respuesta, hasta que, finalmente, acabó por definirlo en términos de la *relación* entre ambos:

Estrés Psicológico es una relación particular entre una persona y su ambiente, que es evaluada por la persona como una imposición o exigencia o como algo que excede sus recursos, poniendo en peligro su bienestar (Lazarus, 1984).

El núcleo central de la *relación* a que se refiere Lazarus son las estrategias de afrontamiento o “ways of coping”, materializadas en la descripción operativa de 67 conductas utilizadas por distintas personas, en mayor o menor grado, para adaptarse, eliminar o superar las exigencias del ambiente. Lazarus mantiene en toda su obra una expresa y decidida adhesión al modelo cognitivo-conductual, con desinterés por los procesos extraconscientes y, hasta cierto punto, por los fisiológicos. Aunque su teoría deja sin atender aspectos importantes del procesamiento interno de información, que van desde la percepción subliminal hasta la intuición, hay que reconocer que su contribución es importante, sobre todo desde el punto de vista de sus implicaciones terapéuticas en psicología clínica.

Continuando el imparable proceso de amplificación conceptual, Levi (1972) da popularidad al concepto de estrés psicosocial, que define como *el que se origina en relaciones o ambientes sociales, que afecta al organismo a través de procesos del sistema nervioso central, y que se sospecha que, en ciertos individuos y en ciertas circunstancias, puede causar enfermedad*.

El estrés es un fenómeno complejo, en el que intervienen unas exigencias o demandas externas, una serie de procesos internos que perciben e integran esas demandas y unas respuestas más o menos características. Conjugando todos estos aspectos desde la investigación sobre estrés psicosocial y enfermedad, Rivera (1989, 1991) denomina las distintas variables que operan en situaciones de estrés *factores de estrés* y los clasifica en tres grandes grupos:

- a) Factores externos de estrés: Engloban todas aquellas variables del ambiente susceptibles de alterar el equilibrio del medio interno o sobrecargar los mecanismos de adaptación, defensa y regulación del organismo. Los acontecimientos vitales son un ejemplo de este grupo, tal como se objetivan, por ejemplo, en la escala de Holmes y Rahe.
- b) Factores internos de estrés, constituidos por variables propias del individuo, directamente relacionadas con la respuesta de estrés y con la adaptación, defensa y neutralización los factores externos de estrés. Una variable típica de este grupo es el índice de reactividad al estrés (Rivera, 1983).
- c) Factores moduladores, variables tanto del medio como del individuo que no están directamente relacionadas con la inducción ni con la respuesta de estrés, pero que condicionan, modulan o modifican la interacción entre factores internos y externos. Ejemplos de este grupo son el apoyo social, el locus de control y los estados afectivos, entre otros muchos.

En resumen:

El estrés se produce por la conjunción de tres grandes grupos de variables: Las propias del medio, o factores externos de estrés; las propias del individuo o factores internos de estrés; y los factores moduladores, que no están directamente relacionados ni con la inducción ni con la respuesta de estrés, pero que condicionan o modifican la interacción entre factores internos y externos.

2

La teoría clásica del estrés

La estructura de este capítulo tiene un desarrollo necesariamente histórico, no sólo porque la potente personalidad de los pioneros del estrés así lo exige, sino también por la participación del contexto en el que trabajaron a la difusión de sus conceptos. El término en sí mismo fue introducido por Hans Selye, que contribuyó tanto a su aceptación científica como a su popularización general, pero los estudios de Walter Bradford Cannon y de Walter Rudolf Hess fueron también esenciales para sentar las bases fisiológicas del estrés. No es casual que los trabajos de los dos primeros, difundidos en el mundo anglosajón, sean mucho más conocidos que los del suizo-alemán W. R. Hess, que sin embargo obtuvo el Premio Nobel de Medicina en 1949 por el descubrimiento de la organización funcional del cerebro como coordinador de las actividades de los órganos internos. Entre los tres, ayudados por las correcciones aportadas por John W. Mason, el fundador de la psicoendocrinología, dieron forma a la teoría clásica del estrés.

2.1. La reacción de lucha-huida

La historia científica del estrés empieza con Walter Cannon, Catedrático de Fisiología en Harvard y una de las figuras más conocidas de la Medicina de su época. Entre sus descubrimientos se cuentan la técnica para visualizar el tubo digestivo con rayos X, la fisiopatología y tratamiento del shock hemorrágico (lo cual le convirtió en un héroe entre los cirujanos militares de la Primera Guerra Mundial) la secreción de adrenalina por la médula suprarrenal y de su pariente próximo la noradrenalina por las terminaciones de los nervios simpáticos. Además, describió los mecanismos biológicos que mantienen el equilibrio interno del organismo y, aplicando las ideas del médico español Gregorio Marañón, modificó la teoría de James-Lange sobre la emoción. Su autobiografía, *The way of an Investigator* (1945), es el equivalente anglosajón de *Los Tónicos de la Voluntad* de Santiago Ramón y Cajal.

Como ha sucedido con tantos otros descubrimientos revolucionarios, sus primeros hallazgos relevantes para la teoría del estrés tuvieron lugar de manera accidental. Cannon y su ayudante, el médico argentino Daniel de la Paz, se encontraban en su laboratorio de Harvard, iniciando un experimento para estudiar la regulación de la tensión arterial. Mientras estaban disecando las terminaciones nerviosas en las arterias de un gato, un perro escapó de otro laboratorio e irrumpió ladrando. Cannon observó cambios interesantes en ese momento, y decidió estandarizar las nuevas condiciones, introduciendo la excitación externa como parámetro experimental. Para ello, fabricó una jaula especial, en la que inmovilizaba a gatos expuestos a la atención de perros furiosos, demostrando así la relación entre la estimulación emocional y la secreción de adrenalina (Cannon y De la Paz, 1911).

Siguieron muchos otros estudios, en los que fue descubriendo sucesivamente la influencia del sistema nervioso simpático sobre la médula suprarrenal, así como los efectos de la adrenalina y del sistema nervioso vegetativo sobre diversos órganos y sistemas. Demostró la liberación de una sustancia estimulante por las terminaciones nerviosas del sistema simpático, que denominó inicialmente “simpatina” y que más adelante resultó ser noradrenalina, un pariente próximo de la adrenalina. Un buen resumen de esta parte de su obra se contiene en su libro *Bodily changes in Pain, Hunger, Fear and Rage*, cuya primera edición de 1915 tuvo numerosas reimpresiones, lo mismo que la segunda, corregida y aumentada, de 1929. Como dato curioso, Cannon utiliza en este libro pocas veces la palabra “stress”, que ni siquiera aparece en el índice. Sin embargo, sus descripciones son contribuciones fundamentales, que han pasado al uso común del término y se corresponden con la séptima acepción de estrés que recoge el Webster’s Dictionary: “cualquier estímulo que altere o interfiera con el equilibrio fisiológico normal de un organismo”.

En el proceso de sintetizar y elaborar una visión integrada de todos sus hallazgos, Cannon describió la “*reacción de lucha o huida*”, definida como la respuesta básica del organismo ante toda situación que considera amenazante o peligrosa, caracterizada neurológicamente por aumento de la actividad simpática, y endocrinamente por secreción de catecolaminas por la médula suprarrenal. A partir de entonces se empezó a considerar como estrés todo estímulo susceptible de provocar una reacción de lucha o huida.

Otra contribución fundamental de Cannon es el concepto de homeostasis (Cannon 1932), con el que desarrolla una idea del francés Claude Bernard, creador de la Medicina Experimental. Este fisiólogo del siglo XIX resume la ley general que rige la vida de los organismos superiores en su famoso aforismo: «La constancia del medio interno es la condición indispensable para la vida libre». Claude Bernard llamaba *milieu intérieur physiologique*, o medio interno fisiológico, al conjunto de sustancias y procesos químicos que componen un organismo, cuyas relaciones entre sí se mantienen constantes, a pesar de las variaciones que pueda haber en su entorno. Cannon describió la homeostasis como el conjunto coordinado de procesos fisiológicos encargados de mantener la constancia del medio interno, regulando las influencias del ambiente y las

correspondientes respuestas del organismo. A la luz de esta formulación es posible ampliar el concepto de estrés, que incluye aquellos factores del medio externo cuya influencia exige un esfuerzo inhabitual de los mecanismos homeostáticos.

Comoquiera que la capacidad de homeostasis tiene un límite, surge de la obra de Can-non el concepto de “*estrés crítico*” que podemos definir *como el nivel máximo de estrés que un organismo puede neutralizar, y a partir del cual empiezan a fallar los mecanismos homeostáticos, con la consiguiente alteración del equilibrio interno y el desarrollo de estados patológicos.*

En cuanto a su teoría de la emoción, explícitamente reconoce en sus escritos la influencia de las observaciones de Marañón, que se discutirán en detalle en el [capítulo 5](#) de *Psicosomática del estrés*. Básicamente, Marañón demostró que la infusión endovenosa de adrenalina induce un estado de activación emocional inespecífica y que es el contexto cognitivo previo el que determina el tipo de emoción concreta en el que cristaliza. Integrando estas observaciones con las suyas, Cannon dedujo que el núcleo central de la emoción está en el hipotálamo, donde convergen los impulsos de la corteza cerebral con los de los órganos internos a través del sistema neurovegetativo. Unos pocos años más tarde, James Papez y Paul MacLean matizarán la hipótesis de Cannon, demostrando que la verdadera clave de la organización emocional está en el sistema límbico, estructura intermedia entre la corteza cerebral y el hipotálamo, mientras que el fisiólogo suizo Walter Rudolf Hess descubrirá el papel concreto del hipotálamo en la reactividad general ante el estrés.

2.2. El síndrome general de adaptación

Mientras tanto, y de manera al parecer totalmente independiente, Hans Selye describe en 1936 el síndrome general de adaptación, publicado en su primer artículo sobre el estrés, que ocupa sólo una página en la muy prestigiosa revista *Nature*. Posteriormente, fue clarificando su manera de conceptualizar el estrés, que acabó definiendo como *la respuesta inespecífica del organismo a toda exigencia hecha sobre él*. Es importante destacar que, a diferencia de Cannon, Selye utiliza expresamente el término estrés para designar la respuesta, y no, como se infiere de la obra de Cannon, el estímulo causante de la misma. Las diferencias de perspectiva entre Cannon y Selye han creado cierta confusión en la literatura, donde la misma palabra se aplica, de manera indistinta y sin previo aviso, a la influencia ambiental, a la reacción del organismo e, incluso, a la relación entre ambas.

Como en el caso de Cannon, Selye también empezó a interesarse por el estrés de una manera accidental, cuando todavía se llamaba Janos y era estudiante de Medicina en Hungría. Según a él mismo le gustaba relatar en sus conferencias en la Universidad de Montreal, su profesor de medicina interna presentó en un examen clínico a tres

enfermos, uno con cáncer, otro con tuberculosis avanzada y el tercero con anemia severa. Al serle preguntado el diagnóstico diferencial, el joven Selye respondió que, para él, los tres casos eran idénticos, porque tenían en común el hecho de estar muy enfermos. Este incidente fue el fermento para su concepto sobre la inespecificidad del estrés, que desarrollaría de manera científica en la década siguiente. En sus primeros estudios, ya en la Universidad McGill de Montreal y antes de ser nombrado director del Instituto de Medicina y Cirugía Experimental de la Universidad de Montreal, Hans Selye administró tóxicos muy diversos a animales de experimentación, observando en ellos una respuesta estereotipada y uniforme, independiente del tipo de noxa o injuria. Fue entonces cuando describió el *Síndrome general de adaptación* (Sel-ye, 1936), formado por la siguiente tríada de alteraciones morfológicas:

1. infartos e hiperplasia de la corteza suprarrenal,
2. atrofia del timo y de los ganglios linfáticos, y
3. ulceración de la mucosa gástrica.

En su desarrollo completo, este síndrome atraviesa tres fases sucesivas.

La primera, llamada *reacción de alarma*, se inicia con una breve subfase inicial de inhibición o «shock», que rápidamente se continúa con una liberación masiva de glucocorticoides (de los que el más importante es el cortisol) por la porción cortical de la glándula suprarrenal, que pasan a la circulación general y producen un estado catabólico, con pérdida de peso y tendencia a la hemoconcentración y a la hipocloremia.

En la segunda o *estadio de resistencia*, la corteza suprarrenal aumenta su actividad y acumula la gran cantidad de gránulos repletos de corticoides, empiezan a predominar los procesos anabólicos generales, se recupera el peso normal, y se produce hemodilución e hipercloremia. Tanto en la primera como en la segunda fase se va produciendo el aumento de tamaño (hiperplasia) de la corteza suprarrenal por efecto de su excesivo funcionamiento, así como la inhibición y atrofia del timo y ganglios linfáticos, órganos de los que dependen los mecanismos inmunitarios, y que son directamente lesionados por la acción de los gluco-corticoides.

La tercera fase, o *de agotamiento*, aparece si el estímulo estresante dura suficiente tiempo. En ella tienen lugar los infartos en la corteza suprarrenal, con pérdida progresiva de su capacidad de secreción, y el organismo finalmente muere por encontrarse totalmente exhausto de defensas.

Las úlceras gástricas tienden a aparecer al principio de la reacción de alarma y al final del estadio de resistencia. Su mecanismo de producción está relacionado con isquemia y deficiencia de los mecanismos de protección de la mucosa gástrica. En la clínica humana se han descrito en períodos muy intensos de estrés agudo, como la úlcera de Curling de los quemados.

Numerosos experimentos continuaron demostrando formas menores o incompletas del Síndrome General de Adaptación, así como nuevas manifestaciones en otros sistemas y aparatos. Selye denominó estrés al conjunto de fenómenos fisiológicos subyacentes y

responsables de esta reacción sistémica inespecífica. Mas tarde, amplió su conceptualización, esencialmente biológica, para incluir algunos aspectos psicosociales, elaborando sus conceptos de “eustres” y “distress”, correspondiendo el primero a estrés beneficioso que, a manera de gimnasia psicobiológica, mantiene el organismo en buen funcionamiento, y el segundo a estrés perjudicial, responsable de sufrimiento y enfermedad (Selye, 1974).

Los estudios sobre el estrés de Selye no sólo identificaron de manera clara y operativa un importante fenómeno biológico, sino que impulsaron de manera definitiva el desarrollo de la endocrinología. Las hormonas segregadas en la glándula suprarrenal, los glucocorticoides en la corteza y la adrenalina en la médula, fueron las primeras “hormonas de estrés” descritas.

2.3. La psicoendocrinología de Mason

John W. Mason (1968) amplió la endocrinología del estrés, integrando la complejidad de las respuestas hormonales en dos fases sucesivas.

En la primera fase aumenta la secreción de sustancias con actividad catabólica periférica, tales como cortisol, catecolaminas y hormona tiroidea, y se inhibe la producción de hormonas anabólicas (insulina, estrógenos y andrógenos).

En la segunda fase, que normalmente se inicia cuando el organismo alcanza un nivel de estabilidad frente al estímulo estresante, los niveles de las hormonas de estrés vuelven a sus niveles basales y se restablece la secreción anabólica, a veces por encima de sus valores basales.

También acuñó el término “psicoendocrinología” para designar el estudio de la relación entre los fenómenos psicológicos, básicamente de tipo emocional, y las secreciones hormonales. Esta contribución fundamental procede de la crítica de Mason al punto central de la teoría de Selye: la inespecificidad de la respuesta de estrés. Al poner en duda esta inespecificidad, modificó la teoría de Selye, demostrando que la gran sensibilidad del eje hipofiso-a drenal a los estímulos psicológicos era la responsable de muchos de los fenómenos hasta entonces descritos. En una serie de ingeniosos experimentos, Mason (1971) demostró que la hipersecreción de la corteza suprarrenal es secundaria a la reacción psicológica del sujeto ante un estímulo peligroso o desagradable, y no necesariamente ante “cualquier demanda hecha sobre él”, como decía Selye.

La postulada uniformidad de la respuesta para todos los estímulos estresantes, sean del orden que sean, queda ahora reducida a una respuesta específica ante aquellos que son interpretados como desagradables, nocivos o peligrosos.

Según Mason, los experimentos de Selye estaban sistemáticamente contaminados por el estrés psicosocial y sus resultados han de ser, en consecuencia, considerados como respuestas específicas a la activación emocional, y no como reacciones inespecíficas a

cualquier tipo de injuria o exigencia hecha sobre el organismo. Así, por ejemplo, el estar sometido a un aumento de temperatura estimula la secreción de corticoides, mientras que el enfriamiento la inhibe. Lo que ocurre, dice Mason, es que ambas situaciones producen una reacción emocional negativa en el sujeto, razón por la cual Selye había demostrado idéntica respuesta a ambos tipos extremos de estrés calórico.

A diferencia de Selye, que utilizó sobre todo ratas en sus estudios, Mason utilizó monos, animales en los que la influencia psicosocial es más fácil de establecer y controlar. Uno de sus ingeniosos experimentos, con los que demostró la especificidad de la respuesta de estrés a estímulos psicosociales, se resume a continuación.

Según predice la teoría de Selye, la privación de alimentos ha de crear una reacción de estrés, ya que exige un esfuerzo de la capacidad de adaptación del organismo, hipótesis que fue aparentemente demostrada en experimentos con ratas. Mason repitió en monos el experimento, aplicando dos condiciones diferentes: En la primera, los animales fueron privados de comida durante tres días, mientras que sus compañeros eran alimentados normalmente. Los resultados confirmaron la teoría del estrés de Selye, puesto que los monos en ayuno presentaron elevación marcada de glucocorticoides. En la segunda condición, los monos, sometidos a idéntico periodo de ayuno, fueron aislados en un recinto independiente y, además, se les suministraron bolas de celulosa sin valor alimenticio. Los resultados en esta segunda condición fueron diferentes: no aumentó la secreción de corticoides, que, de hecho, disminuyó. Mason atribuye los diferentes resultados entre las dos condiciones experimentales al control de dos factores psicosociales generadores de estrés emocional, que contaminaban el experimento en la primera condición: el “agravio comparativo” de los monos hambrientos que veían a sus compañeros siendo alimentados normalmente, y la sensación desagradable de vacío en el estómago.

Los experimentos de Mason no invalidan la teoría de Selye, pero la sitúan en una nueva perspectiva, en la que destaca la importancia de los factores emocionales en la respuesta de estrés. La corrección introducida por Mason a la teoría de Selye consiste en que es la *interpretación* de un estímulo como nocivo lo que determina que sea activado del eje hipofiso-corticoadrenal, de manera análoga a como lo había demostrado anteriormente Cannon con el eje simpático-medula-adrenal. Aunque es posible que otros estímulos fisiológicos produzcan directamente activación hipofiso-corticoadrenal, cuando intervienen variables psicosociales el aumento de la secreción de cortisol viene determinado por la interpretación subjetiva de la situación y no por una “reacción inespecífica del organismo a toda demanda hecha sobre él”.

Teniendo en cuenta que la *interpretación subjetiva* de la situación puede perfectamente ser errónea o inapropiada, hemos de admitir que una reacción de estrés puede producirse ante estímulos que no son realmente peligrosos, pero que así se lo parecen al individuo. Con ello, abrimos el paso al prodigioso campo del estrés producido por estímulos imaginarios, simbólicos y autogenerados, que entra ya de lleno en la psicología del estrés. De momento, y para terminar esta sección, ha de reformularse el concepto de estrés de Selye, que, tras aplicarle la corrección de Mason, quedaría

enunciado de la manera siguiente:

Estrés es el conjunto de modificaciones en el funcionamiento basal del organismo, directamente atribuibles a la adaptación a, o a la eliminación de, estímulos nocivos o peligrosos, reales o imaginarios (Rivera, 1980).

2.4. Los sistemas diencefálicos de Hess

Los trabajos de Cannon y Selye, difundidos en el mundo anglosajón, son mucho más conocidos que los del suizo-alemán Walter Rudolf Hess, profesor de Fisiología en la Universidad de Zurich, que obtuvo el Premio Nobel de Medicina en 1949 por el descubrimiento de la organización funcional del cerebro como coordinador de las actividades de los órganos internos.

2.4.1 Las zonas neurovegetativas

Utilizando una ingeniosa técnica, Hess estimuló con electrodos los centros nerviosos diencefálicos de centenares de gatos, estableciendo un mapa preciso de sus funciones en la regulación de la estabilidad general del organismo. El diencefalo es la porción central del cerebro, compuesta por el tálamo, el hipotálamo y sus zonas adyacentes: el subtálamo y el epitálamo. Allí tiene lugar la regulación central del sistema nervioso autónomo o vegetativo, dividido en dos ramas funcionalmente opuestas, el simpático y el parasimpático. Desde los estudios de Hess, se distinguen en el diencefalo dos zonas difusas que interactúan entre sí y que se mantienen en un perpetuo estado de equilibrio dinámico:

La zona dinamogénica o ergotrópica ocupa la parte media y posterior del diencefalo. Su estimulación produce la reacción de lucha-huida descrita por Cannon y prepara al organismo para la acción, aumentando el tono muscular, el estado de alerta y la actividad simpática periférica. Su nombre hace referencia a esta función promotora de actividad.

La zona endofiláctica o trofotrópica comprende la parte anterior y lateral del hipotálamo, las áreas preóptica y supraóptica y el septum. Su estimulación disminuye el tono muscular, aumenta la barrera sensorial a estímulos perceptuales y estimula la actividad parasimpática periférica. También controla las funciones nutritivas del organismo, de donde viene su nombre.

Además de regular los órganos periféricos a través del sistema neurovegetativo, ambas zonas están ricamente conectadas con el sistema límbico y con la corteza cerebral,

de manera que su activación respectiva produce modificaciones características de todos los aspectos de la conducta (ver cuadros 2.1 y 2.2). Los acontecimientos estresantes en general constituyen los estímulos más importantes para el sistema ergotrópico, mientras que la alimentación y el contacto físico suave lo son para el trofotrópico. Gracias a sus importantes conexiones con la corteza cerebral y con el hipocampo, los estímulos simbólicos, la anticipación de circunstancias futuras y los recuerdos de circunstancias pasadas también pueden activar estos sistemas. Adicionalmente, la concentración mental activa, como en el cálculo aritmético, estimula el sistema ergotrópico, mientras que la concentración pasiva, como en las técnicas de meditación, estimula el trofotrópico.

Cuadro 2.1. *Efectos de la estimulación de los sistemas ergotrópico y trofotrópico*

	<i>Ergotrópico</i>	<i>Trofotrópico</i>
Sistema nervioso autónomo	Aumento de la actividad simpática	Aumento de la actividad parasimpática
EEG	Desincronización	Sincronización
Tono muscular	Aumentado	Disminuido
Sistema Endocrino	Elevación de: adrenalina, noradrenalina, corticoides y tiroxina	Elevación de insulina
Comportamiento	Excitabilidad, hiperactividad, hiperreactividad emocional	Inactividad, laxitud, relajación, sueño

Cuadro 2.2. *Efectos de la estimulación simpática y parasimpática*

<i>Órgano</i>	<i>Ergotrópico (Simpático)</i>	<i>Trofotrópico (Parasimpático)</i>
Pupila	Dilatada (Midriasis)	Contraída (Miosis)
Glándulas salivales	Secreción pastosa y escasa	Clara y abundante
Glándulas sudoríparas	Sudor profuso	
Temperatura epitelial	Disminuye	Aumenta
Frecuencia cardíaca	Aumentada	Disminuida
Contracción cardíaca	Aumento de fuerza	Disminución de fuerza
Arterias coronarias	Dilatación	Constricción
Arteria pulmonar	Constricción ligera	—
Circulación general	Constricción (hipertensión)	Dilatación (hipotensión)
Musculatura bronquial	Dilatación	Contracción
Musculatura corporal	Aumento de tono	Relajación
Peristaltismo intestinal	Disminución	Aumento
Esfínteres	Constricción	Relajación
Pene	Eyacuación	Erección

2.4.2. La sintonía neurovegetativa

Los sistemas ergotrópico y trofotrópico mantienen entre sí un fino equilibrio de regulación mutua, que se denomina *sintonía neurovegetativa*. Las fluctuaciones neurovegetativas en reposo son prácticamente imperceptibles en el sujeto normal, pero las más mínimas variaciones del entorno inclinan rápidamente la balanza hacia uno u otro sistema. En función de su adecuación y flexibilidad, es posible distinguir tres grados de sintonía neurovegetativa ([cuadro 2.3](#)):

- Grado 1. Se activa fácilmente un sistema ante el estímulo apropiado, con inhibición correspondiente del otro. Cuando cesa la estimulación, la actividad

del sistema estimulado decrece rápidamente y la del inhibido aumenta, hasta alcanzar el estado de equilibrio pre-estimulación. Si se invierte la pauta de estimulación, se invierte inmediatamente la pauta de respuesta.

Cuadro 2.3. *Estadios de sintonía neurovegetativa*

	<i>Estadio 1</i>	<i>Estadio 2</i>	<i>Estadio 3</i>
Receptor del Estímulo	E (T)	E (T)	E (T)
Excitación	E (T)	E (T)	Ambos, E y T
Inhibición	T (E)	T (E)	Ausente
Cambio de respuesta	Presente y apropiada	Lenta o ausente	Exagerada e inapropiada
Cesación del estímulo	Retorno al equilibrio	Persistencia de la excitación	Persistencia de la excitación

- Grado 2. La relación entre estímulo y respuesta no tiene la fineza característica del nivel anterior. La estimulación de un sistema se acompaña de la inhibición recíproca del otro, pero cuando cesa la estimulación persiste durante un tiempo la activación del sistema afectado y la inhibición del opuesto. Si se invierte la estimulación, el segundo sistema tarda en responder.
- Grado 3. Difiere marcadamente de los otros dos, con ausencia de la inhibición recíproca de un sistema cuando se estimula el otro. Manifestaciones ergotrópicas y trofotrópicas coexisten y ambos sistemas responden de manera inapropiada a cualquier estímulo.

Alteraciones de la sintonía neurovegetativa se encuentran en numerosos trastornos psicosomáticos (Gellhorn y Loofbourrow, 1963). Así, se ha considerado que un fenómeno de hiperactividad trofotrópica, esto es, un grado 2 de sintonía neurovegetativa con predominio trofotrópico, puede contribuir a la hipoglucemia funcional y al síncope vasovagal. En la hipertensión esencial, por el contrario, existe un grado dos de sintonía neurovegetativa con predominio ergotrópico. La inestabilidad del acorde ergo-trofo juega un papel importante en algunos estados de ansiedad, en los que se suceden descargas

ergotrópicas y trofotrópicas, de aparición casi simultánea, con lo que manifestaciones ergotrópicas como taquicardia y sequedad de boca pueden coexistir con manifestaciones trofotrópicas como diarrea e hipotensión.

Las leyes del grado 1 de sintonía neurovegetativa se cumplen mientras la intensidad del estímulo permanece por debajo de un cierto límite de tolerancia, característico de cada individuo. El grado 2 de sintonía consiste en un nuevo conjunto de leyes de equilibrio ergo-tro-fo, que se establecen cuando la intensidad del estímulo supera el primer dintel. Este dintel es relativamente estable y, en gran parte, constitucional. Sin embargo, factores adquiridos pueden hacer variar, por encima o por debajo, este dintel. Así Seligman (1981) ha conseguido disminuir el dintel de reactividad ergotrópica en animales mediante el aprendizaje de pautas conflictivas de conducta. La psicoterapia autógena eleva el dintel después de seis meses de práctica del método básico, siendo ésta una de sus vías de acción terapéutica en los trastornos psicosomáticos. La importancia de los factores constitucionales ha sido puesta de manifiesto por Newton (1978) que ha conseguido, cruzando animales «nerviosos», una raza de perros en la que se combina un dintel anormalmente bajo de sintonía 1 con alteraciones fóbicas de la conducta.

Un ejemplo de la diferencia entre los dos grados de sintonía neurovegetativa está en las diferentes reacciones de dos individuos a un ruido que les despierta durante la noche. El sujeto normal puede alarmarse e iniciar actividad exploratoria; sin embargo, una vez razonablemente seguro de la ausencia del peligro, vuelve tranquilamente a su sueño (sintonía 1). El individuo neurótico reacciona con mayor intensidad emocional y vegetativa (ansiedad, taquicardia, temblor, etc.), su inquietud persiste largo tiempo después de comprobar que no hay motivo de alarma y tiene mayor dificultad en volverse a dormir (sintonía 2).

Si continúa aumentando la intensidad del estímulo, se sobrepasa el segundo dintel de tolerancia y se modifican de nuevo las leyes del equilibrio ergo-trofo. En el grado 3 de sintonía neurovegetativa, la estimulación de un sistema no se acompaña de la inhibición refleja del otro, que puede incluso activarse simultáneamente. Es un estado de disregulación neurovegetativa grave, en el que la combinación de hipotensión y bradicardia puede llegar a producir un fallo circulatorio letal. Este fenómeno, conocido diversamente como “muerte vudú” (Cannon, 1942, Engel, 1971), muerte por el viento de la bala de cañón (McMahon, 1975) y muerte súbita emocional (Dimsdale, 1977) se estudia junto con los síndromes agudos de estrés en el [capítulo 7](#).

3

El concepto actual de estrés

La consolidación de la teoría clásica del estrés tomó toda la primera mitad del siglo XX. A lo largo de la segunda mitad fueron ampliándose detalles e introduciendo matices que han llevado a algunas importantes modificaciones. En realidad, no hay una ruptura brusca en el desarrollo del concepto científico de estrés, por lo que la división en dos épocas, una histórica y otra actual, es relativamente artificial. Los hallazgos de la teoría clásica siguen vigentes, aunque cualificadas en tres grandes aspectos, que se refieren a la naturaleza del estímulo, a la homogeneidad de la respuesta y a las estructuras y procesos que los relacionan. Además, los mecanismos neurológicos y endocrinos descubiertos por los pioneros de manera independiente han sido ya integrados en una formulación psicobiológica unificada, que incluye al sistema inmunitario. De la psicoendocrinología hemos pasado a la psico-neuro-endo-crinología y de ella, ahora ya a la psico-neuro-endocrino-inmunología.

3.1. La naturaleza del estímulo

Tanto la teoría de Selye como la de Cannon transmiten, cada una a su manera, la noción de que el estrés requiere la presencia de un agente externo que, al menos potencialmente, es siempre perjudicial. El propio Selye (1974) intentó corregir tardíamente esta impresión, al diferenciar entre «eu-stress» y «dis-stress», y afirmar que cierto grado de estrés es necesario y tiene consecuencias beneficiosas (eustrés), mientras que niveles excesivos son desagradables y patogénicos (distrés). Seymour Levine (1993), después de 30 años estudiando la respuesta del eje hipófiso-pituitario-adrenal al estrés psicosocial, ha demostrado que hay situaciones en las que la respuesta de estrés no sólo no es dañina, sino que además facilita el desarrollo y el aprendizaje. La observación de situaciones naturales lleva a la comprensión intuitiva de que los mismos estímulos pueden ser beneficiosos a pequeñas dosis y dañinos a dosis más elevadas. Se denomina *hormesis* a

este fenómeno de respuesta beneficiosa ante pequeñas dosis de condiciones normalmente dañinas. Puede observarse en múltiples campos, desde las relaciones interpersonales hasta el consumo de alcohol y, por supuesto, en el estrés. Abundan los ejemplos en los que un estrés mínimo mejora la función y supervivencia del organismo, mientras que resulta dañino por encima de cierta intensidad. Los modelos iniciales sobre los efectos patógenos del estrés estaban basados en relaciones lineales, en las que se introdujo la consideración de dinteles o niveles críticos, por encima de los cuales el estrés es aún más dañino. Los nuevos modelos horméticos incluyen la posibilidad de que una baja intensidad de estrés tenga efectos beneficiosos. Así, por ejemplo, Rattan (2004) ha demostrado a nivel celular que el estrés calórico breve facilita la reparación de proteínas mínimamente dañadas y acelera la eliminación de las gravemente dañadas, mejorando en consecuencia las funciones metabólicas y aumentando la longevidad.

3.1.1. Estrés negativo

La falta de tareas en una situación laboral (“underload”) y la ausencia de estímulos y condiciones positivas también demuestra ser estresante (Kanner, 1978). De hecho, desde Hebb (1949) se sabe que todos los animales superiores tienen estructuras cerebrales que requieren estimulación específica, provocándose una respuesta de estrés con la ausencia de ese estímulo. Este fenómeno se corresponde con lo que Levine (1993) denomina “estrés por omisión” y con el concepto de *trauma negativo*:

Para el desarrollo normal de la personalidad es precisa la existencia de ciertas circunstancias típicas, que actúen en momentos claves de ese desarrollo. La conspicua ausencia de una de tales experiencias constituye un evento traumático, que podemos calificar de negativo, consistiendo el trauma no en la hiperexcitación de los mecanismos propios del aparato psíquico, sino en la ausencia o deficiente formación de canales que orienten la descarga de determinados impulsos (Rivera, 1979).

Que la ausencia de estímulos puede ser una experiencia estresante ha sido dramáticamente demostrado en estudios experimentales sobre privación sensorial absoluta. Sin llegar a estos extremos, Tygranyan (1976) observó, de manera un tanto inesperada, que el reposo puede tener efectos estresantes. En un trabajo sobre el estrés en soldados del ejército ruso en periodo de entrenamiento militar, Tygranyan dividió a sus sujetos en dos grupos: uno que participaba de manera normal en las actividades y otro, el grupo control, que fue mantenido en cama durante siete semanas. Curiosamente, los sujetos del grupo control empezaron a mostrar ligeros aumentos de los niveles de adrenalina en la segunda semana, y, a partir de la tercera, tanto la adrenalina como el cortisol se elevaron notablemente. El grupo de soldados en entrenamiento, en cambio, tuvo un aumento importante de las dos hormonas de estrés durante la primera semana,

pero luego fue declinando hasta regresar a unos niveles casi basales al final del estudio. La obvia conclusión es que, una vez satisfechas las necesidades de descanso, la continuación forzada de un reposo absoluto constituye una situación de estrés mayor que el ejercicio moderado. Se puede concluir que el organismo está naturalmente preparado para funcionar de manera óptima ante un cierto grado de estimulación ambiental, y que, cuando se encuentra ante niveles superiores o inferiores a ese grado de estimulación idóneo, el esfuerzo extra necesario para mantener el funcionamiento adecuado de los procesos fisiológicos constituye una situación de estrés.

Integrando las teorías de Cannon y de Selye desde la perspectiva de la estimulación óptima, se puede formular la *ley general del estrés*:

Cuando la influencia del ambiente supera o no alcanza las cotas en las que el organismo responde con máxima eficiencia, éste percibe la situación como peligrosa o desagradable, desencadenándose una reacción de lucha-huida, y/o una reacción de estrés, con hipersecreción de catecolaminas y de cortisol (Rivera, 1977, 1980).

3.1.2. *El estímulo simbólico*

Desde los estudios de Mason, es ampliamente reconocido que no es tanto la naturaleza objetiva de una situación en sí lo que determina su valor estresante, sino la interpretación que de esa situación hace el individuo. Una matización importante de este principio es que su operatividad no se limita al nivel cognitivo, sino que la interpretación de la realidad como estresante también puede ocurrir a nivel emocional, somático o social. Dicho de otra forma, no siempre es preciso ser consciente del significado de un estímulo para que éste ejerza su influencia. En seres dotados de memoria, un acontecimiento estresante puede ejercer su influencia indirectamente, por asociación con otra situación anterior o por evocación de su recuerdo. Un estímulo simbólico no es activo por sí mismo, sino en función de aquello que representa o con lo que se asocia. En los humanos, una inmensa mayoría de las reacciones de estrés psicológico son desencadenadas por estímulos de este tipo. Un estímulo más o menos indiferente adquiere cualidad estresante e incluso traumática en virtud de su similitud, proximidad o asociabilidad con otra circunstancia naturalmente estresante o traumática. La asociación puede efectuarse por contigüidad física, temporal o espacial, por proximidad conceptual o por evocar respuestas emocionales similares. Una gran variedad de circunstancias ambientales, sociales e interpersonales son susceptibles de evocar la reacción de estrés por estímulo simbólico. Lo que ordinariamente se conoce como *responsabilidad* es una de tales circunstancias. Así, el mero requerimiento para la preparación de un informe eleva el ritmo cardíaco y la secreción de corticoides en ejecutivos, de manera análoga a lo que ha sido observado en pilotos de guerra antes de entrar en combate. En un estudio experimental clásico, Brady sometió a una pareja de monos a descargas eléctricas intermitentes, que podía

interrumpir uno de ellos, apretando una palanca. Este «mono ejecutivo», responsable único del bienestar de ambos, fue el que desarrolló mayores lesiones gástricas por estrés, en comparación con su compañero pasivo. Por otra parte, el estrés de la responsabilidad puede atenuarse si se acompaña de una buena información que permita un cierto *grado de control* sobre las circunstancias. Weiss (1971) repitió el experimento de Brady con ratas, introduciendo una importante modificación: la rata ejecutiva era avisada por una señal segundos antes de la descarga eléctrica, pudiendo así llegar a evitarla a tiempo. En estas circunstancias, los efectos nocivos del estrés resultaron ser menores en la «rata ejecutiva» que en su compañera indefensa.

3.2. Las respuestas de estrés

La segunda implicación de la teoría clásica es que las respuestas de estrés son estereotipadas y universales, esto es, que siempre son iguales y que se producen en todos los individuos a los que se aplique la condición adecuada. En realidad, cada vez es más evidente que existen diferentes pautas de respuesta ante el estrés, que dependen del tipo de estímulo, del contexto en que se produce y de las características peculiares del sujeto. El propio Cannon (1929) observa, en su estilo llano y casual, que no todos los animales responden de igual manera al mismo estrés: “Cats differ widely in their emotional reaction to being bound; some, especially young males, become furious; others, especially elderly females, take the experience quite calmly” (los gatos se diferencian ampliamente en su reacción emocional a ser atados; algunos, especialmente machos jóvenes, se enfurecen; otros, especialmente hembras mayores, se toman la experiencia con bastante calma). Como Cannon continuó sus experimentos en “vigorous young males” (machos jóvenes vigorosos), es lógico que acabara descubriendo, gracias a ellos, las variables fisiológicas propias de la “fight-flight response”- Reacción de lucha-huida. Sin embargo, no investigó por qué las gatas mayores se tomaban la misma experiencia estresante de forma pacífica y, con ello, se retrasó varios años el descubrimiento de pautas alternativas de respuesta ante el estrés. En la actualidad se reconocen cinco tipos diferentes de respuesta de estrés:

3.2.1. Lucha-huida

La primera reacción de estrés descrita y la mejor estudiada, la reacción de lucha-huida, se define desde los tiempos de Cannon como *la respuesta básica del organismo ante toda situación que considera amenazante o peligrosa, caracterizada neurológicamente por aumento de la actividad simpática, y endocrinamente por secreción de*

catecolaminas por la médula suprarrenal.

En realidad, no es necesaria la percepción consciente de un peligro para desencadenar la reacción de lucha-huida. Basta una alteración brusca del entorno para que se estimule el sistema ergotrópico, con la correspondiente activación simpática e incremento de producción de adrenalina y noradrenalina por la médula de la glándula suprarrenal. Ésta es la fase aguda de la reacción, que se inicia en milisegundos y que puede ser de muy corta duración, si se corrige rápidamente el disturbio o se elimina el peligro que la desencadenó. En estados de mala sintonía vegetativa la activación ergotrópica puede durar más de lo necesario, siendo ésta una de las causas de los efectos patógenos del estrés.

En la actualidad se sabe que la respuesta de lucha-huida no es homogénea en sí misma. El propósito general es el mismo, porque la eliminación del peligro o disturbio puede hacerse mediante su destrucción activa, es decir, atacándolo, o bien mediante evitación activa, escapando de su alcance mediante la huida. La evitación pasiva, esconderse, quedarse quieto, desmayarse.. constituye otra respuesta, la de conservación-inhibición, que veremos después. Los mecanismos biológicos y conductuales que se ponen en acción en los dos casos extremos de respuesta activa son muy similares, pero existen ciertas diferencias entre la respuesta de lucha y la de huida. Para empezar, aunque en ambos casos aumenta la secreción total de catecolaminas, adrenalina y noradrenalina, no lo hacen en igual proporción. La relación noradrenalina/adrenalina es más elevada cuando la respuesta es de lucha, mientras que en la de huida predomina la secreción de adrenalina. Incluso, en reacciones de lucha de corta duración puede haber aumento de testosterona, que disminuye en las de muy larga duración y en las de huida. La prolactina, la renina y los ácidos grasos aumentan en la respuesta de huida y no en la de lucha. Neurológicamente, la activación simpática predomina en la lucha, mientras que en la reacción de huida coexiste una ligera activación trofotrópica, que en casos extremos puede terminar en una grave alteración de la sintonía neurovegetativa.

Si la situación de peligro dura demasiado, entra en acción el eje hipófiso-adrenal, con producción de ACTH y cortisol. La reacción de estrés descrita por Selye se considera hoy incluida en la respuesta de lucha-huida, como correspondiente a su estadio crónico. Se puede considerar que la respuesta de lucha-huida tiene una fase inicial neurovegetativa, mediada por el sistema nervioso autónomo, y una segunda fase neuroendocrina, mediada por el sistema hormonal. Sin embargo, ambos sistemas están en constante interacción y en la primera fase ya aumenta la síntesis y liberación de catecolaminas (adrenalina, noradrenalina y dopamina) por las células cromafines de la médula suprarrenal. La más importante diferencia entre la fase neurovegetativa y la neuroendocrina está en la rapidez de su aparición en la respuesta de estrés.

3.2.2. Paratética

En humanos, Michael Apter (1996) observó que la misma actividad podía ser estresante o placentera, dependiendo de cómo se la tome el sujeto. Diferenció así dos modos de funcionar, el “téllico” (de telos=finalidad) y el “paratéllico”, dependiendo de que la actividad fuera realizada por la necesidad de conseguir un fin determinado o por el placer que proporciona en sí misma. Los sujetos que responden en modo paratéllico son más relajados de base y soportan mayores niveles de estrés (medido con la escala de molestias cotidianas de Kanner) que los que lo hacen en modo téllico. De hecho, el estado de ánimo de los sujetos paratéllicos mejora inicialmente al aumentar el estrés ambiental, hasta que llega a un punto a partir del cual la tendencia se invierte y su humor empeora más rápidamente que en los sujetos de dominancia téllica. Éstos, en cambio, son más “serios” o tensos de base, y responden al estrés de la manera prevista por la teoría de Cannon, con una relación lineal directa entre molestias cotidianas y perturbación del humor. En estudios sobre reactividad al estrés en la población general, Rivera y colaboradores (1983, 1993) han detectado un pequeño grupo de sujetos que refieren sensaciones de entusiasmo y aumento de energía en situaciones de estrés. Esta proporción es relativamente alta en estudiantes de medicina de segundo curso, pero disminuye a lo largo de la carrera, hasta nivelarse en quinto curso con la población general. Es posible que los estudiantes “entusiastas del estrés” se correspondan, hasta cierto punto, con los sujetos paratéllicos de Apter. La pérdida progresiva de la capacidad de disfrutar del estrés académico puede explicarse por inversión del modo paratéllico (realizar la tarea por el gusto de hacerla) al téllico (realizar-la por la necesidad de conseguir resultados). El camino inverso, la transformación de un modo téllico en paratéllico, puede ser uno de los mecanismos de acción de los enfoques psicoterapéuticos que utilizan la meditación. En líneas generales, los sujetos con un modo paratéllico de respuesta tienden a presentar menores niveles de activación ergotrópica en situaciones de estrés, pero las características precisas de este modo de respuesta no han sido muy estudiadas hasta la fecha.

3.2.3. Vigilancia-acecho

Un elegante ejemplo de respuesta diferencial ante el estrés procede de los estudios de Redford Williams (1986), quien describe dos pautas (“patterns”) de reactividad cardiovascular al estrés.

La primera, “pattern 1”, se corresponde bien con la reacción de lucha-huida de Cannon, y se caracteriza por vasodilatación muscular, vasoconstricción en la piel y tubo digestivo y aumento del gasto cardíaco y de la presión arterial sistólica. Tanto en la experimentación animal como en la humana, esta respuesta es típica de condiciones aversivas, que requieren activación conductual y afrontamiento activo.

La segunda, “pattern 2”, se caracteriza por vasoconstricción muscular, aumento de

la resistencia vascular periférica y aumento de la presión arterial diastólica. Esta respuesta es más propia de situaciones que requieren vigilancia y afrontamiento pasivo. Naturalmente, considerar que una situación requiere “afrontamiento activo” (lucha-huida) o “afrontamiento pasivo” (vigilancia y estar preparado) depende mucho de la naturaleza del individuo. En el reino animal, los ratones y presas cinegéticas en general presentan con más facilidad la “pat-tern 1”, mientras que los depredadores al acecho son más susceptibles de presentar la “pattern 2”. En la clínica humana, la “pattern 2” es más frecuente en individuos con personalidad tipo A. Las dos pautas muestran también diferente actividad endocrina, con aumento de cortisol, adrenalina, noradrenalina y prolactina en la pattern 1, mientras que en la pat-tern 2 sólo aumenta la noradrenalina y, curiosamente, la testosterona. Williams explica el aumento de testosterona en sus sujetos (todos varones) considerándolo como una respuesta neuroendocrina a la activación de los circuitos cerebrales responsables de la vigilancia. Los trabajos de Williams nos recuerdan que, entre los mecanismos efectores de la respuesta de estrés, no hemos de olvidarnos del sistema neuromuscular, relativamente mucho menos estudiado que los sistemas neurovegetativo y neuroendocrino.

3.2.4. *Conservación-inhibición*

Descrita por Engel (1962) con el nombre de *Conservation-withdrawal response*, es un mecanismo básico de supervivencia opuesto al de Lucha-Huida. Se caracteriza por hipotonía muscular, inmovilidad, disminución de la secreción gástrica, hipotensión arterial y bradicardia. Descrita inicialmente en psicósomática infantil, sus síntomas clínicos son cansancio, fatiga, sensación de debilidad, hipotonía, no ganancia de peso a pesar de una alimentación adecuada y depresión. Mientras que las respuestas emocionales que acompañan a la reacción de lucha-huida son, predominantemente, la ira y el miedo, las que acompañan a la reacción de conservación-inhibición son la desesperanza y el desvalimiento (o indefensión). Se acompaña de activación neurovegetativa del sistema parasimpático y no hay aumento significativo de la actividad de la glándula suprarrenal, es decir, no aumenta la secreción ni de catecolaminas ni de cortisol. En casos extremos, se ha relacionado con la muerte por estrés (Engel, 1971). En casos leves, se puede considerar como un mecanismo protector ante amenazas en las que la defensa o el escape son imposibles, permitiendo al organismo conservar energías en espera de mejores tiempos (Nesse, 2000). Esta respuesta puede ser altamente adaptativa, sobre todo cuando las posibilidades de modificar las fuentes de estrés son prácticamente nulas. Las increíbles supervivencias de algunos náufragos y víctimas de derrumbamientos, capaces de resistir hasta semanas esperando ser rescatados, puede atribuirse a este fenómeno. De algunos hombres de acción, como Napoleón y el famoso estadista inglés Churchill, se relata que eran capaces de dormir profundamente en la víspera de una

contienda definitiva, posiblemente por este mismo mecanismo.

3.2.5. *Cuidar e Intimar*

Descrita por Taylor *et al.* (2000) con el nombre de *Tend and befriend response*. A partir de observaciones incidentales sobre el diferente comportamiento de hombres y mujeres en situaciones de estrés moderado, estas investigadoras norteamericanas establecieron un nuevo tipo de respuesta ante el estrés, que parece ser más frecuente en el sexo femenino. Mientras que los varones muestran mayoritariamente conductas tipo lucha-huida ante el estrés situacional, como competitividad e irritabilidad, las mujeres tienden a reunirse en grupos y a mostrar entre ellas conductas de apoyo y afecto. La respuesta diferencial de hombres y mujeres al estrés ya ha sido notada por otros investigadores, entre ellos Monterrey (1991) y Bulbena (1994), pero a nadie se le había ocurrido antes que tales diferencias pudieran llegar a constituir una respuesta integrada significativamente diferente. Naturalmente, las mujeres no están exentas de la respuesta de Lucha-Huida, de la misma manera que la respuesta de Cuidar e Intimar no les es exclusiva. Pero las diferencias en frecuencia tienen sentido desde el punto de vista evolutivo.

En la evolución de la especie humana desde los tiempos primitivos, la selección natural puede haber favorecido a hombres prestos a luchar para defender a su grupo, o por lo menos a escapar para poder engendrar otro nuevo, de ahí que se encuentre en este género un predominio relativo de individuos que presentan la reacción de lucha-huida ante el estrés. Por el contrario la mujer, cuya actividad evolutiva más determinante para la especie es su capacidad de cuidar y mantener unida a la prole, sufrió una selección natural distinta, predominando entre ellas las que presentan respuesta de cuidar-intimar. Después de cientos de miles de años, la tendencia a actitudes de enfrentamiento predomina entre los hombres, mientras que las de cuidado y apoyo lo hacen entre las mujeres.

La base neuroendocrina de la Respuesta de Cuidar-Intimar está en el aumento de secreción de oxitocina ante el estrés, que es más marcado en la mujer que en el hombre. La oxitocina tiene claras funciones en la promoción de las tendencias afiliativas (Carter, 1997) y reduce la respuesta del eje hipotálamo-hipófiso-adrenal, inhibiendo la secreción de cortisol frente al estrés (Ennis, 2001), reduciendo así la tendencia a desarrollar la reacción de lucha-huida.

3.3. La naturaleza de la relación estímulo-respuesta

La esencia de la teoría clásica es la inespecificidad de la respuesta, claramente enunciada

por Selye de la manera siguiente: “Estrés es la respuesta inespecífica del organismo a toda demanda hecha sobre él.” Sin embargo, desde los experimentos de Mason, descritos en el capítulo anterior, se acepta que el organismo no reacciona de manera tan uniforme e inespecífica ante las exigencias externas. Ciertamente es que son muchas y muy variadas las condiciones que pueden desencadenar una reacción de estrés, pero todas ellas tienen una característica en común: la de ser consideradas como nocivas, peligrosas o desagradables por el organismo al que afectan. Dicho de otra manera, los organismos superiores producen una reacción emocional ante estímulos que no son favorables a su óptimo funcionamiento, siendo la respuesta biológica de estrés específica para esta valoración subjetiva. Es preciso tener en cuenta, sin embargo, que dicha valoración no tiene que ser necesariamente consciente y que puede producirse sin la participación directa de los procesos cognitivos. El estrés quirúrgico, producido por la incisión y manipulación de tejidos en pacientes totalmente dormidos con anestesia general, es buena prueba de ello. El núcleo central del aparato efector de la respuesta de estrés es, en última instancia, el hipotálamo. Su rica red de conexiones puede ser estimulada por múltiples vías, algunas de ellas independientes de la corteza cerebral.

Por otra parte, los defensores de la conceptualización original de Selye se apoyan en estudios en invertebrados y en cultivos de células para defender la existencia de una respuesta de estrés directa, sin procesamiento subjetivo intermedio (Csermely, 1998). Si se considera el estrés como “la respuesta de una célula u organismo a cualquier exigencia que fuerce el estado fisiológico más allá de su estado normal de reposo” y también como “la adaptación al cambio que afecta a todos los niveles de organización, desde la célula hasta la estructura de la población, pasando por el organismo individual” (Iwama, 1998), es evidente que existen más modos de respuesta que los mediados por los sistemas neurovegetativo y neuroendocrino. El sistema inmunitario, por ejemplo, es considerado como un tercer sistema sensor de cambio y efector de respuestas de estrés (Blalock, 1984, 1994).

En el estado actual del conocimiento, más que la inespecificidad de la respuesta, la cuestión es cómo se centralizan los procesos internos de adaptación y defensa ante las exigencias que interfieren con la capacidad óptima de funcionamiento del organismo. Cuatro niveles o modos de interacción entre el estímulo y la respuesta de estrés han sido identificados hasta la fecha, a cada uno de los cuales corresponde un sistema sensor-efector propio. Todos ellos ejercen influencias mutuas y mantienen una importante interdependencia. Son los siguientes:

1. Celular directo.
2. Mediado por el sistema inmunitario.
3. Mediado por el sistema neurovegetativo.
4. Mediado por el sistema neuroendocrino.

3.3.1. Estrés celular

Los microorganismos unicelulares poseen una estructura proteica compleja, denominada “stressosoma”, que constituye el aparato efector de la respuesta de estrés celular (Chen 2003). A diferencia de otros receptores, que sólo responden a un estímulo específico determinado, el stressosoma se activa ante cualquier cambio importante en el medio extracelular, desde aumento de temperatura hasta radiaciones, toxinas, salinidad, etc. A partir de ahí, se pone en marcha una cascada de procesos intracelulares que culminan en la expresión de genes productores de proteínas que facilitan la adaptación de la célula a las nuevas condiciones del entorno.

Todas las células, desde la bacteria más simple hasta la neurona más sofisticada, producen en situación de estrés unas proteínas características, llamadas HSP (Heat Shock Proteins), porque fueron inicialmente descubiertas en respuesta al estrés calórico, aunque actualmente también se llaman “proteínas de estrés”. Además de con el calor, también aumentan con otras alteraciones del ambiente extracelular, como la presencia de etanol, tóxicos, radicales libres (estrés oxidativo), infecciones, traumatismo físico, etc. Las HSP cumplen una función protectora, siendo ellas mismas muy resistentes a la desnaturalización, potencian la respuesta inmunitaria y actúan como potenciadores (“chaperones”) de muchas reacciones enzimáticas. Las más conocidas son la hsp60 y la hsp70, cuyos niveles en sangre están elevados en enfermos con infarto de miocardio y en politraumatizados (Kregel, 2002). En estos últimos, el riesgo de padecer complicaciones pulmonares aumenta en relación directa con los niveles de hsp60 en sangre, un efecto que parece estar relacionado con la extensión de la necrosis tisular producida por el traumatismo (Pespeni *et al.*, 2005).

Aparte de las respuestas generales, se han descrito fenómenos de estrés celular específicamente responsables de distintas patologías, como el estrés oxidativo, (Kregel, 2002) y el estrés graso (Ogawa, 2008).

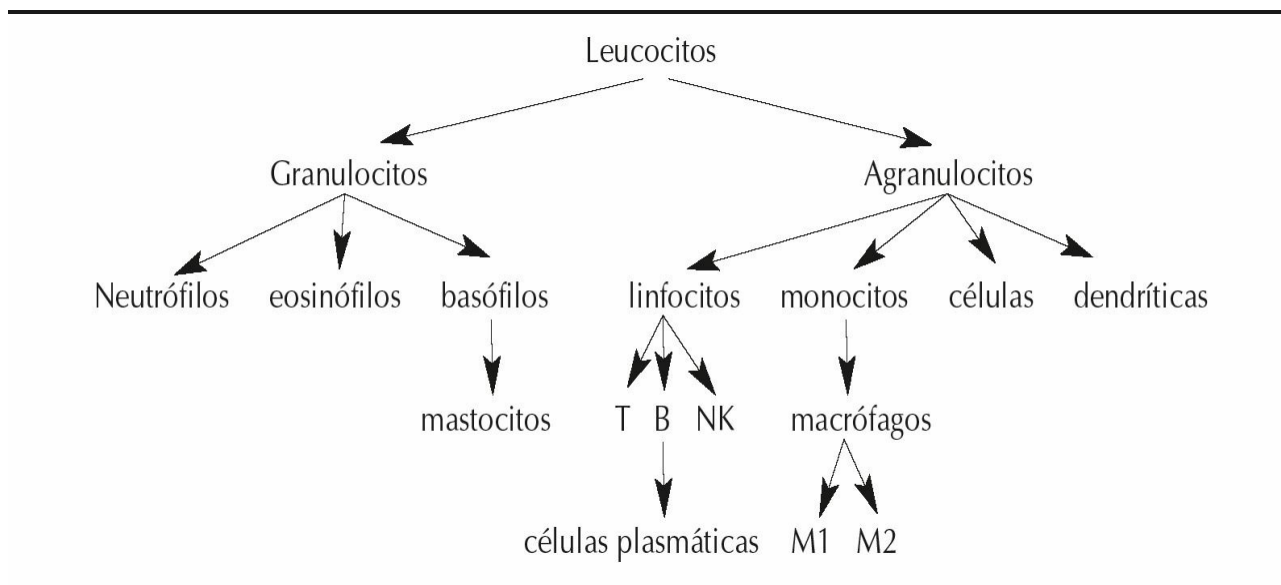
El estrés oxidativo se debe al exceso de radicales libres y de sustancias reactivas con el oxígeno, cuya producción aumenta con el estrés ambiental. Este exceso puede ser contrarrestado por sustancias antioxidantes, como el tocoferol (vitamina E) y el ácido ascórbico (vitamina C). El estrés oxidativo pone en marcha procesos inflamatorios que dañan las células, aceleran el envejecimiento y predisponen a la demencia degenerativa primaria o mal de Alzheimer.

El estrés graso se debe a la excesiva acumulación de triglicéridos en los adipocitos y suele ser secundario a un elevado consumo de grasas saturadas en la dieta. Está relacionado con la obesidad, con la disminución de la respuesta de los tejidos a la insulina (diabetes tipo 2) y con el síndrome metabólico. Los adipocitos sobrecargados producen un ácido graso anormal, que atrae a macrófagos M1 que infiltran e inflaman el tejido adiposo, produciendo citokinas, una de las cuales (la interleucina 6) aumenta la resistencia a la insulina, entorpece el metabolismo de la glucosa por el hígado y acaba produciendo diabetes.

3.3.2. Estrés mediado por el sistema inmune

Los glóbulos blancos o leucocitos, de los que existen varios tipos, constituyen la principal barrera defensiva del organismo contra las infecciones ([cuadro 3.1](#)). Además de circular en la sangre infiltran los tejidos, dando lugar a los fenómenos inflamatorios. El estrés celular induce en los linfocitos K un receptor específico, cuya activación aumenta la capacidad de defensa del organismo contra el cáncer (Pardoll, 2001). Los linfocitos son, junto con las neuronas, las únicas células del organismo dotadas de memoria; por eso, además de una inmunidad natural, hay una inmunidad adquirida, que se desarrolla gracias a la exposición previa de los linfocitos a los cuerpos extraños ante los que luego elabora defensas. Éste es el fundamento de las vacunas y, también, de las reacciones alérgicas. Junto con el resto de los componentes del sistema inmunitario, los linfocitos detectan cambios fisiológicos y amenazas a la integridad funcional del organismo que pasan inadvertidos a los órganos de los sentidos. Genéricamente denominados antígenos, los elementos principales detectados por el sistema inmunitario son microorganismos, como los virus, y anomalías intrínsecas locales, como las neoplasias.

Cuadro 3.1. *Células del sistema inmunitario*



En su acción efectora, aparte de su actividad fagocitaria directa, las células del sistema inmunitario producen inmunoglobulinas y más de 20 neuropéptidos diferentes, de los cuales los más importantes son las citokinas o citocinas ([cuadro 3.2](#)) y, curiosamente, una hormona idéntica al ACTH hipofisario, que es capaz de estimular la producción de corticoides por la corteza suprarrenal. Además, en el cerebro, en la hipófisis y en la médula y corteza suprarrenales hay receptores de citokinas, por lo que los linfocitos

también modulan la síntesis y secreción de ACTH, de catecolaminas y de corticoides (Blalock, 1994).

Cuadro 3.2. Citokinas

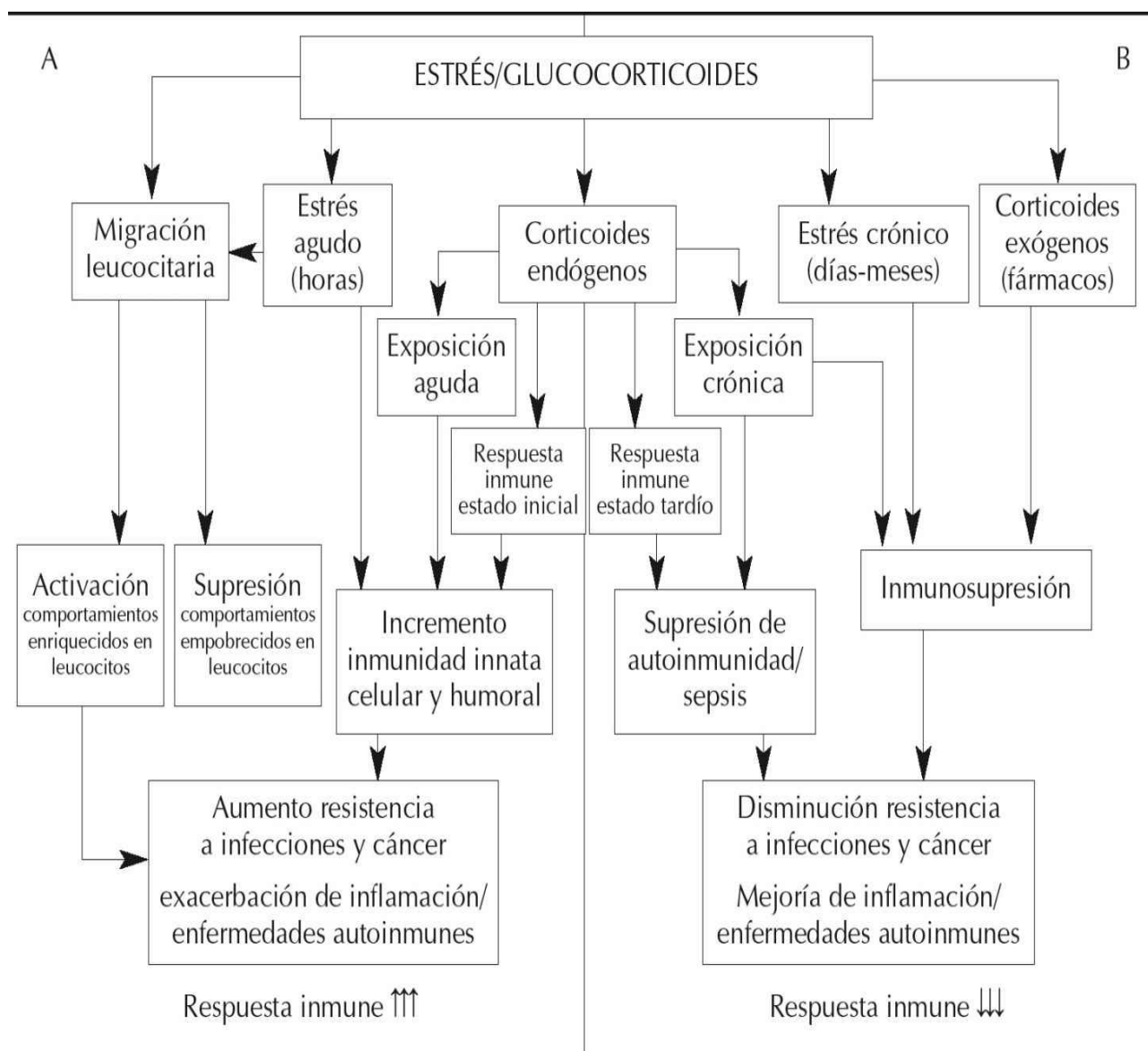
Interleucinas
TNF (Tumor Necrosis Factor)
Interferones
Quimiokinas
Hematopoyetinas
CSF (Colony Stimulating Factors)

El estrés neuroendocrino influye en el sistema inmunitario de una manera bifásica, estimulándolo cuando es agudo e inhibiéndolo cuando es crónico ([cuadro 3.3](#)). Gran parte de este efecto se debe a la redistribución de leucocitos por acción de la adrenalina, que aumenta su proporción en la piel y en los ganglios linfáticos y la disminuye en la sangre circulante. Los corticoides incrementan inicialmente la actividad inmunitaria, pero la deprimen al cabo de cierto tiempo (Dhabhar, 2001). Por eso la resistencia general del organismo mejora cuando es sometido a periodos de estrés de breve duración con intervalos de descanso suficiente, aunque empeora después de unos cuantos días de estrés persistente, aumentando la susceptibilidad a infecciones.

3.3.3. Estrés mediado por el sistema neurovegetativo

La vía neurovegetativa del estrés es la más estudiada y la mejor conocida. Su núcleo central es el diencéfalo, donde se originan los sistemas ergotrópico y trofotrópico descritos por Hess, con toda su rica red de conexiones hacia arriba con el sistema límbico y la corteza cerebral, y hacia abajo con el resto del cuerpo a través del sistema nervioso autonómico. En toda situación de esfuerzo, defensa, lucha, huida, se activa el sistema ergotrópico, mientras que la activación del trofotrópico favorece las funciones de descanso y reparación del organismo. La respuesta neurovegetativa de estrés se caracteriza por aumento del tono ergotrópico. Todas las técnicas de relajación y meditación tratan de contrarrestar el estrés activando el sistema trofotrópico (ver pág. 231).

Cuadro 3.3. Efecto bifásico de los corticoides en la respuesta inmune



Fuente: Traducido de Dhabhar y McEwen, 2001.

El diencéfalo se conecta con la periferia corporal a través de tres grandes sistemas nerviosos: el simpático, bajo control ergotrópico, el parasimpático, bajo control trofotrópico, y el sistema de aferentes vegetativos, que recibe información de los órganos viscerales. Además, los centros vegetativos mantienen conexiones a través del tálamo con las zonas de sensibilidad periférica, sobre todo con los receptores nociceptivos, encargados de transmitir la sensación de dolor, y también con los husos reguladores del tono muscular. Tanto el dolor como la hipertonía muscular ejercen un efecto activador

del sistema ergotrópico. La relajación muscular inhibe la excitación ergotrópica, produciendo activación trofotrópica refleja.

Las conexiones con el sistema límbico y con la corteza cerebral transmiten la influencia de emociones y elaboraciones cognitivas en la respuesta de estrés e, inversamente, del estado de activación ergotrópica en las emociones, la actividad cognitiva y el comportamiento. Sin embargo, aunque los efectos de la evaluación subjetiva de una situación sobre la respuesta del estrés son innegables, no son imprescindibles. Una prueba de ello es que el estrés quirúrgico se produce en pacientes anestesiados, que no tienen ninguna consciencia de estar sufriendo ataque o peligro. Los impulsos nociceptivos procedentes de las zonas lesionadas por la operación estimulan el sistema ergotrópico, en ausencia de percepción subjetiva de dolor. Bien es verdad, no obstante, que el estado psicológico del paciente antes de la operación puede potenciar o atenuar el estrés quirúrgico (Liu *et al.*, 1994; Kielcolt-Glasser *et al.*, 1998).

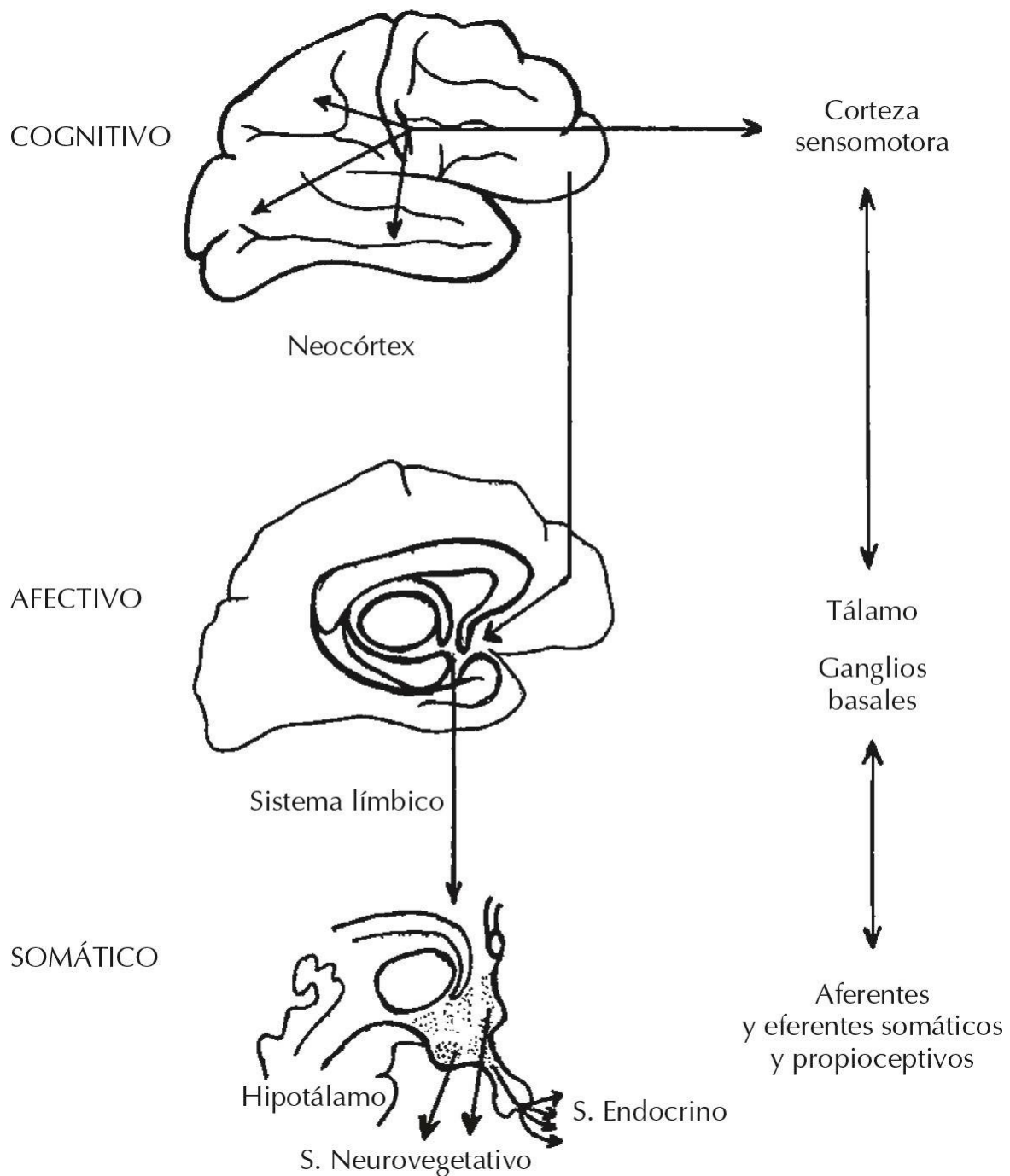


Figura 3.1. La información captada por los sentidos llega a la corteza cerebral, al sistema límbico y al hipotálamo. El razonamiento y la planificación se realizan en la corteza frontal. El significado emocional de la información y su relación con la supervivencia y los afectos se lleva a cabo en el sistema límbico. Las respuestas vegetativas de activación e inhibición somática se coordinan desde el hipotálamo.

Cuadro 3.4. Efectos de la estimulación simpática y parasimpática

	<i>Simpático</i>	<i>Parasimpático</i>
Pupila	Dilatación (Midriasis)	Contracción (Miosis)
Glándulas salivales	Secreción escasa y densa	Secreción abundante y clara
Glándulas sudoríparas	Aumento secreción	Sin acción
Temperatura de la piel	Disminuye	Aumenta
Músculo estriado	Hipertonía (tensión)	Relajación
Frecuencia cardíaca	Aumenta	Disminuye
Contracción cardíaca	Aumento de fuerza	Disminución de fuerza
Arterias coronarias	Dilatación	Constricción
Circulación general	Constricción (hipertensión)	Dilatación (hipotensión)
Bronquios	Dilatación	Contracción
Peristaltismo intestinal	Disminución	Aumento
Esfínteres	Constricción	Relajación
Pene	Eyacuación	Erección

3.3.4. Estrés mediado por el sistema neuroendocrino

El organismo responde al aumento de exigencias físicas o psicológicas liberando hormona corticotropa (ACTH) de la hipófisis anterior, glucocorticoides de la corteza de la glándula suprarrenal, adrenalina de la médula de la misma glándula y noradrenalina de las terminaciones simpáticas. Por eso, esas sustancias son conocidas como “hormonas de estrés”, a las cuales puede añadirse la hormona tiroidea o tiroxina.

La respuesta neuroendocrina al estrés se inicia con la secreción por las células neuroendocrinas, neuronas hipotalámicas especializadas, de “factores liberadores” o neuro-hormonas, que o bien actúan sobre la hipófisis o bien se transmiten directamente a la circulación general. La respuesta neuroendocrina al estrés es producida a través de los siguientes mecanismos:

- a) Eje hipotálamo-adrenal. La liberación de adrenalina por las células cromafines

de la médula de la glándula suprarrenal es influida directamente por la inervación simpática de dicha glándula, y forma parte de la reacción de lucha-huida descrita por Cannon.

- b) Eje hipotálamo-hipófiso-adrenal. La activación ergotrópica activa la producción del factor liberador de corticotropina (CRF) en el hipotálamo, que es conducido a través de una red circulatoria específica, el sistema porta hipofisario, al lóbulo anterior de la hipófisis o adenohipófisis, donde estimula la producción de hormona corticotropa (ACTH), la cual, a su vez, alcanza la glándula suprarrenal a través de la circulación general, en cuya corteza estimula la producción de glucocorticoides, de los cuales el principal es el cortisol. Éste es el mecanismo responsable de la respuesta de estrés descrita por Selye.

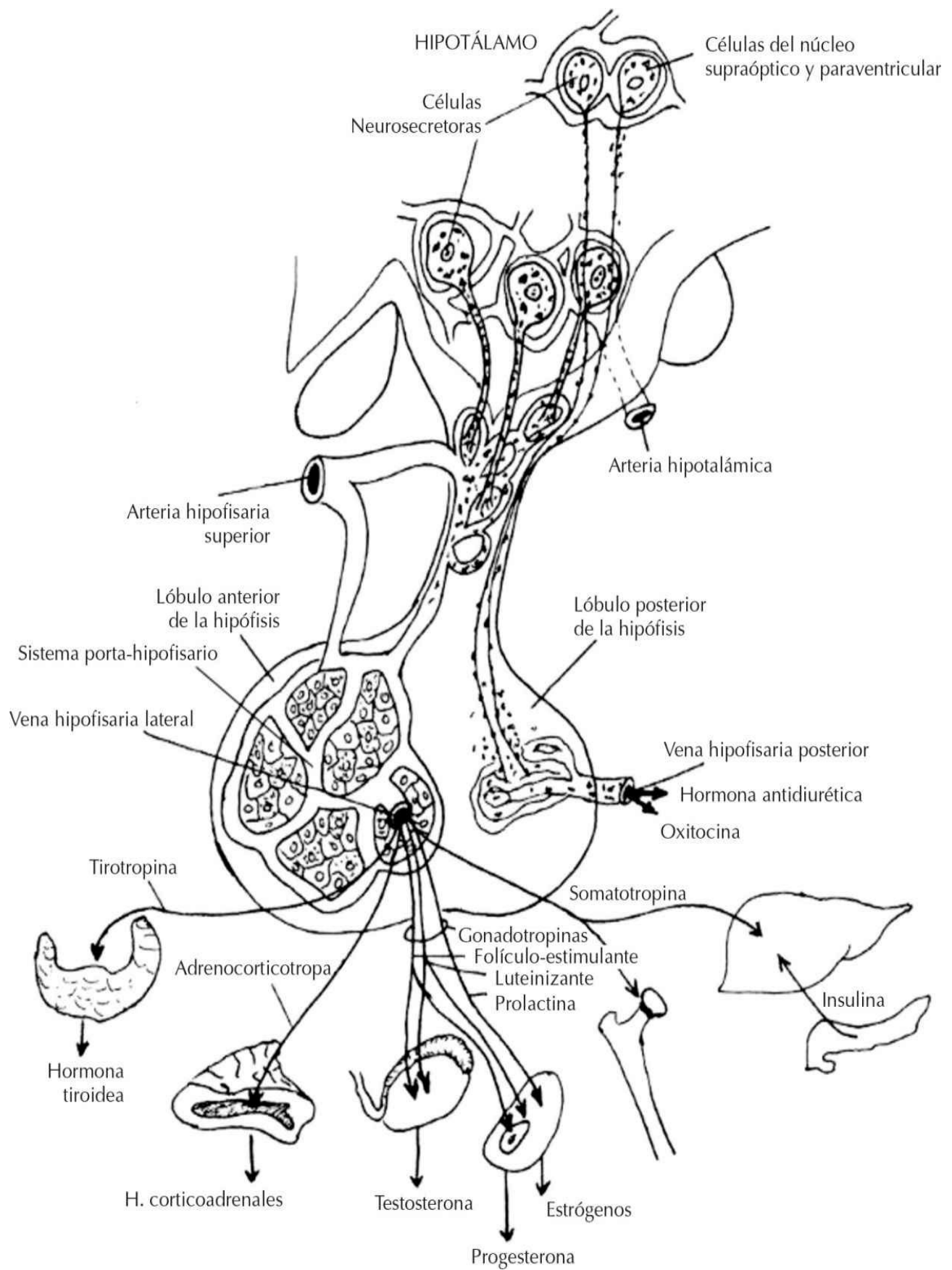


Figura 3.2. El eje hipotálamo-hipófisis-órganos endocrinos periféricos.

- c) Si la situación de estrés persiste, entra en acción a más largo plazo el eje hipófisis-tiroideo, con producción del factor liberador de tirotropina en el hipotálamo (TRH), que estimula la secreción de hormona tirotropa en la adenohipófisis (TSH), la cual aumenta la producción de tiroxina por la glándula tiroides, potenciando la reacción de lucha-huida.
- d) La oxitocina y la vasopresina son neuro-hormonas segregadas directamente en el hipotálamo, que circulan a través de largos axones hasta el lóbulo posterior de la hipófisis o neurohipófisis, de donde pasan a la circulación general. El aumento de oxitocina se relaciona con la respuesta de cuidar-intimar de Taylor y Klein, descrita en la [página 37](#). Como la secreción de oxitocina depende de la estimulación trofotrópica, la respuesta de cuidar-intimar implica una reacción automática compensadora de los centros neurovegetativos, con activación trofotrópica refleja e inhibición de la actividad ergotrópica, exactamente lo contrario que ocurre en la reacción de lucha-huida.
- e) Adicionalmente, el estrés puede alterar la secreción de otras hormonas a través de sus efectos sobre la actividad neurosecretora del hipotálamo. La hormona del crecimiento o somatotropina, por ejemplo, aumenta con el estrés agudo de corta duración, pero es inhibida por el estrés crónico. El retraso del crecimiento en niños maltratados o sometidos a estrés negativo por falta de afecto (“enanismo psicosocial”) se debe a esa razón, y se revierte cuando se libera al niño del entorno estresante. Lo mismo ocurre con las gonadotrofinas, hormonas hipofisarias que estimulan el ovario en la mujer y los testículos en el varón, razón por la que el estrés produce disfunciones sexuales y retraso de la menstruación.

4

El estrés psicológico y social

El estrés es un fenómeno complejo, producido por la interacción de tres grandes grupos de factores: Los estresantes propios del medio, o factores externos de estrés; los propios del individuo o factores internos de estrés y los factores moduladores, que no están directamente relacionados ni con la inducción ni con la respuesta de estrés, pero que la influyen, condicionan o modifican.

Los factores externos de estrés pueden ser naturales, como el clima y los fenómenos meteorotrópicos; artificiales, como las estructuras arquitectónicas y otros condicionantes del hábitat; sociales, como la densidad de población y las pautas culturales de convivencia; e interpersonales, como la mala calidad de la relación conyugal o la ausencia de un ser querido. En la práctica, los aspectos sociales, culturales y psicológicos están tan imbricados entre sí que ha hecho fortuna el término de *estrés psicosocial* para su designación conjunta. Los factores externos de estrés de naturaleza psicosocial serán estudiados en el presente capítulo.

Los factores internos de estrés incluyen los mecanismos neurovegetativos, neuroendocrinos e inmunológicos, ya estudiados en el capítulo anterior, así como los mecanismos psicológicos de defensa, adaptación y afrontamiento y la reactividad somática, emocional, cognitiva y conductual ante el estrés, que serán estudiados en el [capítulo 5](#). Los factores moduladores incluyen el estado de nutrición del organismo, el nivel de conciencia, el estado afectivo, el locus de control, el apoyo social, etc. y serán también estudiados en el [capítulo 5](#), “Psicosomática del Estrés”.

4.1. El estrés psicológico

Toda la primera época de estudios sobre el estrés estuvo centrada en las respuestas fisiológicas ante factores externos de tipo físico, es decir, en lo que Selye denominó “estrés biológico”. Fue Mason el primero en interesarse por la influencia de factores

psicológicos en la respuesta de estrés, hasta el punto de acuñar un nuevo término, “psicoendocrinología”, para designar el estudio de las interacciones entre fenómenos psicológicos y endocrinos. Pronto se descubrió que estas interacciones están mediadas por la conexión del sistema nervioso con el endocrino a través de neuronas especializadas apropiadamente llamadas células neuroendocrinas, por que liberan sustancias de acción hormonal en el torrente circulatorio. De ahí surge la neuroendocrinología, que estudia el control neuronal de la actividad endocrina y, viceversa, la influencia de las hormonas en las funciones cerebrales. De la fusión de la psi-coendocrinología y la neuroendocrinología surge, hacia finales de los años 1970, la psiconeuroendocrinología, que es la evolución natural del enfoque de Mason.

4.1.1. La interpretación del estímulo

Según la corrección de Mason a la teoría de Selye, es la *interpretación* del estímulo (o de su ausencia) como desagradable, nocivo o peligroso lo que determina la activación del *sistema* nervioso simpático y del eje hipotálamo-hipófiso-adrenal (ver [página 26](#)). Lazarus (1966) recoge esta idea cuando define el estrés psicológico como “una relación particular entre una persona y su ambiente, *que es evaluada por la persona* como una imposición o exigencia o como algo que excede sus recursos, poniendo en peligro su bienestar”. La valoración (“*appraisal*”) de las situaciones y acontecimientos externos es crucial para la definición de estrés psicológico, lo cual introduce el problema de cómo se hace esa evaluación. Ciertamente que restringirse a procesos cognitivos conscientes dejaría fuera del campo de interés psicológico muchos fenómenos, no sólo relacionados con el estrés, sino con otras muchas experiencias. La evaluación extraconsciente fue primero descrita por Freud y, casi cien años después, por los psicólogos cognitivo-conductuales (Lazarus, 1999, pág. 81). En general, es más intuitiva rápida y automática y guarda una relación más directa con los procesos emocionales y neurovegetativos. Se acostumbra a distinguir entre el *inconsciente psicodinámico*, formado por la represión activa de representaciones susceptibles de generar angustia, y el *inconsciente cognitivo*, constituido por procesos mentales que operan bajo el nivel de la conciencia. Una forma aún más inmediata de evaluar los acontecimientos es la reactividad emocional, consecuencia del procesamiento de los estímulos por el sistema límbico o cerebro interno (ver pág. 41). La reactividad neurovegetativa a diversas situaciones también puede producirse de manera refleja directa, sin pasar por la evaluación cognitiva cortical.

En la práctica, el proceso de evaluación de estímulos depende tanto de la naturaleza de los mismos como de la historia personal del individuo y de su sensibilización por acontecimientos pasados, sea a través de procesos de aprendizaje y condicionamiento o de asociación simbólica (ver pág 33). Además, la interpretación de algunos acontecimientos puede ser estresante no porque éstos tengan potencial dañino en

sí mismos ni porque estén asociados de manera condicionada o simbólica con otros que sí lo tengan, sino porque entra en contradicción con el conjunto de ideas y experiencias que forman el mundo interior de esa persona. Por eso la emigración y los cambios culturales acelerados son factores de estrés. El poder estresante de las crisis (ver [página 173](#)) está relacionado con el desencaje producido por la falta de preparación para nuevas experiencias.

4.1.2. El estrés interno

Se considera generalmente que el estrés tiene su origen en el ambiente que rodea al individuo, pero el ser humano es capaz de generar su propio estrés, algunos individuos de forma dramática. La evolución del cerebro humano ha llevado a un enorme desarrollo de la corteza frontal, donde se organizan las funciones de anticipación del futuro y previsión de consecuencias. La enorme capacidad de computación cerebral sobrepasa las necesidades de la adaptación inmediata y por eso puede decirse que muchas personas viven más en el futuro o en el pasado que en el presente. El cerebro genera su propia información, elabora modelos de realidades posibles y extrapola los acontecimientos actuales en complicadas cadenas de consecuencias causales. En principio, esta capacidad de previsión y anticipación es un logro evolutivo que facilita la supervivencia, pero también puede generar estímulos estresantes virtuales que llegan a ser patológicos. De particular interés es el estrés de las personas creativas o *tensión creativa*. La creatividad es un peculiar proceso de estructuración de la realidad, a través del cual llegan a formarse nuevas conexiones entre representaciones mentales habituales. Su expresión completa comprende cuatro fases cognitivas y otras cuatro emocionales o afectivas. Las fases cognitivas son: 1) Descubrimiento de pautas básicas comunes que unen acontecimientos aparentemente dispares; 2) Formación de nuevas estructuras mentales en las que las “pautas ocultas” tienen una presencia obvia; 3) Construcción de una realidad interna diferente de la inicialmente recibida, y 4) exteriorización de esa realidad interna en el mundo externo socialmente consensuable. Los aspectos emocionales que acompañan las distintas fases cognitivas son: 1) Sentimientos de curiosidad y asombro, predominantes en la primera fase cognitiva, 2) Entusiasmo, descubrimiento, insight, “experiencia eureka”, predominantes en la segunda fase, 3) Una particular combinación de deseo, esfuerzo y frustración, la “tensión creadora”, que impulsa el desarrollo de la tercera fase cognitiva y su transición hacia la cuarta, y 4) convicción, competitividad y lucha por superar la “prueba de la realidad”, formulando las construcciones internas de manera operativa en el mundo externo y logrando su aceptación y reconocimiento (Rivera, 1993, 1997). Llevado a extremos patológicos, el estrés interno puede convertirse en *autoestrés*, un síndrome clínico de estrés agudo que se trata de manera más amplia en el [capítulo 7](#).

4.1.3. La respuesta psicológica de estrés

En términos amplios, se puede considerar que el estrés es psicológico cuando en su desarrollo ocupa un lugar esencial la operación de factores internos de naturaleza psicológica. Engel (1962) abunda en esta opinión, considerando como estrés psicológico “todo proceso, originado tanto en el ambiente exterior como en el interior de la persona, que impone un apremio o exigencia sobre el organismo, *cuya resolución o manejo requiere el esfuerzo o la actividad del aparato mental*, antes de que participe o sea activado ningún otro sistema”. En esta definición se destacan otros dos aspectos de gran importancia que veremos más adelante: la capacidad de los procesos psicológicos para inhibir o prevenir la respuesta biológica de estrés y la posibilidad de que los estímulos estresantes sean producidos por el propio individuo, ya comentado en el [apartado 4.1.2](#).

La gran capacidad de los humanos para sobrevivir en las más extremas condiciones de estrés físico se debe a su habilidad para compensarlo con mecanismos de protección social y psicológica. Desgraciadamente, esta protección no es perfecta ni está exenta de conflictos. El dominio del entorno ha sido hasta tal punto conseguido que las principales fuentes de estrés actual son las creadas por la propia civilización y tienen poco que ver con las que rodeaban al hombre primitivo. Más importante que la *calidad de vida*, entendida como la disponibilidad de medios económicos y materiales, es la *calidad de la experiencia* o grado de satisfacción con esos medios y con el entorno físico y humano en general. Por eso, entre los factores externos de estrés, ocupan un lugar predominante los de naturaleza psicológica y social.

La evolución cultural de la especie humana ha sido mucho más rápida que la biológica. El cerebro humano actual difiere poco del primitivo, pero las condiciones de vida con las que se encuentra son extraordinariamente diferentes. Las respuestas biológicas de estrés están adecuadas a un mundo que, salvo dramáticas excepciones, prácticamente ya no existe. Los problemas creados por la proximidad de un examen o por un embotellamiento de tráfico no se resuelven con la reacción de lucha-huida. El procesamiento cognitivo de esta discrepancia conduce a la elaboración de nuevas pautas de acción, más adecuadas a la realidad actual. En gran parte, la maduración psicológica consiste en la adquisición de estas nuevas pautas, mediante procesos de identificación, aprendizaje y descubrimiento personal. La psicoterapia favorece el desarrollo y la optimización de la respuesta psicológica ante el estrés a) mejorando las habilidades de procesamiento cognitivo, b) facilitando la percepción, expresión y regulación de la actividad emocional y c) entrenando el sistema neurovegetativo para mantener un adecuado equilibrio ergotrópico-trofotrópico.

4.1.4. Compensación psicológica del estrés fisiológico

La reactividad del ser humano recién nacido ante el estrés es puramente fisiológica. El desarrollo progresivo de funciones mentales como la simbolización, la internalización, el aprendizaje, la creatividad, la lógica y la resolución de problemas va permitiendo un creciente manejo psicológico del estrés y resta energía a procesos fisiológicos inútiles o autodestructivos. La inmadurez de este proceso de mentalización explica los dolores abdominales, las inapetencias, la susceptibilidad a infecciones, etc., que son tan frecuentes en el niño estresado. El autoengaño y otros mecanismos inconscientes de defensa, aunque puedan crear otro tipo de problemas, también sirven de protección contra las respuestas fisiológicas perjudiciales. Idealmente, una persona con desarrollo psicológico óptimo puede atravesar un amplio espectro de situaciones de estrés sin gran activación fisiológica. En la práctica, pocas veces se alcanza este estado, los procesos psicológicos suelen ser insuficientes para prevenir totalmente las respuestas fisiológicas inapropiadas y un cierto grado de somatización del estrés es frecuente. Precisamente, uno de los objetivos fundamentales del tratamiento psicológico del estrés es favorecer y potenciar el éxito de los procesos mentales internos de respuesta ante el estrés.

Cuadro 4.1. *Características del estrés psicológico*

1.	El estrés no está determinado ni por el individuo ni por el ambiente, por sí solos, sino por la <i>relación particular</i> que se establece entre ambos.
2.	La <i>particularidad</i> de esta relación depende de su evaluación por la persona que la vive como una amenaza, una sobrecarga o una contradicción.
3.	A los estímulos estresantes ambientales o externos hay que añadir los procedentes de <i>procesos internos</i> , es decir, elaborados por el propio sujeto, que experimenta así un estrés <i>autogenerado</i> o <i>autoestrés</i> .
4.	La respuesta de estrés es <i>mental</i> , es decir, consiste en procesos internos de naturaleza cognitiva o emocional.
5.	El éxito de este <i>esfuerzo o actividad del aparato mental</i> previene la activación de los sistemas fisiológicos de respuesta al estrés.

4.2. Los factores externos de estrés

Intuitivamente, acostumbramos a relacionar el estrés con condiciones ambientales o psicosociales extremas. Sin embargo, ya es sabido que eventos relativamente insignificantes pueden tener significación clínica. Toda la investigación actual sobre acontecimientos vitales se basa en la identificación y cuantificación de estas posibilidades, entre las que, sorprendentemente, se incluyen circunstancias que parecen, en principio, beneficiosas para el individuo. Los factores externos de estrés engloban todas aquellas variables del ambiente susceptibles de alterar el equilibrio del medio interno o sobrecargar los mecanismos de adaptación, defensa y regulación del organismo. Según su naturaleza, los

factores externos de estrés de naturaleza psicosocial se clasifican como acontecimientos vitales, crisis, trauma o sobrecarga.

Los acontecimientos vitales son, por definición, más o menos esperables en el curso de una vida normal y su duración es relativamente breve. Diferente es el caso de otros dos tipos de factor externo de estrés, que no cumplen todas estas condiciones: el trauma y la sobrecarga. El primero no es esperable en una vida normal, tratándose de un acontecimiento excepcional; y el segundo, también llamado estrés crónico, no está recortado en el tiempo. Ciertamente es que algunos acontecimientos vitales pueden ser traumáticos, dependiendo, entre otras cosas, de su intensidad, de su significado y del estado del individuo que los experimenta. Ciertamente es también que la duración de algunos acontecimientos no está claramente delimitada en los instrumentos de medida, pudiendo considerárselos más como sobrecargas que como eventos puntuales. Algunos cuestionarios de estrés cotidiano, por ejemplo, tienden a reflejar una situación crónica, esto es, una sobrecarga por acumulación de molestias cotidianas repetitivas, mientras que otros intentan informar sobre eventos concretos aislados. Las crisis son un tipo especial de situación, intermedia entre el acontecimiento vital y el trauma, que se define por la cualidad y la perentoriedad del cambio que generan. El cambio que generan interrumpe la vivencia habitual de continuidad psíquica, parece exigir algún tipo de intervención o respuesta y tiene en sí la potencialidad de un desenlace afortunado o funesto.

4.2.1. Acontecimientos vitales

Un determinado acontecimiento o suceso se considera estresante cuando implica una modificación o cambio importante en las condiciones de la vida habitual. El problema está en determinar, exactamente, qué es la vida habitual, y qué es un cambio importante. Mason (1968) observó que la introducción de nuevas variables en una actividad monótona se acompaña de aumentos transitorios en la secreción de cortisol, indicando una respuesta fisiológica de estrés en relación con la novedad. Esta reacción transitoria de estrés se produce incluso cuando los elementos añadidos facilitan la tarea, lo cual va contra la lógica predicción de que, al facilitarla, la harían menos estresante (Kiritz y Moss, 1964). Aunque existe cierta controversia al respecto, este “efecto novedad” parece ser menor cuando la ocurrencia del nuevo acontecimiento puede predecirse (Matthews, 1989).

Cuando los cambios adquieren cierta pauta y se convierten en una ocurrencia habitual, puede que acaben por llegar a perder su cualidad estresante, y es entonces cuando un periodo de tiempo sin cambios puede percibirse como estresante. Es decir, existe también el *cambio negativo*, entendido como la desaparición o interrupción de una condición, acontecimiento o serie de acontecimientos que forman parte de la experiencia habitual. Las personas difieren en cuanto a la cantidad y cualidad de cambios que

consideran óptimos en su vida, pero el principio es siempre el mismo: Una vez habituado a determinada pauta o circunstancia, el sujeto considera toda modificación de la misma como estresante, independientemente de que esta modificación pueda ser beneficiosa o no.

La introducción del concepto de “unidades de cambio vital” (Life Change Units, LCU) por Holmes y Rahe (1967) supuso un avance revolucionario en el estudio del estrés. En primer lugar, permitió la cuantificación de los factores externos de estrés y, en segundo lugar, hizo evidente el principio de equivalencia, según el cual varios pequeños acontecimientos que se presentan próximos en el tiempo pueden tener un efecto estresante acumulativo igual al de una catástrofe personal aislada. El instrumento de medida desarrollado por estos autores alcanzó pronto gran popularidad, y ha sido el ejemplo de otros muchos de aparición posterior. Comoquiera que ha sufrido varias modificaciones, más de nombre y aplicación que de contenido y concepto, revisaremos brevemente su evolución.

En un primer estudio, Holmes y Rahe elaboraron una lista de 43 acontecimientos vitales relativamente frecuentes (ver Apéndice), que denominaron Escala de Reajuste Social (*Social Readjustment Rating Scale, SRRS*). Con ella entrevistaron a una muestra de sujetos normales y, aplicando una metodología derivada de la psicofísica, establecieron un valor o puntuación para cada acontecimiento, supuestamente correspondiente al grado de cambio vital y esfuerzo de adaptación necesario tras su ocurrencia. En una segunda fase, y después de eliminar uno de los ítems (Fiestas de Navidad), red denominaron el instrumento Lista de Acontecimientos Recientes (*Schedule of Recent Events, SRE*), y lo utilizaron en sus bien conocidos estudios sobre la relación entre estrés y enfermedad, que se comentará en el [capítulo 5](#), “Psicosomática del estrés”. Finalmente, rephrasearon algunos ítems, aumentaron su número, añadieron instrucciones para que el sujeto determinara su propia valoración subjetiva de sus acontecimientos estresantes y volvieron a cambiar el nombre del instrumento a Cuestionario de Cambios Vitales Recientes (*Recent Life Change Questionnaire, RLCQ*).

La adaptación española de la Escala de Reajuste Social fue realizada aplicando la misma metodología de Holmes y Rahe en una muestra representativa de la población general (Rivera y Morera, 1983a). La valoración en unidades de cambio vital realizada por nuestros sujetos fue generalmente superior a la de la muestra norteamericana, con algunas diferencias puntuales explicable por las diferencias socioculturales entre las dos muestras. A pesar de estas diferencias, se mantiene el valor predictivo del Cuestionario de Cambios Vitales en cuanto a la determinación de la vulnerabilidad a enfermar, aunque a un punto de corte mayor que con los valores norteamericanos (Rivera, 1989a).

Aunque el “efecto acontecimientos vitales” en la predisposición a enfermar tenga validez transcultural, es obvio que la valoración del poder estresante de un determinado acontecimiento puede variar no sólo entre culturas, sino entre individuos de una misma cultura. La adaptación española de la escala de Holmes y Rahe apoya esta hipótesis, por cuanto que los coeficientes de variación de los valores asignados a cada acontecimiento son muy dispares. Algunos acontecimientos, como “muerte del cónyuge”, “ruptura de la

familia”, etc., tienen un coeficiente de variación muy pequeño, lo cual indica que reciben valores muy parecidos por los diferentes sujetos. Otros, tales como ascenso en el trabajo, problemas legales, dificultades laborales, etc., muestran, por el contrario, coeficientes de variación elevados, lo cual indica que reciben valores muy dispares por los distintos sujetos. Los coeficientes de variación pequeños indican un elevado consenso en la población sobre el impacto o desequilibrio producido por el acontecimiento en cuestión, y por eso decimos que el valor en LCU de esos ítems representa “valores culturales de estrés” o que son “estresantes culturales”. Por el contrario, un coeficiente de variación grande indica que el valor asignado al ítem en cuestión es un artificio estadístico, procedente de hallar la media de puntuaciones muy dispares, por lo que lo hemos denominado “valor individual de estrés”. En el [cuadro 4.2](#) presentamos los acontecimientos vitales con valor cultural en nuestra muestra. Independientemente de sus aplicaciones en la investigación sobre estrés y morbilidad, la escala de reajuste social es un instrumento interesante para la investigación transcultural, al permitir la determinación de valores culturales característicos de distintas poblaciones. Para ello, además del valor asignado a cada ítem, es preciso tener en cuenta su coeficiente de variación, o sea, la dispersión de las puntuaciones individuales. Teóricamente, aquellos ítems que demuestren consistentemente ser valores culturales en todas las sociedades humanas pueden ser considerados acontecimientos universales o transculturales, y podremos decir que su efecto estresante viene determinado por la naturaleza humana en sí, más que por factores culturales o personales. Algunos acontecimientos, como la muerte del cónyuge o de un familiar cercano, pueden reunir estas características.

Diferencias objetivas y subjetivas en la valoración de sucesos vitales. Factores personales tan tenues como el “punto de vista” desde el que se considera el acontecimiento influyen en la valoración de su potencial de estrés. Rivera y Morera (1983b) aplicaron la misma metodología a dos subgrupos equiparables de sujetos de una misma población, con una pequeña diferencia: Al preguntarles su valoración en “unidades de cambio vital” o LCU-*Life Change Units* de distintos acontecimientos vitales, se instruyó a los sujetos de un subgrupo a que lo hicieran considerando cuánto podría afectar el acontecimiento a “un individuo medio normal”, mientras que a los sujetos del otro subgrupo se les instruyó que consideraran cuánto podría afectarles si les ocurriera a ellos mismos (o a alguien de su familia en caso de que no pudieran aplicarse el acontecimiento a sí mismos, por ejemplo, quedar embarazada si el sujeto es varón). Al primer punto de vista se le llamó “objetivo” y al segundo “subjetivo”. Las puntuaciones medias y los coeficientes de variación obtenidos son significativamente diferentes en 11 ítems, siete de los cuales puntúan más con el método objetivo y cuatro puntúan más con el subjetivo ([cuadro 4.3](#)).

Cuadro 4.2. *Acontecimientos vitales culturales en España*

<i>Ítem</i>	<i>Valor</i>	<i>s d</i>	<i>Coefficiente de variación</i>
1 Muerte del cónyuge	92	13	16.68
17 Muerte de familiar cercano	73	23	32.8
21 Ruptura de la familia	79	25	31.75
26 Quedarse sin trabajo	82	23	27.50
28 Despido	81	24	30.37
40 Problema legal grave	84	22	26.90
60 Enfermedad prolong.	73	23	32.33
61 Deterioro audición/visión	81	23	29.96

Cuadro 4.3. *Diferencias objetivas y subjetivas en la valoración de acontecimientos vitales*

MAYOR VALOR SUBJETIVO
– Separación de la pareja. – Enfermedad de familiar cercano. – Familiar deja la casa. – Problemas con vecinos.
MAYOR VALOR OBJETIVO
– Aborto deseado o provocado. – Ascenso en el trabajo. – Nuevo empleo. – Éxito personal. – Cambio de costumbres. – Cambio de opiniones políticas. – Vacaciones fuera de casa.

Las diferencias halladas, más que aleatorias, parecen seguir una cierta pauta: Los siete ítems que reciben mayor puntuación desde la perspectiva “objetiva” son acontecimientos generadores de expectación, mejora o eliminación de entorpecimientos, mientras que los cuatro que reciben mayor puntuación “subjetiva” corresponden a acontecimientos de pérdida o generadores de sentimientos depresivos. Como ocurre con otras variables culturales, para medir el impacto emocional o esfuerzo de adaptación a acontecimientos estresantes se aplica un doble criterio: El “oficial”, que corresponde a las evaluaciones objetivas, y el “privado”, puesto en evidencia por las subjetivas. Las discrepancias entre ambos métodos revelan una tendencia cultural a sentirse especial, que influye en la valoración del potencial estresante de algunos acontecimientos de manera

diferente según que le ocurran a uno mismo o a los demás. Así, se puede concluir de este estudio una tendencia que se considera a sí misma más sensible a las pérdidas que los demás, y, por el contrario, más resistente a la novedad y la expectativa.

Desde el primer estudio de Holmes y Rahe han aparecido otros muchos cuestionarios y procedimientos para valorar acontecimientos vitales, que intentan solucionar algunos de los problemas encontrados con el instrumento original. El campo ha experimentado tal explosión que hay incluso tratados específicos sobre la teoría y la práctica de la evaluación de los factores externos de estrés, desde los clásicos de Dohrenwend y Dohrenwend (1974) y Brown y Harris (1989) hasta los más recientes de Miller (1989, 1996). Una revisión, que ya podemos considerar anticuada, localiza hasta 42 cuestionarios, el más pequeño de los cuales consta de 5 ítems, y el mayor de 118. Muchos de los ítems son repetidos de unos cuestionarios a otros, pero aún así, entre todos registran 802 acontecimientos diferentes. En el [cuadro 4.4](#) se presentan los acontecimientos más frecuentes en los distintos cuestionarios, con la proporción de sus coincidencias.

Cuadro 4.4. *Acontecimientos coincidentes en 42 cuestionarios (Finlay, 1988)*

<i>Acontecimiento</i>	<i>%</i>
Cambio de residencia	83
Enfermedad o lesión grave	71
Casarse	71
Divorcio/separación	68
Despido/jubilación	64
Embarazo (o de la pareja)	62
Muerte del cónyuge	62
Muerte de un amigo íntimo	60

Esta profusión de cuestionarios hace sospechar que ninguno de ellos es totalmente satisfactorio. Algunos fueron diseñados para estudios muy concretos o para aplicación en poblaciones muy específicas, y su difusión ha sido mínima. Otros han alcanzado mayor popularidad, como el de Paykel *et al.* (1971) y el de Dohrenwend *et al.* (1978). Hay cuestionarios muy sencillos, de fácil aplicación autoadministrada, y otros muy complejos, como el de LEDS de Brown y Byrley (1968) y Brown y Harris (1978), que es realmente una entrevista semiestructurada, y cuyo uso correcto necesita un entrenamiento específico del entrevistador. Casi todos los demás procedimientos son variaciones del de Holmes y Rahe, aunque cada vez es más frecuente que los nuevos cuestionarios tengan en cuenta el valor estresante que el propio sujeto atribuye a cada acontecimiento que ha

vivido, así como su naturaleza agradable, desagradable o indiferente, tal como el de Sandin.

Un enfoque totalmente nuevo fue iniciado por el grupo de Lazarus, que ideó un instrumento para medir problemas y molestias cotidianas, el “*Daily hassles and uplifts*”, literalmente “fastidios y subidones cotidianos” (Kanner *et al.*, 1981). Esta nueva tendencia es complementaria de la tradicional, ya que permite medir el impacto de eventos frecuentes y de pequeña escala, manteniendo los antiguos instrumentos su aplicación para cuantificar eventos más importantes, pero de ocurrencia menos frecuente. Después del interés inicial en las alegrías o satisfacciones cotidianas (“*uplifts*”), diversos estudios fueron confirmando que tienen poca influencia en la relación entre estrés y enfermedad, y que aportan poco al cuestionario, por lo que su determinación ha sido progresivamente eliminada del creciente número de instrumentos.

4.2.2. Crisis

La crisis es una clase especial de cambio, cuyo significado para el individuo es cualitativa-mente diferente que el inducido por acontecimientos vitales normales. Su estudio ha sido objeto de una monografía especializada (Rivera, 2006). Sus implicaciones clínicas se tratan en el [capítulo 8](#).

En términos generales, la crisis es

una condición inestable, que se presenta en el curso de un proceso, y cuya resolución condiciona y modula la continuidad del mismo.

Desde el punto de vista psicológico,

crisis es “una experiencia puntual, que fuerza al individuo a reconsiderar, en un plazo breve de tiempo, el sentido de su vida”.

De manera más específica, la crisis emocional es un cambio inesperado y brusco en la biografía personal que

- a) Interrumpe la vivencia de continuidad psíquica.
- b) Requiere una intervención, decisión o transformación del sujeto que la vive.
- c) Activa la reactividad emocional.
- d) Obliga a replantearse el sentido de la vida.
- e) Tiene en sí la potencialidad de conducir a consecuencias que pueden ser beneficiosas o perjudiciales.

4.2.3. Trauma

El concepto de trauma psíquico se desarrolló mucho antes que el de estrés, a partir de la investigación clínica de la neurosis histérica (ahora trastornos de somatización y/o disociativos). Inicialmente, se describió como "toda experiencia evocadora de emociones desagradables, tales como pánico, angustia, vergüenza o dolor físico" (Breuer, 1893). Posteriormente, la definición fue elaborada en términos más generales, y formulada de la manera siguiente:

Una experiencia es traumática cuando, en un corto lapso de tiempo, produce una sobrecarga de excitación neuronal que no puede ser disipada de la manera habitual, dando como resultado alteraciones permanentes en la distribución de la energía psíquica (Freud, 1916).

Con ligeras variantes y adaptaciones, la definición de trauma psíquico es todavía válida (Bilder y Le Fever, 1998), aunque se reconoce que traumas únicos que no desbordan aisladamente los mecanismos psicológicos de defensa pueden adquirir potencial patógeno si se repiten o actúan de manera insistente y repetida (Hiley-Young, 1992).

Desde las primeras conceptualizaciones de estrés psicológico y su aplicación a la psicología evolutiva (Engel, 1962), se acepta que un cierto nivel de estrés es inevitable y necesario para un normal desarrollo de la personalidad. Sin embargo, cuando su intensidad es excesiva, o su cualidad inapropiada, aumenta la probabilidad de que se produzcan manifestaciones patológicas. Cuando las circunstancias estresantes son de tal intensidad y naturaleza que producen una desestabilización súbita de las estructuras mentales y un desbordamiento total de las capacidades de procesamiento, el fenómeno resultante se denomina "Estrés Traumático".

El paralelismo entre los conceptos de trauma y estrés psicológico grave es tan marcado que, en ocasiones, se entiende como trauma psíquico todo estímulo que exige un esfuerzo exagerado de los mecanismos psicológicos de afrontamiento o defensa, y también como el estímulo específico desencadenante de una reacción severa de estrés psicológico. Sin embargo, como señala Benyakar *et al.* (1989), el trauma no es meramente el extremo superior de un continuum de niveles de estrés psicológico, sino que implica la transposición de un dintel, en el mismo sentido que en el concepto de estrés crítico de Cannon. Tras la experiencia traumática se produce una nueva manera de estructurar el funcionamiento mental, por lo que se puede decir que una experiencia traumática marca un cambio, a partir del cual ya no es posible la continuación del funcionamiento psicológico normal, como lo era a niveles inferiores de estrés. En resumen, podemos definir el estrés traumático por una acción intensa, que se ejerce en un corto lapso de tiempo, y que produce una ruptura en la continuidad de la vida psíquica.

Algunos factores objetivos del acontecimiento que aumentan su carácter traumático son:

1. El grado en el que atenta contra el mantenimiento de la vida, la salud y la identidad.
2. El nivel de exposición, cercanía o implicación del sujeto con el acontecimiento traumático.
3. La repetición de las situaciones, cada una de las cuales puede tener poco valor traumático en sí misma (“microtraumas”) pero cuya acumulación agota la resistencia y capacidad de adaptación del individuo.

Teniendo en cuenta su naturaleza o el área de funcionamiento humano en el que tiene lugar su mayor impacto Kira (2001) clasifica los acontecimientos traumáticos en:

1. Trauma vincular. Ruptura de los vínculos afectivos por separación, abandono o pérdida de personas importantes, o por extrañamiento o maltrato afectivo.
2. Trauma de identidad, por ruptura o interferencia con autoconceptos básicos o intrusión en las fronteras que delimitan la identidad personal, como en la violación o asalto sexual, violencia doméstica, tortura, acoso psicológico.
3. Trauma social, por ruptura de la red social habitual de la que la persona se considera parte integrante, como en la emigración, sobre todo en la forzada (refugiados), pérdida de afiliación por expulsión o exclusión de una organización significativa, vacío social por acoso institucional (Rivera, 2000), etc.
4. Trauma de autorrealización, por interferencia en los sistemas de autovaloración personal, como por destitución, desempleo, ruina económica, descrédito y, en general, fracaso en la consecución de las metas vitales personales.
5. Trauma vital, que pone en peligro la supervivencia física de la persona o de sus allegados más íntimos.

4.2.4. Sobrecarga

La sobrecarga psicosocial es una exigencia exagerada o desproporcionada, que actúa de manera continuada, que deriva de los procesos de integración del individuo en su entorno humano, y que puede ser contrarrestada durante largo tiempo por los mecanismos de afrontamiento y defensa, sin que se observen grandes efectos a corto plazo.

En cierta forma, es todo lo contrario del trauma. Se trata de una modalidad de estrés crónico, que no destaca ni parece diferenciarse grandemente de las condiciones de la vida habitual y que ejerce su acción a largo plazo. Como es difícil de identificar y aún más de medir, la sobrecarga psicosocial ha recibido mucha menos atención que el estrés

traumático. Existen pocos instrumentos para su estudio y sus efectos son mucho menos conocidos que los del estrés relacionado con los acontecimientos vitales y los sucesos traumáticos.

Las exigencias planteadas por el entorno humano pueden consistir en relaciones interpersonales conflictivas, frustración de metas personales, contradicción o afrenta continuada al autoconcepto y autoestima, interferencias con el proceso de formación y mantenimiento de la identidad personal y, en general, todas aquellas discrepancias severas entre la propia experiencia de sí mismo y vivencias alternativas externamente impuestas. La permanencia en una situación así puede ser: a) forzada, como en el caso de prisioneros, menores en familias patológicas o trabajadores sin alternativas económicas, o b) autoimpuesta, para satisfacer la necesidad de pertenencia u otro tipo de necesidades afectivas, como en el caso de miembros de sectas, amantes patológicos o trepas ambiciosos que sacrifican sus compromisos internos por conveniencias sociales.

De la misma manera que el impulso para el estudio del trauma psíquico ha venido siempre de los conflictos bélicos, el “campo de batalla” favorito del estrés crónico ha sido el medio laboral (Rivera, 1977). El instrumento de medida de sobrecarga psicosocial más conocido es el Inventario de Maslach (1981, 1997), concebido para detectar el síndrome del “burn-out” o de desgaste profesional, desgraciadamente frecuente en el medio sanitario (De las Cuevas, 1997, Mingote, 1999). Mientras que el enfoque primordial del cuestionario de Maslach es la respuesta personal o los efectos que la situación tiene en el individuo, el instrumento de clima laboral elaborado por Moos *et al.* (1981) pretende valorar factores externos relacionados con acontecimientos y estructuras del entorno laboral. Mediante la aplicación de este instrumento, Pastora Cuevas (1996) ha demostrado la relación entre clima laboral y psicopatología, así como el efecto sensibilizante del índice de reactividad al estrés y la relativa protección que ofrece el apoyo social.

Los efectos de la sobrecarga psicosocial pueden hacerse notar de manera larvada o brusca, pero siempre después de una larga exposición a factores externos de estrés relativamente estables, a los que el sujeto parece estar razonablemente bien adaptado. La evolución larvada se caracteriza por patología inespecífica, morbilidad psiquiátrica menor, sentimientos de desánimo y desesperanza, envejecimiento prematuro, disminución generalizada de la capacidad funcional, etc. El *síndrome metabólico*, que se describe en la psicósomática del estrés, [capítulo 5](#), es uno de sus más extendidas expresiones en la sociedad actual.

La evolución brusca se manifiesta, generalmente después de un periodo más o menos silente de evolución larvada, por aparición repentina de síntomas de sufrimiento, desilusión y agotamiento o, por el contrario, rebelión y rechazo de todas las imposiciones y compromisos sociales hasta entonces aceptados con aparente convicción. Aparte de las importantes alteraciones de la conducta pueden presentarse fracasos psicósomáticos agudos en personas aparentemente sanas hasta ese momento.

El concepto de *carga alostática* desarrollado por Mc Ewen (1998) permite elaborar elegantes explicaciones sobre los efectos patógenos del estrés crónico. El

organismo se adapta a la sobrecarga psicosocial mediante cambios persistentes que implican desviaciones importantes y duraderas de sus valores basales, tales como la frecuencia cardíaca, la presión arterial o la secreción de cortisol y otras hormonas. Esta alteración fisiológica persistente produce un desgaste en órganos diana que no puede ser reparado al mismo ritmo que en condiciones basales óptimas, acabando con su lesión o fracaso y la aparición de condiciones morbosas. A la misma conclusión se llega con el modelo explicativo ofrecido por la *Ley General de la Homeostasis* (págs. 74-79), teniendo en cuenta el grado de desviación de una función o constante de sus valores óptimos, el tiempo durante el cual se mantiene esta desviación y la resistencia o tolerancia del organismo a variaciones en esa constante o función.

5

Psicosomática del estrés

La creciente relevancia del estrés en medicina se ha ido haciendo evidente a lo largo de tres grandes etapas históricas. La primera se inicia con los trabajos de Walter Cannon, la segunda culmina con los descubrimientos de Hans Selye y la tercera se estabiliza con la aparición de la medicina psicosomática, también llamada “conductual”. Al primer periodo debemos la demostración del vínculo entre emociones y procesos vitales; al segundo, la popularización del término y la descripción del Síndrome General de Adaptación; al tercero, el concepto de estrés psicosocial y el descubrimiento de factores moduladores, que, como el tipo de personalidad, el locus de control o el estado afectivo, potencian, inhiben o modifican la interacción entre factores externos y factores internos de estrés. Paralelamente, los conceptos de estrés y de trauma se han ido abriendo paso en psicopatología, tanto participando en formulaciones etiopatogenéticas inespecíficas, como constituyendo la base de síndromes específicos.

Se distinguen cinco grandes grupos de aportaciones progresivas de la psicosomática del estrés, que son:

1. La biología de las emociones.
2. Las enfermedades de adaptación.
3. El equilibrio homeostasis-alostasis.
4. El “efecto acontecimientos vitales”.
5. Los factores moduladores de estrés.

Esta división es relativamente artificial, primero, porque no hay cortes netos entre etapas, existiendo entre todas ellas un cierto solapamiento temporal y conceptual; segundo, porque todas las etapas siguen activas, manteniéndose el interés por la investigación y la aplicación clínica de todas ellas; y, tercero, porque la más urgente tarea de la actual psicosomática del estrés no es establecer divisiones, sino integrar los conocimientos propios de cada etapa en una teoría y una praxis unitaria. Por razones de organización conceptual, *el síndrome metabólico*, que relaciona el estrés crónico con la enfermedad

cardiovascular, se estudia en el [capítulo 9](#).

5.1. La biología de las emociones

La acción de las emociones sobre la salud, la enfermedad y el funcionamiento humano en general ha sido objeto de admiración y comentario desde muy antiguo. Filósofos y poetas han hecho recurso literario frecuente tanto del efecto nocivo de los estados emocionales como de su acción energizante en situaciones comprometidas. De la misma manera, la medicina investiga y especula, desde los tiempos de Hipócrates, sobre la naturaleza de las sustancias y funciones corporales responsables de la génesis de las emociones. Walter Cannon recoge algunas interesantes anécdotas en la primera de sus dos grandes obras, *Bodily Changes in Pain, Hunger, Fear and Rage* (*Los cambios Somáticos en Dolor, Hambre, Miedo y Furia*), con la que culmina dos décadas de investigación puntera sobre las funciones de activación y defensa del organismo a través de los mecanismos simpático-adrenérgicos. A partir de estos trabajos, la emoción entra de lleno en el terreno de la psicología científica, sin abandonar del todo, claro está, los siempre perennes de la literatura y la filosofía.

La última teoría pre-experimental de la emoción es la James-Lange, llamada así en honor del norteamericano William James y del danés Carl George Lange, que la formularon casi al mismo tiempo, aunque de manera totalmente independiente. Knight Dunlap recopiló en 1922 una colección póstuma de los trabajos de ambos, que fue publicada con el título *Las Emociones* (James y Lange, 1922). Básicamente, la teoría reduce la experiencia emocional a la percepción de las sensaciones físicas que surgen en respuesta ante determinados estímulos. Como ellos mismos dicen: “El sentimiento de los cambios corporales según ocurren es la emoción; los comunes elementos sensoriales, asociativos y motores lo explican todo” (James y Lange, 1922). La emoción es la percepción del cambio somático, o, dicho de otra forma, si estamos tristes es porque lloramos; si estamos ansiosos es porque nuestro corazón se acelera, etc. El corolario inverso es que si nos reímos acabaremos por sentirnos contentos, una aplicación práctica de esta teoría que a veces funciona y que es la base de la *risoterapia*.

La primera crítica seria a James y a Lange fue formulada por Cannon, apoyándose en datos experimentales más que en indagaciones teóricas o en elaboraciones intuitivas. La emoción es, para Cannon, una pauta integrada de reactividad automática que se inicia en estructuras nerviosas subcorticales y se proyecta, periféricamente, hacia los músculos y las vísceras, y, centralmente, hacia la corteza cerebral. La médula suprarrenal, inervada por la rama simpática del sistema neurovegetativo, es una de las glándulas periféricas que responde más activamente, y los efectos de su secreción principal, la adrenalina, constituyen los principales concomitantes fisiológicos de la emoción (ver [cuadro 5.1](#)). El descubrimiento de la activación emocional de la secreción de adrenalina y, poco después,

de su capacidad para contrarrestar la fatiga y aumentar el rendimiento muscular levantaron gran expectación y polémica popular en su época. El revuelo fue tan grande que el mismo Cannon (1945), después de todo un científico serio, se sintió obligado a disculparse en su autobiografía por la ligereza de sus filtraciones a la prensa. Así fue como el término técnico “descarga de adrenalina” pasó a ser de uso corriente, sin perder por ello el interés de los científicos. Este fenómeno forma la base de la reacción de lucha-huida, cuya validez sigue tan vigente que constituye, hoy en día, un tema central en el estudio de la patología psicosomática y de los trastornos de estrés.

Cuadro 5.1. *Efectos de la adrenalina y noradrenalina*

	<i>Adrenalina</i>		<i>Noradrenalina</i>	
	<i>Alfa</i>	<i>Beta</i>	<i>Alfa</i>	<i>Beta</i>
Frecuencia cardíaca		aumento		aumento
Gasto cardíaco		aumento		aumento
Excitabilidad cardíaca		aumento		aumento
Presión arterial sistólica	aumenta		aumenta	
Presión arterial diastólica	disminuye		aumenta	
Circulación piel	constricción		constricción	
Circulación músculos		dilatación	constricción	
Circulación vísceras	constricción		constricción	
Resistencia periférica total		–disminuye–		–aumenta–
Músculo estriado	contracción			
Músculo liso		relajación		
Esfínteres	constricción			
Pupilas	dilatación			
Intestinos y vejiga	relajación		relajación	
Útero			contracción	
Bronquios		relajación		
Frecuencia respiratoria	aumenta			
Fuerza muscular	aumenta			
Temblor		aumenta		
Grasa tisular	disminuye	aumenta		
Estado emocional		hiperactivo		hiperactivo
Estado de alerta		aumenta		aumenta

Gregorio Marañón (1924, 1927), en trabajos justamente citados por Cannon, demuestra experimentalmente el efecto modulador de la actividad cognitiva sobre los

efectos emocionales de la adrenalina. En contra de la hipótesis de James-Lange, la pura y simple activación fisiológica producida por la administración de adrenalina, que produce cambios somáticos similares a los de la ansiedad, es percibida como una sensación general de activación o aceleración, sin que le sea atribuido ningún significado emocional específico. Algunos de los sujetos de Marañón identificaron correctamente estos cambios somáticos “como si” tuvieran determinada emoción, pero estableciendo claramente la distinción entre activación corporal y experiencia emocional. Observa Marañón, sin embargo, que cuando el sujeto ya está atenazado por alguna experiencia emocional, la administración de adrenalina intensifica la vivencia de ese estado. Asimismo, cuando el sujeto está bajo los efectos de la adrenalina, la reactivación expresa de determinada emoción, por ejemplo, entrando en conversación sobre un tema al que se le sabe particularmente sensible, produce una reacción emocional mucho más intensa. Cuarenta años después, Sachter y Singer (1962) repitieron los experimentos de Marañón, con una diferencia importante: los sujetos ignoraban la naturaleza de la sustancia inyectada, y por lo tanto, de sus efectos. Al sentir la activación fisiológica, los sujetos de Sachter buscaban afanosa e inconscientemente una explicación de la misma, aceptando y elaborando la información suministrada por un “gancho” que el experimentador había introducido entre ellos. Se desarrollaba entonces, y de manera correspondiente a los contenidos del pensamiento, una respuesta emocional apropiada al contexto. Los resultados de Sachter y Singer confirman las conclusiones de Marañón, que podemos resumir de la manera siguiente: *El estado emocional concreto que acompaña a la activación simpático-adrenal viene determinado por los componentes cognitivos y sociales de la situación en que esa activación tiene lugar.*

5.2. Las enfermedades de adaptación

El estudio del estrés adquirió su más influyente carta de naturaleza en Medicina con la descripción del Síndrome General de Adaptación (SGA) por Hans (Janos) Selye. La reacción de estrés propia de este síndrome es, en principio, expresión de las funciones adaptativas del organismo. La patología psicosomática del estrés se deriva de una insuficiencia o de un agotamiento del organismo para hacer frente a las condiciones estresantes. En determinadas circunstancias, la propia reacción de estrés puede provocar, por sí misma, el desarrollo de procesos patológicos, conocidos como “enfermedades de adaptación” por su relación directa con las diferentes fases del SGA (ver fig. 5.1).

La fase de alarma, caracterizada por una preparación y reorganización general de recursos, puede fracasar en su función defensiva tanto por ser insuficiente como por ser demasiado intensa. En la fase de resistencia, que corresponde al pleno ejercicio de las funciones adaptativas, el organismo se defiende, neutraliza y contrarresta la influencia de los factores externos de estrés. Este esfuerzo, sin embargo, produce desgaste y

sobrecarga, que puede ser asintomático durante largo tiempo, pero que acelera el envejecimiento y aumenta el riesgo de fracaso funcional. La fase de agotamiento, que puede sobrevenir de manera brusca o insidiosa después de un largo periodo de resistencia, marca el fracaso definitivo de las funciones generales de adaptación.

Las enfermedades de adaptación más conocidas son las lesiones que se producen por excesiva intensidad de la primera fase del síndrome, como las úlceras gástricas, o hacia el final de la segunda fase, como la cardiopatía isquémica.

La ulceración de la mucosa gástrica, descrita por Selye como uno de los síntomas constitutivos de su Síndrome, ya había sido observada anteriormente en situación de estrés por otros médicos, como Curling y Cannon. Estas lesiones obedecen a un doble mecanismo: por un lado, la hipersecreción de pepsinógeno secundaria a la elevación de ACTH inducida por el estrés, y, por otro, la vasoconstricción de la mucosa gástrica por estimulación simpática local. El *helicobacter pylori*, patógeno infeccioso responsable de la enfermedad ulcerosa duodenal, invade fácilmente tejidos ya dañados por el estrés.

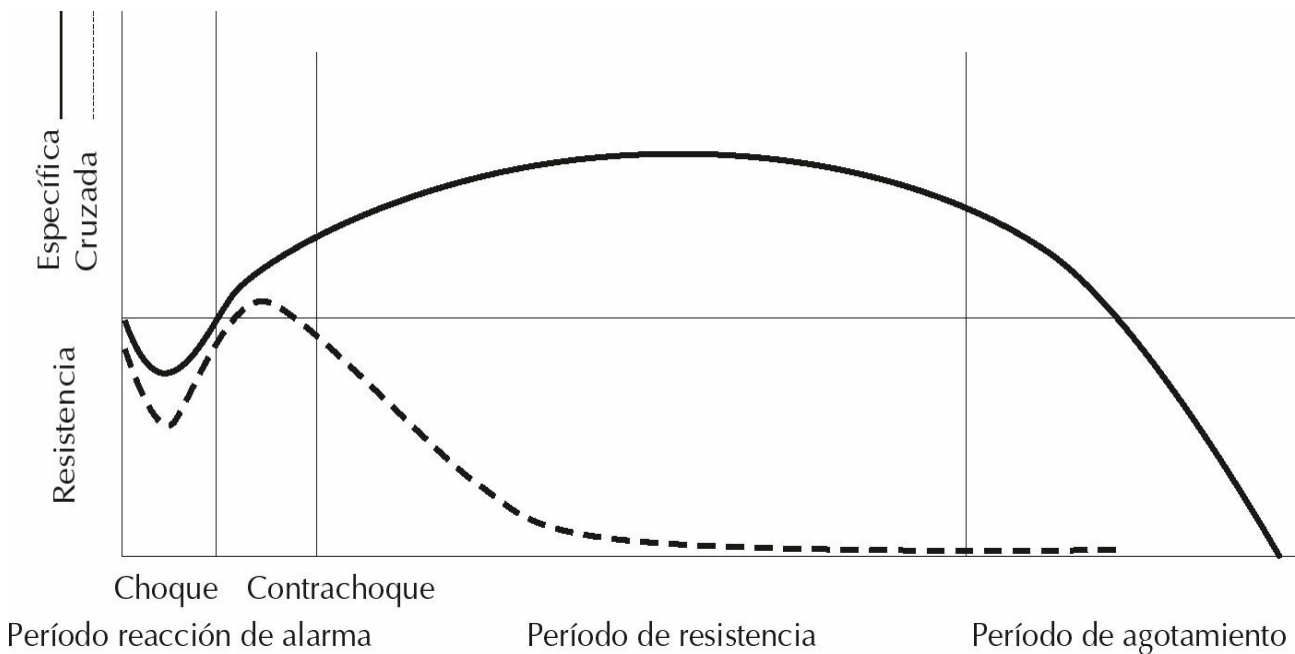


Figura 5.1. Fases del Síndrome General de Adaptación (Selye, 1950).

La cardiopatía isquémica es un ejemplo no sólo de enfermedad de adaptación, sino también de la pluricausalidad de las enfermedades. Los estudios experimentales de Selye demostraron que la necrosis por isquemia del músculo cardíaco es más probable cuando se combinan hipokalemia, hiperlipidemia y aumento de la demanda cardíaca, fenómenos todos ellos característicos de la reacción del estrés. La modificación de alguno de estos factores puede evitar o paliar los efectos del estrés sobre el corazón, y así Selye (1956) consiguió reducir la incidencia de lesiones miocárdicas en animales estresados.

simplemente con administración de cloruro potásico y dieta pobre en grasas.

Selye inició también el estudio de los factores externos de estrés, que denominó “estre-sores”, y a los que diferenció en dos grupos: los «sensibilizadores», que inducen una predisposición latente hacia una forma específica de reacción patológica, por ejemplo, inflamación, necrosis, trombosis, hemorragia, calcificación, etc., y «desencadenantes» que son los que precipitan esta reacción y determinan la localización de la enfermedad.

En cuanto a la respuesta del organismo al estresor, Selye distinguió dos tipos de mecanismos: el *catatóxico*, destinado a destruir directamente el patógeno, generalmente acelerando su catabolismo, y el *sintóxico*, cuya función es aminorar la reacción de rechazo del organismo y facilitar una cierta coexistencia con el patógeno. Claramente ambos mecanismos son antagónicos, y ejercen entre sí un mutuo control y equilibrio. Una insuficiencia relativa de los mecanismos sintóxicos es responsable, por ejemplo, de la reacción alérgica ante sustancias que hubieran podido ser eliminadas con una respuesta catatóxica moderada, pero ante las cuales una respuesta excesiva resulta contraproducente. La movilización de leucocitos y la producción de inmunoglobulinas son ejemplos típicos de reacción catatóxica, mientras que los efectos antiinflamatorios de los corticoides lo son de la sintóxica. La capacidad defensiva del organismo puede así ser en sí misma patógena, tanto por exagerada como por excesivamente tolerante, según se produzca un predominio inadecuado de reacciones catatóxicas o sintóxicas.

5.3. El equilibrio homeostasis-alostasis

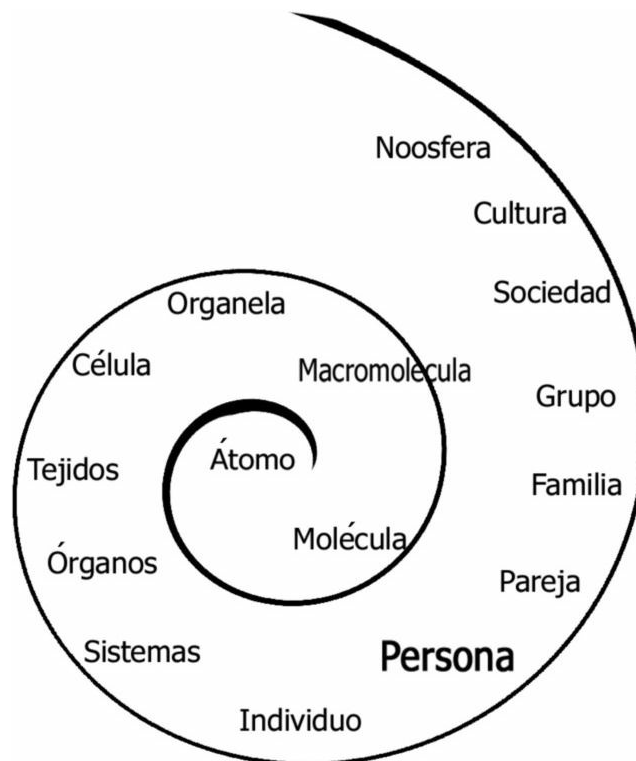
El concepto de homeostasis, tal como Cannon lo formuló en su obra capital, *The Wisdom of the Body* (La Sabiduría del Cuerpo), implica un equilibrio dinámico, sostenido de manera interactiva por la dialéctica constante entre la cinética interna y las variaciones del medio exterior. La regulación homeostática se establece a distintos niveles, desde el molecular-subcelular hasta el suprapersonal o social, pasando por la consideración global del individuo como un todo único.

El estudio de aspectos aislados de esta organización sistémica ha de dar, por fuerza, una visión parcial. El funcionamiento humano está influido siempre por una actividad jerárquicamente organizada de suprasistemas y subsistemas relacionados. Por eso, el estudio aislado de la biología molecular, de la psicología o de la sociología no puede llegar a dar una explicación final de los fenómenos que observan. La transmisión de información de unos niveles a otros, su inter-influencia en la programación y funcionamiento del organismo y las relaciones entre los distintos niveles constituyen el objeto de estudio de la Teoría General de Sistemas de Bertalanffy, que ha influido poderosamente en la formulación del modelo biopsicosocial de Engel.

La comprensión de la homeostasis en términos humanos requiere considerar al

individuo como una unidad o psicosoma, en la que los procesos psicológicos y fisiológicos están indisolublemente unidos. Bien es cierto que las leyes que gobiernan el desarrollo de ambos tipos de proceso son diferentes y que los métodos aplicados para observarlos son distintos, pero eso no cambia la esencial unidad de la naturaleza humana. La dicotomía no es inherente al ser humano, sino que es introducida por el estudioso que, en la elaboración de sus métodos y teorías, encuentra más fácil aplicar el enfoque biológico para explicarse cierto tipo de fenómenos, mientras que prefiere el psicológico o el social para comprender otros.

El individuo se encuentra inmerso en un medio externo con influencias, más o menos sistematizadas, de naturaleza física, interpersonal y social, de las que depende para su desarrollo. El medio ambiente es fuente de estimulación y nutrición, imprescindibles para la subsistencia, mientras que el medio interno del organismo contiene las instrucciones y los impulsos que rigen su aprovechamiento. Por otra parte, tanto el medio ambiente como los cambios producidos por el desarrollo del individuo y por sus propios ritmos intrínsecos ejercen influencias desestabilizadoras, que tienden a alterar el equilibrio del medio interno. Aparecen así los mecanismos reguladores de la homeostasis, encargados de mantener la constancia de las interacciones básicas del medio interno. La programación genética está encaminada a asegurar el funcionamiento idóneo, que se considera sano cuando es capaz de satisfacer las necesidades del individuo, responder a las exigencias del medio ambiente y a las de su propio medio interno y proseguir su desarrollo mental, biológico y cultural.



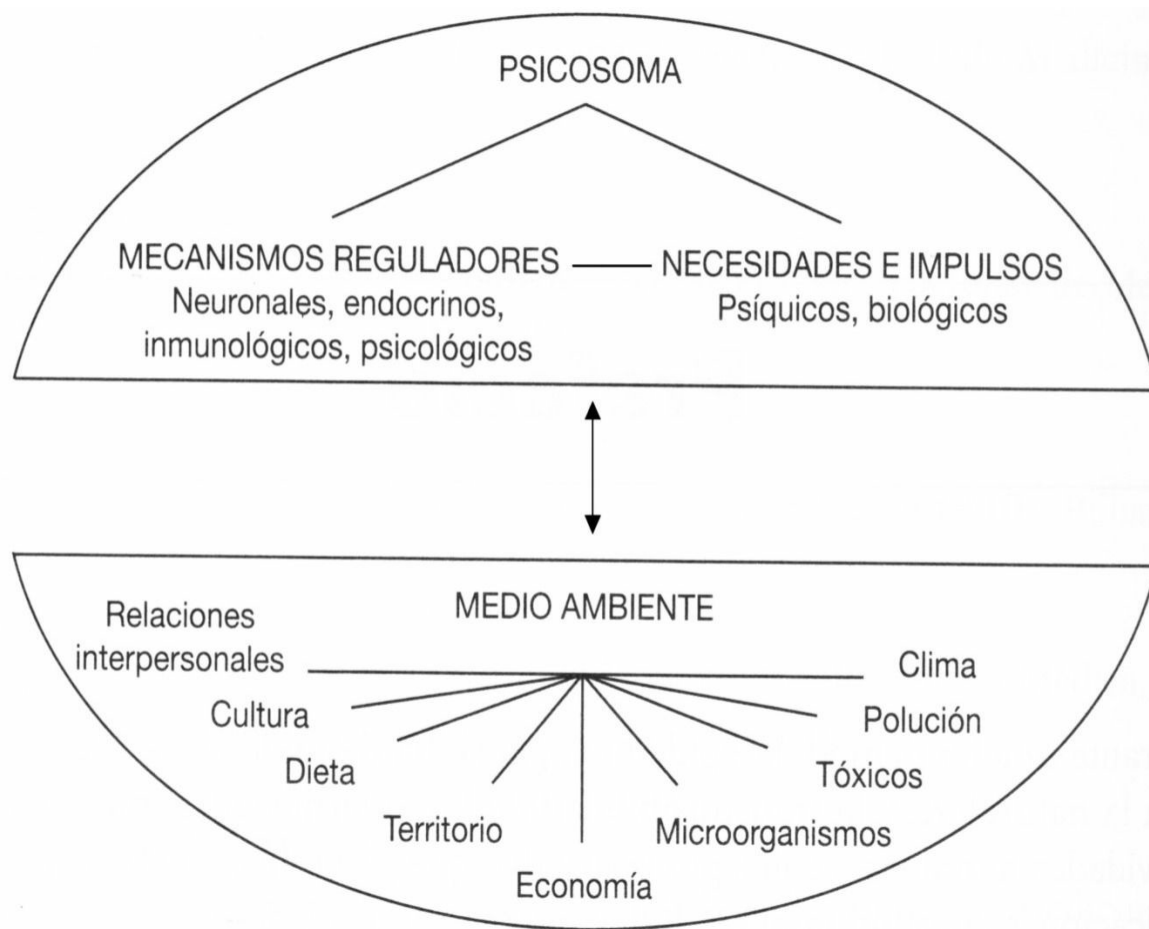
La persona es el núcleo central de la experiencia humana, que se extiende desde el sub-

sistema de partículas subatómicas hasta suprasistemas que van más allá de la noosfera. Todos estos niveles influyen en el fenómeno humano, y son influidos por él.

Figura 5.2. Niveles de organización de la experiencia humana (Rivera, 2006).

Inherente al psicosoma son los impulsos necesarios para su conservación, desarrollo y reproducción, así como los mecanismos reguladores encargados de mantener la constancia del medio interno. Los *mecanismos intermedios* son *el conjunto de interacciones neurológicas, fisicoquímicas e inmunológicas mediadoras entre los altos niveles de integración cerebral y la función de los diversos órganos, aparatos y sistemas* (Rivera, 1980, 2003). A través de estos mecanismos el estrés ambiental y los estímulos simbólicos hallan su expresión fisiológica, pudiendo, en ocasiones, desencadenar procesos patológicos.

Al decir que frente a la acción potencialmente desestabilizadora del medio y de su propio desarrollo el organismo cuenta con mecanismos reguladores encargados de mantener la homeostasis de su medio interno, no debe entenderse que la vida humana se rige por un principio de constancia estática. Muy por el contrario, el mantenimiento de la homeostasis requiere un continuo cambio, en persecución de las condiciones internas más favorables para el mantenimiento de la vida autónoma y para el desarrollo del programa genético específico de cada individuo. Más que como un principio de constancias cualitativas y cuantitativas de elementos específicos, debemos entender la homeostasis como un principio de constancia interactiva de las relaciones entre esos elementos, de tal manera que variaciones puntuales en uno de ellos se corresponden con variaciones en todos los demás. Por eso, los valores de las (mal) llamadas “constantes fisiológicas” tienden a una continua variación, en más y en menos, en torno a un valor central idóneo. Rivera (2008) denomina a este fenómeno “temblor de la constante”, insistiendo en que es la normal e inevitable expresión dinámica de la tensión homeostática. La interacción de múltiples bucles de alimentación y retro-alimentación relacionan unas constantes con otras, determinando la magnitud, frecuencia y variabilidad del temblor de una determinada constante. Estos parámetros del temblor de la constante son características peculiares de cada individuo, así como marcadores de estados específicos. Por eso, es insuficiente la determinación del valor de una constante en un momento determinado; es necesario, además, establecer su capacidad de variar, o de resistir la variación, en condiciones de estimulación funcional. Éste es un principio básico de la exploración endocrino-metabólica, donde el recurso a exploraciones funcionales ofrece información mucho más valiosa que las meras mediciones basales.



La existencia individual es una abstracción, que sólo puede tener realidad en unidad con su entorno. El ser humano y su ambiente forman una nueva identidad, el organismo psicosocial. La unidad operativa básica humana no es el individuo, sino el individuo integrado en su entorno.

Figura 5.3. El organismo psicosocial.

El organismo tiene una cierta tolerancia a las variaciones de las constantes, pero puede perder su capacidad de regulación cuando estas variaciones son muy marcadas o cuando pequeñas variaciones duran demasiado tiempo, desorganizándose hacia estados de enfermedad, lesión o muerte. El desequilibrio homeostático produce un retroceso a niveles de organización más sencillos, en los que es posible recuperar una constancia de interacciones y reconstituir el equilibrio homeostático, aunque sea a costa del sacrificio de cierta capacidad funcional. El estado de “enfermedad” es la expresión de un equilibrio homeostático en el que los niveles de adaptación son menos estables o menos eficientes que en el estado de “salud”.

El desajuste homeostático es bien patente en casos de estrés físico que brutalmente altera el valor de constantes con poca tolerancia a su variación, es decir cuando el “temblor de la constante” debe mantenerse dentro de márgenes muy estrechos (como,

por ejemplo, la presión de oxígeno, el riego cerebral o el pH), pero es menos evidente cuando afecta a constantes con gran tolerancia a su variación, como los niveles de cortisol o la presión arterial. En general, el estrés psicosocial induce variaciones generalmente persistentes de constantes con gran tolerancia a la variación. Los estudios epidemiológicos que relacionan el estrés psicosocial con una mayor tendencia a la aparición de enfermedades crónicas ponen en evidencia la potencialidad patógena a largo plazo de pequeñas desviaciones en el equilibrio homeostático idóneo. El vínculo entre variaciones de constantes, tolerancia del organismo y estado de salud ha permitido definir la ley general de la homeostasis (Rivera, 1980), que se expresa de manera esquemática en el [cuadro 5.2](#).

Cuadro 5.2. *Ley General de la Homeostasis*

$$H = \frac{(N + \Delta N)T}{R_g + R_a}$$

$H < 1$ = Salud

$H > 1$ = Enfermedad

H estado de equilibrio homeostático;

N valor idóneo de una constante fisiológica;

ΔN (incremento de N) desviación media en el valor idóneo de esa constante;

T tiempo durante el cual se mantiene dicha variación;

R_g resistencia o tolerancia genética del organismo a variaciones de esa constante;

R_a resistencia o tolerancia adquirida por el organismo a lo largo de su desarrollo.

Ley general de la homeostasis: La probabilidad de que una variación en el valor idóneo de una constante fisiológica redunde en disfunción, enfermedad o lesión es directamente proporcional a la magnitud de la variación y al tiempo durante el cual se mantiene; e inversamente proporcional a la tolerancia del organismo a variaciones de esa constante, durante el periodo de tiempo considerado. (Rivera, 1980).

La tolerancia genética (R_g) a variaciones del medio interno es constante en el individuo, y relativamente uniforme entre individuos de similares características; la tolerancia adquirida (R_a) varía enormemente entre individuos, e incluso en el mismo individuo de un momento a otro. Mientras el equilibrio homeostático sea menor que 1, se mantiene el estado de salud. En caso contrario, sobreviene el desequilibrio homeostático que denominamos enfermedad. Un corolario de esta fórmula, de aplicación clínica y preventiva, es que pequeñas desviaciones de N, que parecen no alterar grandemente el equilibrio, pueden provocar enfermedad (entendida como un estado de organización homeostática menos efectivo y eficaz que el basal) si se mantienen durante largo tiempo.

Por otra parte, variaciones que se mantienen durante un corto lapso de tiempo sólo tienen efectos patógenos si son de intensidad suficiente para superar la tolerancia del organismo a esas variaciones.

El concepto de *Allostasis*, inicialmente formulado por Sterling y Eyer (1988) y desarrollado en gran manera por Mc Ewen (2002) establece la diferencia entre constantes cuya tolerancia a la variación es mínima (pH, electrolitos en sangre, temperatura corporal, presión de oxígeno...) y aquellas que pueden variar ampliamente y durante largo tiempo, como la presión arterial, la secreción endocrina, los niveles sanguíneos de lípidos e incluso de glucosa, etc. La hiperfunción del eje hipotálamo-hipófiso-adrenal, por ejemplo, puede ser mantenida durante largo tiempo para adaptarse a condiciones ambientales que así lo precisen, sin que se produzcan efectos demasiado llamativos en la salud del organismo. De esta manera, se consigue el equilibrio entre el psicosoma y el ambiente, pero a costa de modificaciones persistentes en las relaciones homeostáticas internas. Es la adaptación gracias al cambio. A este nivel forzado de homeostasis es a lo que McEwen denomina *carga alostática* y corresponde, en el modelo de Rivera, a una variación, mantenida durante mucho tiempo, de una constante para la que la tolerancia al cambio es muy alta. Es decir, en términos de la fórmula de la Ley General de la Homeostasis, la carga alostática corresponde a situaciones en las que DN (variación de la constante) es muy grande, T (tiempo) es muy grande y Rg (tolerancia genética) es muy grande, con lo que la relación entre numerador y denominador se mantiene equilibrada ($H < 1$). Como predice la Ley General de la Homeostasis, en condiciones de carga alostática no se produce la enfermedad, al menos de momento. Con el paso del tiempo, la prolongación temporal (T) de la *carga alostática* hace crecer el numerador y el deterioro progresivo del organismo por sobreesfuerzo reduce la tolerancia o resistencia adquirida (Ra) y va disminuyendo el denominador. Finalmente, la relación entre numerador y denominador se invierte ($H > 1$) y sobreviene el estado de enfermedad. Un caso específico de patología alostática es el *síndrome metabólico*, que se estudia en el [capítulo 9, Estrés Crónico](#).

5.4. El “efecto acontecimientos vitales”

Los cambios vitales favorecen la aparición de estados patológicos cuando sobrecargan las funciones de reajuste homeostático del organismo. Observaciones clínicas anecdóticas de esta influencia son muy antiguas y abundantes. Las primeras investigaciones sistemáticas fueron realizados por Harold Wolff *et al.* (1950), que prestaron atención, sobre todo, al significado de los eventos, en concreto a su potencialidad para provocar estados emocionales que no pueden ser fácilmente expresados. Mediante una técnica especial, la “entrevista de estrés”, Wolff logró inducir modificaciones fisiológicas en sujetos predispuestos, llegando a la conclusión de que el cerebro forma pautas fisiológicas de

reacción al estrés, cuya activación puede ser disruptiva e incluso destructiva. Desde un punto de vista parecido, otros autores han estudiado la influencia patógena de sucesos vitales con un particular significado, que, si se presentan de manera repetitiva, acaban por inducir una respuesta emocional estereotipada de indefensión y desesperanza, de gran interés en Patología Psicosomática (LeShan, 1966, Schmale, 1972). Pero los avances revolucionarios en este campo empiezan con la descripción y primeras aplicaciones del Cuestionario de Cambios Vitales de Holmes y Rahe (1967). Desde entonces, se han sucedido los estudios epidemiológicos que demuestran la correlación entre el número y la intensidad de los factores externos de estrés en una población determinada y la predisposición de la misma a presentar alteraciones patológicas en los pocos meses siguientes. Esta relación es inespecífica y probablemente secundaria a un aumento de la vulnerabilidad o susceptibilidad a enfermar en sujetos sometidos a altos índices de cambio vital (Levi, 1971; Gunderson y Rahe, 1974; Civeira y Morales, 1982; Brown y Harris, 1989; Rivera 1989 a y b, 1991; Sandin, 1995, 1999). El fenómeno ha sido demostrado en tantas poblaciones distintas que se tiene que admitir la existencia de un “efecto acontecimientos vitales”, que podemos definir como *la tendencia prodrómica a un mayor acúmulo de cambios vitales en poblaciones de sujetos médicamente enfermos* (Rivera, 1989 a y b).

Algunos autores, como Rabkin (1972) han puesto en duda la fiabilidad de los instrumentos utilizados para detectar experiencias estresantes, sugiriendo que no controlan una posible tendencia de los enfermos a recordar o a reportar mejor los cambios vitales previos a su enfermedad, comparativamente con las poblaciones sanas. Sin embargo, estudios prospectivos, en los que se establece la puntuación de sucesos vitales en sujetos sanos y posteriormente se sigue la evolución de su estado de salud durante seis o doce meses, muestran el mismo efecto, aunque, ciertamente, de manera atenuada (Billings y Moos, 1982; Goldberg y Comstock, 1976).

Admitido que el “efecto acontecimientos vitales” tiene un indudable interés científico epidemiológico, su aplicación clínica es limitada. El punto de corte, establecido en 150 LCU (life change units) para la escala de Holmes y Rahe y en 250 LCU para la de Rivera y Morera, discrimina entre poblaciones de sujetos sanos y enfermos con una probabilidad mayor que el azar, pero su predictividad individual es muy imprecisa. Dicho de otra forma, no se puede determinar con exactitud fiable el riesgo de un individuo concreto a enfermar sólo teniendo en cuenta su puntuación en sucesos vitales recientes. Ciertamente es que la media del índice de sucesos vitales es significativamente mayor para poblaciones de sujetos enfermos que para poblaciones sanas, pero la dispersión alrededor de las medias es muy amplia, determinando una gran área de solapamiento en la que se confunden sujetos sanos y enfermos.

5.5. Los factores internos de estrés: La Reactividad al estrés

En la hipótesis de que los efectos del estrés dependen de la interacción entre factores externos e internos, Rivera (1981) ha desarrollado una medida de factores internos de estrés, el *Índice de Reactividad al Estrés (IRE)*, definido como *el conjunto de pautas habituales de respuesta cognitiva, emocional, vegetativa y conductual ante situaciones percibidas como potencialmente nocivas, peligrosas o desagradables*. Varios estudios han puesto de manifiesto el papel del índice de reactividad al estrés como marcador de vulnerabilidad a enfermedades somáticas en adultos (Morera y Rivera, 1983; Rivera, 1984, 1989; Rodríguez-Abuín, 1999) y en niños (Pedreira *et al.*, 1996), así como en trastornos afectivos (Morera *et al.*, 1986; De las Cuevas y Rivera, 1996, De las Cuevas *et al.*, 1997) trastornos de ansiedad (González-Pinto, 1994, 1997; Bulbena, 1991), tentativas de suicidio (Vizan *et al.*, 1994) y absentismo laboral (Pou, 1999). La correlación del IRE con la actividad electrodermal (Monterrey, 1991) y con los niveles basales de lípidos en sangre (Treserra *et al.*, 1994) apoyan la validez del IRE como marcador de factores internos de estrés.

La aplicación conjunta del índice de reactividad al estrés y del Cuestionario de Cambios Vitales mejora notablemente la predictividad del riesgo de padecer enfermedad con respecto a cada uno de los instrumentos por separado. En líneas generales, los índices elevados de reactividad al estrés potencian el “efecto acontecimientos vitales”, mientras que la baja reactividad al estrés lo atenúan (Rivera, 1989).

5.6. Los factores moduladores de la respuesta de estrés

Se designan con este nombre aquellos factores, tanto del medio como del individuo, que, no formando parte directamente de la respuesta de estrés, la modulan o condicionan, atenuando o potenciando la interacción entre factores externos e internos. La distinción no siempre ha estado clara. Así, aun reconociendo su existencia, Wolff *et al.* (1950) los confundían con los factores externos o con los internos, afirmando que “Circunstancias que se perciben como engendradoras de soledad o sin esperanza de solución no sólo drenan el ánimo, sino también la salud” e, inversamente, que una persona que tiene “autoestima, esperanza, propósito y confianza en la gente puede soportar grandes cargas y aguantar castigos crueles”. El primer supuesto de Wolff se refiere a un factor modulador negativo, la depresión en su variante más nociva, la desesperanza; el segundo se refiere a un factor protector, el apoyo interno; pero ninguno de los dos son, propiamente, circunstancias estresantes. Los factores moduladores más importantes son: *a)* Las experiencias tempranas, *b)* el estado afectivo, *c)* algunos tipos de personalidad, *d)* el locus de control y *e)* el apoyo social.

- a)* Las experiencias tempranas. Desde el punto de vista de la teoría del aprendizaje, las primeras percepciones infantiles determinan cómo habrán de

ser percibidos los sucesos posteriores de la vida, formándose también pautas automáticas de respuesta psicofisiológica, que se repetirán posteriormente ante estímulos similares. Cuando la experiencia temprana es anormalmente estresante, se crean pautas fisiológicas anómalas, cuya repetición en etapas más tardías puede dar lugar a alteraciones patológicas (Fava y Freyberger, 1998). La predisposición a la instauración de estados depresivos, por ejemplo, se determina en la primera etapa de la vida, ejerciendo una marcada influencia inhibidora de los sistemas adaptativos y defensivos del organismo.

- b) Los estados depresivos se acompañan de una mayor susceptibilidad a patógenos externos que, combinada con una menor tolerancia a modificaciones del equilibrio homeo - táctico, hace de ellos factores importantes en la predisposición a enfermar, probablemente por reducción de la capacidad de defensa inmunológica (Irwin *et al.*, 1990). Inversamente, las relaciones tempranas satisfactorias, en las que, como dice Winnicott, la madre primero convence al niño de que merece la pena vivir, porque ella está ahí, y después de que puede vivir, aunque ella no esté, permiten la creación de una resistencia especial a la adversidad y a las enfermedades, que ha sido denominado “apoyo interno” (Saul, 1970) “hardiness” o “firmeza psicológica” (Kobasa, 1979) “resiliencia” (Cyrulnik, 2001) y “sense of coherence” (sentido de coherencia) por Antonowsky (ver Bengel *et al.*, 1999, para una buena revisión del modelo de Salutogénesis de Antonovsky).
- c) Otros rasgos de personalidad no tan beneficiosos son la personalidad tipo A, descrita inicialmente por Friedman y Rosenham y estudiada en España por Sender *et al.* (1993), que aumenta la vulnerabilidad a patología coronaria y la personalidad tipo C, estudiada por Eysenck y Grossarth-Maticek (1991), que predispone a patología oncológica. Ambas modalidades de personalidad, relativamente normales desde el punto de vista psicopatológico, tienen en común una dificultad en el manejo y expresión de las emociones, que puede resumirse diciendo que los primeros son hiperreactivos y tensos, y los segundos hiporeactivos e inapropiadamente serenos. Otro factor de personalidad importante como modulador (potenciador) de los efectos patógenos somáticos del estrés es la alexitimia, incapacidad para experimentar y expresar emociones, rasgo descrito por Sifneos y estudiado en España por Yllá *et al.* (1995), de gran interés para la patología psicosomática.
- d) El locus de control es otra variable de personalidad, descrita por Rotter (1966), que modula de manera compleja la interacción de los factores de estrés. En términos generales, puede considerarse que, para estresores controlables, es mejor la orientación interna en el locus de control (la persona se siente y quiere estar en control de su destino). Sin embargo, para situaciones incontrolables, estos mismos sujetos experimentan más los

efectos del estrés, mientras que las personas con un locus de control externo, que no se consideran en control de su destino, ni tampoco quieren especialmente estarlo, sufren menos en situaciones de estrés incontrolable.

- e) Finalmente, el apoyo social, definido como la transmisión de afecto y sensación de pertenencia a un grupo a través de la red de relaciones sociales de un individuo (Cobb, 1976), parece ser un factor modulador de gran magnitud. Las redes de apoyo habituales son sólo una subsección de la red global de relaciones. Algunos elementos de la red de apoyo se revelan importantes solamente en momentos críticos, y son más reveladores del grado de estructuración social que de las capacidades de relación del individuo. Los más recientes instrumentos de medida del apoyo social indentifican 5 grandes grupos de variables o tipos de apoyo: instrumental, emocional, amistoso, amoroso y de crisis (Guimon y Sartorius, 1999). Naturalmente, la valoración personal de la importancia y calidad de este apoyo tiene un importante aspecto subjetivo, relacionado con el estado de la moral (en el sentido de moral de lucha o de victoria, no moral religiosa) del individuo. Sujetos desmoralizados tienden a no percibir o a desvalorizar el apoyo social con el que cuentan e, inversamente, sujetos con mucha moral pueden valorar, aceptar y sacar partido de apoyos tenues o relativamente pequeños (Gruenberg, 1967; Frank, 1974). Numerosos estudios epidemiológicos, con distintos instrumentos de medida, demuestran el papel protector del apoyo frente al estrés psicosocial, con una evidente atenuación del efecto acontecimientos vitales (Cobb, 1976; Broadhead *et al.*, 1983; Henderson y Burrows, 1988; Guimón *et al.*, 1985, Guimón y Sartorius, 1999).

SEGUNDA PARTE

La clínica

6

La Psiquiatría del estrés

El estrés afecta al ser humano en su totalidad, pero algunas de sus manifestaciones son más accesibles a unos métodos de observación que a otros. Cuando la disfunción, el sufrimiento o el deterioro producidos por el estrés se entienden con los métodos propios de la psicopatología, se puede considerar que estos trastornos forman parte de la nosología psiquiátrica. De esta manera se configura una *psiquiatría del estrés*, interesada por el estudio del estrés psicológico, del trauma psíquico y de la psicopatología reactiva. Las implicaciones de estos fenómenos pervaden de manera inespecífica toda la clínica psiquiátrica, actuando como factores condicionantes, sensibilizadores o precipitantes. Sin embargo, en algunos trastornos la participación del estrés alcanza nivel etiológico, es decir, se convierte en un agente causal específico. Los cuadros clínicos resultantes se denominan síndromes de estrés. En todos ellos se produce la necesaria colaboración entre un evento causal o factor externo de estrés y los factores internos o reactividad al estrés propia del individuo. De ahí se sigue que no todas las personas expuestas a estrés de gran intensidad desarrollan un trastorno e, inversamente, que algunas personas vulnerables pueden de - sarrollar un síndrome de estrés ante estímulos estresantes de baja intensidad. La mera presencia de un evento estresante no es suficiente para clasificar un cuadro clínico como síndrome de estrés; es necesario, además, que a consecuencia del evento en cuestión se pongan en marcha, de manera causal determinante, procesos psicopatogenéticos específicos.

Según la duración del evento causal, se pueden clasificar los síndromes de estrés en agudos (*o por estrés agudo*) y crónicos (*o por estrés crónico*). Nótese que esta clasificación no hace referencia a la evolución del cuadro clínico, sino a la duración del estrés causal. Entre los síndromes por estrés agudo se encuentran el autoestrés, la reacción aguda de estrés, el síndrome de estrés postraumático, la crisis psicosocial y los trastornos adaptativos. Entre los síndromes por estrés crónico, el trastorno por estrés extremo y persistente, del que forma parte la transformación de la personalidad por experiencia catastrófica, el síndrome de victimización de Ochberg (del que forma parte el Síndrome de Estocolmo), el síndrome de desgaste profesional o *Burnout* y el síndrome

de acoso o *mobbing*, del que forma parte el síndrome de acoso institucional.

6.1. La psicopatología reactiva

Durante largo tiempo, el desarrollo de la nosología psiquiátrica ha estado basado en la diferenciación entre lo endógeno y lo exógeno, esto es, entre las alteraciones engendradas por la propia disposición biológica, de base hereditaria y naturaleza degenerativa, y las alteraciones inducidas por agentes externos, que son disfunciones reactivas relacionadas con el esfuerzo de adaptación.

Karl Jaspers, en su magna *Psicopatología General*, establece la diferenciación entre el “mundo externo” de las cosas y sucesos reales, susceptibles de observación y medida, y el “mundo interno” de las vivencias y procesos mentales, virtual y privado, parcialmente comunicable a través del lenguaje, de acceso restringido mediante la comprensión, la inferencia y el consenso. Mientras que muchos aspectos del primero son de obligado interés y estudio para la psiquiatría, es el segundo el que constituye el objeto propio de la psicopatología. Desde su personal metodología fenomenológica, distingue Jaspers tres modos de enfermar psíquicamente: la Reacción, el Desarrollo y el Proceso. Tanto la Reacción como, hasta cierto punto, el Desarrollo son comprensibles psicopatológicamente, es decir, pueden entenderse teniendo en cuenta las circunstancias y la personalidad del sujeto que las padece. El Proceso, por el contrario, no es susceptible de comprensión psicopatológica, sino sólo de explicación; es decir, dependiendo de la tecnología médica disponible en el momento, a lo más que podemos llegar es a la descripción de sus bases biológicas (Jaspers, 1946).

En este contexto, podemos definir *la reacción psicopatológica* como *el conjunto de alteraciones subjetivas y de la conducta directamente relacionadas con la influencia del mundo externo sobre el individuo*. Jaspers delimita los siguientes criterios distintivos para reconocer una reacción psicopatológica:

1. El inicio del cuadro tiene clara relación temporal con un evento precipitante.
2. El estrés precipitante es adecuado y conmensurado con la naturaleza e intensidad de la reacción.
3. La reacción en sí tiene un significado, esto es, puede comprenderse como una defensa, una compensación, una satisfacción o un escape.
4. Los contenidos de la reacción reflejan el evento estresante de alguna manera comprensible.

Continuando el pensamiento de Jaspers, Kurt Schneider describe en su *Patopsicología Clínica* (1946) las “*reacciones vivenciales anormales*”, que distingue de las enfermedades psiquiátricas propiamente dichas. Entre estas reacciones vivenciales

anormales incluye los “*desarrollos vivenciales reactivos*” o “*desviaciones psíquicas resultantes de vivencias agudamente traumatizantes o también de vivencias de efectos prolongados*”. Tomando la psicopatología del susto como ejemplo, Scheneider establece la diferencia entre la reacción refleja de susto, que se produce ante un acontecimiento brusco o inesperado, y la reacción a la vivencia del contenido del susto, en la que ya entran elementos de significado, inferencia, valoración, etc. La distinción es importante, y tiene implicaciones clínicas y terapéuticas. En efecto, *la reacción refleja de susto* depende de la constitución del sistema nervioso, que hace que haya personas más o menos asustadizas, según el grado de excitabilidad y estabilidad de su sistema neurovegetativo; en cambio, *la reacción a la vivencia de susto* está relacionada con funciones corticales de procesamiento de información y evaluación de la realidad. La diferenciación tiene importantes aplicaciones terapéuticas: En los cuadros reactivos en los que predomina el elemento reflejo es de gran utilidad la psicoterapia autógena básica, mientras que en los que predomina el elemento vivencial lo es la terapia cognitiva. En los casos en los que coexisten ambos elementos, que son la mayoría, es pertinente una terapia combinada secuencial, de tal manera que la corrección previa de la disfunción autonómica facilite la de las distorsiones cognitivas.

Mientras Jaspers y Schneider fundaban la psicopatología europea, Adolf Meyer (1957) desarrollaba en Estados Unidos su escuela psiquiátrica, integradora de los conocimientos biológicos con los psicosociales, a la que apropiadamente denominó Psicobiología. Formado en el prestigioso hospital Burghölzli de Zurich, Meyer alcanzó pronto una destacada posición en los Hospitales Psiquiátricos de Nueva York y, posteriormente, en la Universidad Johns Hopkins de Baltimore. Emigrado desde Suiza, ha sido considerado un personaje central en el desarrollo de la psiquiatría norteamericana y un pensador original, aunque sus teorías tienen hondas raíces en la psiquiatría centroeuropea de principios de siglo (Bleuler 1962). A la manera de la interpretación psicodinámica freudiana, Meyer introdujo la “interpretación psicobiológica”, una forma de entender la desorganización psicopatológica ante el estrés, que a su vez depende de la constitución psicorreactiva de la personalidad.

Reconocido como pionero en el estudio de los acontecimientos vitales, Meyer destacó la importancia de la historia clínica y de la biografía personal, recabando información, sobre todo, de aquellos aspectos relacionados con episodios estresantes y con la manera de reaccionar ante ellos. Los tres puntos esenciales de su escuela son:

- a) los síntomas expresan un intento de reorganización homeostática,
- b) casi toda la psicopatología es de origen reactivo,
- c) la patología psiquiátrica representa un retroceso a niveles primitivos de organización psicobiológica.

La influencia de Meyer llegó a ser tan extraordinaria que la primera edición del *Manual Diagnóstico y Estadístico de la Asociación Psiquiátrica Americana* de 1952 (DSM-I) aplicó el término “reacción” a casi todos los trastornos psiquiátricos, incluso a la

esquizofrenia y a la psicosis mania-co-depresiva. Sin embargo, el siguiente DSM cambió completamente la terminología, de la misma manera que ha ocurrido con los posteriores DSM-III y DSM-IV, siguiendo en cada caso los fluctuantes consensos de las figuras más influyentes de la psiquiatría norteamericana.

6.2. El concepto de síndrome de estrés

Entendemos como síndrome, siguiendo una tradición médica que se remonta a Hipócrates, al conjunto de signos y síntomas que típicamente coinciden en un determinado estado o proceso morboso, sin obviar que cada uno de ellos puede desarrollarse por mecanismos diferentes. Un síndrome es psiquiátrico cuando los signos y síntomas que lo conforman son prioritariamente accesibles a la investigación psicopatológica. Los síndromes de estrés constituyen una entidad psiquiátrica específica en la medida en que sea posible delimitarlos de la influencia inespecífica del estrés en la génesis y mantenimiento de los trastornos mentales en general. Esta relación inespecífica entre estrés y enfermedad mental es, hoy en día, y ya desde hace tiempo, algo bien conocido y aceptado (Barret, 1979; Neufeld, 1984; Buen-día, 1993). Naturalmente, esto no invalida el reconocimiento de la importancia de otros factores, genéticos, bioquímicos, psicodinámicos, de aprendizaje y evolutivos, todos los cuales tienen su lugar en la interacción patogenética. Las nuevas formulaciones multicausales intentan integrar las influencias de los distintos factores según los principios de la teoría general de sistemas de Bertalanffy (1974) y del modelo biopsicosocial de Engel (1980, 1998).

Mientras que el antiguo enfoque monocausal enfrentaba teorías de manera dicotómica, la nueva comprensión multicausal las entiende de manera interactiva, bien como sumación de efectos, bien como eslabones de círculos viciosos. En el modelo de sumación de efectos, un determinado elemento de la constelación multicausal hace de “gota que colma el vaso”, elemento desestabilizador que, por mínimo que sea, acaba por superar una ya comprometida capacidad homeostática. En el modelo de “círculo vicioso”, se establece un circuito de retroalimentación positiva circular entre elementos de distintas categorías patogenéticas, que se potencian unos a otros, manteniendo la psicopatología aun en ausencia de las causas que inicialmente la originaron (Rivera, 1984, 1993, 1995).

Desde el punto de vista multicausal, es correcto considerar el estrés psicosocial en la patogenia de todos los procesos morbosos, lo mismo que lo es tener en cuenta la constelación genética, la nutrición y las influencias físicas ambientales. Una de las formulaciones multicausales más elegantes es el modelo biopsicosocial de Engel, según el cual los distintos factores causales guardan entre sí una relación integrativa, interactiva y relativamente jerarquizada. La aplicación clínica práctica del modelo biopsicosocial constituye el *método biopsicosocial* (Rivera, 1999), que se resume en las siguientes

pautas de decisión clínica:

1. Establecer las características de los procesos de retroalimentación y sinergia entre los distintos factores etiopatogénicos.
2. Determinar el peso de cada factor en la producción, evolución y perpetuación del trastorno.
3. Decidir el punto de intervención óptimo para la interrupción terapéutica de la interacción patógena.

Cuando en la constelación multicausal la defensa o adaptación a exigencias externas juega un papel patogenético determinante, la condición resultante es un síndrome de estrés.

Determinadas condiciones propias de la patología psicosomática presentan solapamiento con condiciones contempladas por todas las áreas de la medicina, formando parte del inmenso campo de los trastornos funcionales; la inclusión de muchas de estas condiciones entre los síndromes de estrés podría justificarse por la importante contribución de la anamnesis y exploración psicopatológica a su diagnóstico, y por la eficacia de la psicoterapia en su tratamiento. Con este razonamiento, propone Valdés (1991) una división de los síndromes de estrés en tres grandes grupos, según la participación relativa de los factores de estrés en la génesis del trastorno:

1. Inespecíficos, secundarios a un estado más o menos crónico de sobrecarga de mecanismos homeostáticos, con reducción de la capacidad defensiva e incremento inespecífico de la vulnerabilidad del organismo. Ejemplos de este tipo son citados frecuentemente por los estudiosos de fenómenos psicosomáticos, y entran en ellos probablemente todas las enfermedades crónicas en las que mecanismos neuroendocrinos y neuroinmunológicos juegan un papel preponderante, como el lupus eritematoso sistémico, algunas neoplasias, la artritis reumatoide o la tiroiditis, por citar sólo unos pocos ejemplos. Toda la importante línea de investigación iniciada por Holmes y Rahe está relacionada con el estudio del “efecto acontecimientos vitales” o influencia inespecífica de los factores externos de estrés en la vulnerabilidad o predisposición a la enfermedad (Miller, 1996). Entre los trastornos psiquiátricos, esta influencia inespecífica se reconoce de manera prácticamente generalizada, incluso en trastornos considerados “endógenos”, o sea, no reactivos por definición, como la depresión mayor (Goodwin y Jamison, 1990) o la enfermedad de Alzheimer (Spencer *et al.*, 1990).
2. Semi-específicos, en los que factores externos de estrés se combinan, generalmente de forma aguda, con otros elementos patógenos independientes, necesarios para activar el ciclo patogenético del cuadro clínico en cuestión. Entre los ejemplos de este segundo grupo podemos

contar, entre otras, la coronariopatía isquémica, las infecciones respiratorias víricas, las reacciones alérgicas (Valdés, 1991; Matthews *et al.*, 1986). Las descompensaciones sintomáticas agudas de muchas personalidades psicopáticas, los episodios disociativos, las psicosis reactivas y muchos trastornos de ansiedad se pueden también incluir en este grupo.

3. Específicos, en los que los factores externos de estrés actúan de manera determinante en la causación del proceso morboso. Síndromes de estrés específicos típicos son el síndrome post-traumático (al que se añade el calificativo "de estrés", para distinguirlo de los síndromes post-trauma físico, como el síndrome concusional), los estados de desregulación neurovegetativa en sujetos sanos sometidos a intensas situaciones de estrés agudo (McMahon, 1975, Prakash, 2005), el trastorno agudo de estrés y los trastornos adaptativos.

Aun reconociendo el acierto y la utilidad de la clasificación de Valdés para la Patología Psicosomática, se propone en el presente capítulo, sin embargo, restringir en Psiquiatría la denominación de síndrome de estrés a los trastornos específicos. En consecuencia, se definen los *síndromes de estrés propiamente dichos* como *trastornos psiquiátricos en los que la defensa o adaptación a exigencias externas desempeña un papel etio-patogenético determinante y específico*.

6.3. Diagnóstico y clasificación de los síndromes de estrés

Los síndromes de estrés comparten el mismo criterio etiológico general y se diferencian entre sí en la manera en que tiene lugar la defensa o adaptación ante los factores externos de estrés. Horowitz (1993) es el principal proponente de su integración en una categoría nosológica propia, lo cual tendría la ventaja de facilitar el estudio de los únicos trastornos psiquiátricos cuya etiología es conocida. Sin embargo, la tendencia de la Asociación Psiquiátrica Norteamericana es continuar manteniéndolos como una variante de los trastornos de ansiedad, en la misma categoría antiguamente asignada a las neurosis, con el razonamiento de que su patogenia depende de la activación del “circuito del miedo” (Andrews *et al.*, 2009). En realidad, aunque la ansiedad es uno de los acompañantes más frecuentes de las situaciones de estrés, no es el único, ni tampoco es exclusivo. Estudiando la reactividad al estrés en sujetos normales, Rivera (1993) encuentra que sólo el 28,2% reconocen la experiencia subjetiva de ansiedad psíquica como su reacción habitual ante el estrés, aunque es cierto que más de la mitad presenta alguna de las manifestaciones vegetativas consideradas como concomitantes fisiológicos de la angustia (cuadro 6.1). Por mucho que los promotores del DSM pretendan asumir posturas ateóricas, es posible que la permanencia de los síndromes de estrés entre las antiguas

neurosis, donde están desde los tiempos de Freud, obedezca a cuestiones de fidelidad histórica. En todo caso, forman un cuerpo clínico claramente diferenciado de la ansiedad generalizada, del trastorno de pánico, de las fobias y del trastorno obsesivo-compulsivo.

Cuadro 6.1. *Síntomas de reactividad al estrés Población general N=630*

	%
1. Inquietud, incapacidad de relajarse y estar tranquilo	43,8
4. Suspirar, opresión en el pecho, sensación de ahogo	46,8
5. Palpitaciones, taquicardia	43
20. Aprensión, sensación de ponerse enfermo	27
29. Ansiedad, miedos, temores, etc.	28,2

6.3.1. *El criterio etiológico*

La acción de los factores externos de estrés, en su triple manifestación de cambio vital crítico o crisis, trauma y sobrecarga psicosocial, constituye la etiología de los síndromes de estrés (ver pág. 51). La clasificación norteamericana (DSM IV) considera el estrés traumático agudo como único factor etiológico, mientras que la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10) de la Organización Mundial de la Salud acepta, además, el estrés traumático crónico. Ambos sistemas ignoran los efectos clínicos específicos de los cambios vitales y de la sobrecarga psicosocial, por lo que varios síndromes de estrés quedan de momento fuera de posibilidad diagnóstica oficial. Esta omisión es sorprendente, teniendo en cuenta que la descripción del trauma psíquico es central al desarrollo de la moderna psicopatología y que el estrés psicológico y sus efectos son objeto de estudio desde hace casi 40 años (Benyakar *et al.*, 1989). La actualidad del camino abierto por Pierre Janet (1919) y Joseph Breuer y Freud (1893) ha sido revisada por Putnam (1989), Van der Hart y Horst (1989) y Bilder y LeFever (1998), mientras que Long (2008) ha hecho notar la desconexión de los recientes estudios norteamericanos sobre psicopatología del trauma con la larga línea de investigación sobre acontecimientos vitales y enfermedad.

Teniendo en cuenta que el estrés depende siempre de la interacción de la persona con su entorno, dos son las condiciones necesarias para que se cumpla el criterio etiológico: *a)* que el evento estresante en sí sea de tal naturaleza que induzca alteraciones psíquicas en un porcentaje de sujetos expuestos lo bastante importante como para tener relevancia clínico-social y *b)* que la aparición del cuadro tenga lugar en una persona en la que se presupone una normal capacidad de adaptación.

- a) Naturaleza estresante del evento. Esta condición es necesaria, por cuanto que constituye la base de arranque patogenético. Circunscribiéndose a circunstancias traumáticas, el DSM propuso inicialmente una lista muy restrictiva de acontecimientos, que ha ido ampliando hasta incluir experiencias vicariantes o indirectas. En base a la evidencia clínica, otros autores han ido aumentando la lista para incluir acontecimientos tales como accidentes de tráfico y de toda clase, violaciones y asaltos sexuales, intervenciones quirúrgicas y diagnóstico de enfermedades graves, acoso laboral y escolar, etc. En general, parece razonable aceptar como causa etiológica suficiente un evento estresante que induzca el síndrome en suficientes casos como para adquirir relevancia epidemiológica. Además del trauma y de las crisis, que son relativamente fáciles de identificar por su naturaleza circunscrita, es necesario considerar el potencial patógeno de la sobrecarga psicosocial, de desarrollo silente y larvado. Constituido por circunstancias mucho más comunes, su repercusión total es mucho mayor. Por eso, tenerlas en cuenta puede tener grandes repercusiones en psiquiatría preventiva. En efecto, es difícil anticipar los terremotos, las guerras y los atentados; sin embargo, la mayor parte del sufrimiento cotidiano proviene de fallos en la estructura social y en la educación para la convivencia, que sí que son accesibles a intervenciones preventivas. El estrés menor es el más prevalente y el más evitable. La psiquiatría social debe aplicarse a la erradicación de las fuentes crónicas de estrés con el mismo celo que las autoridades sanitarias a la de los vectores infecciosos.
- b) Normal capacidad de adaptación previa. Esta condición debe cumplirse de tal manera que la génesis del trastorno no sea atribuible a una vulnerabilidad patológica individual, sino a la acción de elementos externos. Ciertamente, no es posible establecer criterios exactos y absolutos, porque la relación entre acontecimientos y presiones externas, por un lado, y las capacidades internas para afrontar y neutralizar sus efectos, por otro, admite una extraordinaria variabilidad, dentro de los límites aceptables como normales. Incluso en el mismo individuo estos gradientes pueden variar por diversas circunstancias, tanto de tipo físico, (fatiga, privación de sueño, desnutrición, etc.) como psicológico (estados de desmoralización y desesperanza, reactivación concomitante de traumas antiguos, etc.). No es incompatible con este criterio el hecho de que puedan identificarse algunas características del individuo o de su estado que favorezcan la instauración de un síndrome de estrés en presencia de circunstancias suficientes. De hecho, es de esperar encontrar en la misma población diferentes niveles de vulnerabilidad o resiliencia ante el estrés, sin que estos niveles sean, en sí mismo, patológicos. Algunos datos en favor del cumplimiento del criterio de normal capacidad de adaptación previa son los siguientes:

- Una historia premórbida de buena adaptación familiar, social, escolar y laboral.
- La ausencia de psicopatología antes del acontecimiento disruptivo.
- La patoplastia reactiva del cuadro.

Un problema especial se plantea cuando la reacción psicopatológica encaja en un molde cuya estructura depende de otros mecanismos, es decir, cuando el cuadro clínico no es específico a la situación de estrés, pero puede ser activado por ella, en determinadas condiciones. Por ejemplo, el estrés puede jugar un papel importante en la génesis y mantenimiento de la depresión, un estado patológico al que también se puede llegar por otros procesos, como deficiencias enzimáticas o anomalías neurobiológicas en las conexiones limbo-frontales. El importante papel del estrés crónico en la precipitación y mantenimiento de estados depresivos, el frecuente hallazgo de acontecimientos vitales estresantes entre los antecedentes premórbidos de los trastornos depresivos y su alta comorbilidad con los síndromes de estrés traumático apoyan la relación entre estrés y depresión (Rivera y Monterrey, 1995; Bleich *et al.*, 1997). En algunos subtipos de depresión se puede demostrar un mecanismo patogenético de autoestrés, como se describe en las [páginas 96](#) y siguientes.

Otro caso especial es el de la psicosis reactiva breve, importante por su situación intermedia entre los trastornos por desorganización idiosincrática y los síndromes secundarios a la sobrecarga de los sistemas cerebrales de procesamiento de información por circunstancias ambientales. El carácter de síndrome de estrés de esta condición ha ido perdiendo entidad, desde su papel central en la DSM-I, hasta su desaparición en el DSM-IV. La psicosis actualmente llamada Trastorno Psicótico Breve reúne las características de un síndrome semi-específico de estrés, en la clasificación de Valdés.

Finalmente, es necesario considerar la llamada “morbilidad psiquiátrica menor”, indicativa, con frecuencia, de estados incipientes de descompensación ante estrés crónico. Se trata de reacciones psicopatológicas sin entidad suficiente como para constituir síndromes identificables y su prevalencia entre la población general es muy elevada. Son indicadores inespecíficos de distrés que no conforman una entidad nosológica propia y cuyo origen es muy heterogéneo; sin embargo, guardan relación con un exceso de factores externos de estrés, con insuficiencia de los elementos de apoyo social y con desestructuración organizativa (Rivera, 1993b).

Cuadro 6.2. *Evolución de los síndromes de estrés en la nosología norteamericana*

DSM-I (1952)	Reacción aguda de estrés Reacción situacional del adulto Reacción de adaptación
DSM-II (1968)	Reacción de adaptación

DSM-III (1980)	Trastorno de estrés postraumático
	– agudo
	– crónico
	– retardado
DSM-IV (1994):	Trastorno de adaptación
	Trastorno agudo de estrés
	Trastorno de estrés postraumático
	– agudo
	– crónico
	– retardado
	Trastornos de adaptación

Cuadro 6.3. *Síndromes de estrés en la CIE-10*

- Reacción aguda de estrés
- Trastorno de estrés postraumático
- Cambio de personalidad tras experiencia catastrófica
- Trastornos de adaptación

6.3.2. *Criterios de clasificación de los síndromes de estrés*

Cada uno de los síndromes de estrés presenta un perfil clínico característico, que permite su diagnóstico. En ocasiones, este perfil es tan específico que su mera presencia es indicativa de la existencia de un estrés causal, de la misma manera que una herida de bala es prueba de que alguien ha efectuado un disparo. Otras veces, el cuadro no es tan típico y guarda similitud con otros trastornos psiquiátricos, singularmente con los síndromes de ansiedad. En estos casos, el diagnóstico depende de la identificación del estrés causal y de la demostración de la cadena patogenética recorrida desde su ocurrencia hasta la aparición de los síntomas. Una clasificación de los síndromes de estrés podría hacerse en base a criterios pato-plásticos, es decir, de perfil sintomático, pero ello aumentaría su confusión con otros cuadros psiquiátricos de distinta etiología, como los trastornos de ansiedad, los disociativos, los obsesivos, las somatizaciones e incluso la depresión. Es más razonable y prometedor para el progreso del conocimiento y para el desarrollo de medidas preventivas y terapéuticas proceder a clasificar los síndromes de estrés en base a los distintos aspectos del criterio etiológico, que es el que más claramente separa estos síndromes del resto de la nosología psiquiátrica.

Dos son los aspectos del estrés más fáciles de identificar y de objetivar: La

naturaleza de los factores externos de estrés y la duración del tiempo de exposición a ellos. Aplicando el criterio temporal se dividen los síndromes causados por el estrés en *agudos*, cuando éste es de breve duración, y *crónicos*, en caso contrario. Por otra parte, el perfil clínico de cada síndrome guarda relación con la naturaleza del evento causal, que puede ser un trauma, una crisis o una sobrecarga (ver [capítulo 4](#), [apartado 4.2](#)). Así, también pueden clasificarse los síndromes de estrés en traumáticos, por crisis y por sobrecarga. Obviamente, ambas clasificaciones se solapan hasta cierto punto. La mayoría de los síndromes por estrés agudo son de naturaleza traumática, aunque entre los síndromes crónicos también los hay por estrés traumático. Algunos síndromes, como el de acoso, son de origen mixto, participando en su génesis elementos traumáticos y de sobrecarga. Los síndromes puros de sobrecarga suelen ser siempre por estrés crónico, ya que las sobrecargas de breve duración raramente inducen patología, a menos que tengan componentes traumáticos.

Aunque algunos autores han propuesto criterios temporales estrictos (por ejemplo, el estrés es crónico cuando dura más de seis meses) es conveniente aceptar una amplia zona de solapamiento entre los márgenes superiores del estrés agudo y los inferiores del estrés crónico. La duración típica de un evento estresante agudo es de unos segundos a varios días y la de uno crónico de más de unos pocos meses. En la zona intermedia se pueden encontrar ambos tipos de síndrome y, sobre todo, los trastornos adaptativos. Es importante notar que los términos de agudo y crónico empleados en esta clasificación se refieren al tiempo de exposición a la situación estresante y no a la evolución del síndrome. De hecho, independientemente de su origen, el curso natural de la mayoría de los síndromes de estrés, si no se interrumpe por un tratamiento oportuno y eficaz, es hacia la cronicidad.

Cuadro 6.4. *Clasificación de los síndromes de estrés (Rivera, 2001)*

<i>Síndromes Agudos</i>
Disregulación neurovegativa
Reacción aguda de estrés
Síndrome de estrés traumático
Síndrome de autoestrés
Crisis psicosocial
<i>Síndromes Crónicos</i>
Trastorno por estrés extremo y persistente,
Síndrome de victimización de Ochberg
(incluye Síndrome de Estocolmo)
Síndrome de desgaste profesional o Burnout
Síndrome de acoso
(incluye síndrome de acoso institucional).
Síndromes inespecíficos de distrés o sobrecarga
Síndromes psicósomáticos

Los síndromes por estrés agudo

Cuando los factores externos de estrés son de corta duración, con un inicio y un final precisos y bien delimitados, el estrés que se genera se denomina agudo. No hay un criterio temporal exacto, entendiéndose por *corta duración* un lapso de tiempo variable, desde unos instantes hasta unos pocos días. Los traumas y las crisis son los factores externos de estrés que con más frecuencia producen síndromes agudos. La sobrecarga psicosocial de duración breve raramente produce un síndrome agudo, teniendo por el contrario efectos generalmente beneficiosos, ya que actúa a modo de “vacuna” o entrenamiento de los mecanismos homeostáticos.

Para que un factor externo de estrés de breve duración produzca un síndrome por estrés agudo son necesarias alguna de las siguientes condiciones:

- a) Que el estrés sea de gran intensidad o, lo que es lo mismo, que induzca alteraciones homeostáticas que sobrepasan ampliamente la tolerancia del individuo.
- b) Que el estado alterado, una vez iniciado en respuesta al factor externo de estrés, tienda a su automantenimiento (autoestrés).
- c) Que el acontecimiento estresante sea de una naturaleza tal que, además de sus efectos directos, interfiera y reduzca de manera notable la capacidad natural de adaptación y homeostasis.

1. *Intensidad del estrés.* Los efectos patógenos del estrés están en relación directa con su duración y con su intensidad (ver la *ley general de la homeostasis* (pág. 69), por lo que el estrés agudo ha de ser de una cierta intensidad para poder tener consecuencias patológicas. Cuando esta intensidad supera los límites en los que puede ser procesado de manera normal, el estrés agudo se denomina trauma psíquico o estrés traumático (ver [capítulo 4](#), [apartado 4.2.3](#)). El trauma psíquico se ha invocado como factor etiológico de un buen número de trastornos psiquiátricos, por lo que

es necesario cualificar con precisión su intervención en la génesis de los síndromes específicos de estrés. Una manera de hacerlo es establecer la diferencia entre Traumas Severos Universales (TSU), que desbordan la capacidad de procesamiento de cualquier individuo normal, y Traumas Ordinarios (TO), que actúan como agentes desestabilizadores inespecíficos de los sistemas homeostáticos, pero que no superan, por sí mismos, las capacidades normales de procesamiento. Si se quiere realizar la comparación con los traumas físicos, la caída desde un quinto piso correspondería a un TSU, mientras que el tropezón en el bordillo de una acera sería un TO. Es evidente que, tanto entre los traumas psíquicos como entre los físicos, la gradación es infinita, existiendo muchos casos intermedios, cuya clasificación no es tan sencilla como la de los casos extremos. Por otra parte, la historia de exposición a un estrés agudo es sólo un criterio diagnóstico de los síndromes de estrés. Los criterios adicionales vienen dados por la estructura sindrómica, es decir, por el perfil patoplástico característico. Como en la patología infecciosa, siempre hay sujetos expuestos de manera extrema al patógeno que no desarrollan la enfermedad, mientras que hay otros que lo desarrollan ante exposiciones mínimas, dado que existen variaciones de vulnerabilidad entre individuos e incluso entre diferentes estados de un mismo individuo.

2. *Mecanismo de automantenimiento.* En determinadas ocasiones, un factor externo de corta duración, que puede no ser en sí mismo muy intenso, pone en marcha procesos internos circulares que amplifican su impacto hasta alcanzar valores patógenos (ver *estrés interno*, [página 71](#)). La formación de círculos viciosos a partir de una experiencia estresante es un importante mecanismo en la producción y mantenimiento de estados psicopatológicos. Las tres causas principales del *síndrome de autoestrés*, que se describe más adelante en el [apartado 7.3](#), son las estrategias erróneas de afrontamiento, las tendencias obsesivas y los bloqueos en el procesamiento emocional.
3. *Reducción de la Resistencia.* Finalmente, es preciso tener en cuenta que el riesgo de patología inducida por el estrés está en relación inversa con la resistencia del individuo a las alteraciones homeostáticas. Esta resistencia tiene un componente genético constitucional bastante estable y otro adquirido relativamente variable (ver *ley general de la homeostasis*, pág. 69). Los factores externos de estrés que inhiben o bloquean la resistencia adquirida aumentan el riesgo de descompensación homeostática, como ocurre con la desnutrición, el cansancio, las enfermedades somáticas, etc. Por eso, el estado psicofisiológico del individuo y la naturaleza del acontecimiento traumático, además de su intensidad, han de ser tenidos en cuenta en la constelación etiológica. Entre las experiencias que adquieren carácter traumático patógeno por interferencia con los mecanismos de resistencia homeostática están:

- a) La realización emocional súbita de la mortalidad propia o de la de un ser querido. Aunque la inevitabilidad de la muerte se da generalmente por aceptada a nivel intelectual, su aprehensión sentimental está en casi todo el mundo inhibida. La defensa ante la angustia de la finitud de la vida y la inevitabilidad de la muerte está en la base de la filosofía existencial y, según Freud, de todas las religiones.
- b) La vivencia de deshumanización, en la que uno se siente tratado como si fuera un objeto o un animal, con exposición a actos de crueldad y maldad extrema. Los traumas relacionados con sufrimientos deliberadamente inducidos por otros seres humanos, como en los casos de tortura o ataques de motivación sádica, inducen patología con mucha más frecuencia que los traumas impersonales como catástrofes naturales, accidentes, etc (Weisaeth, 1989).
- c) En general, todos los traumas que inducen desesperanza alteran la capacidad de resistencia e inhiben los procesos de adaptación, haciendo al individuo más susceptible a sus efectos patógenos. La desesperanza es uno de los matices del afecto depresivo que con mayor regularidad se asocia con patología, tanto médica como psiquiátrica, ante la influencia del estrés (ver *factores moduladores de la respuesta de estrés*, pág. 72).
- d) La asociación, real o simbólica, con experiencias traumáticas previas, lo cual intensifica el impacto subjetivo del acontecimiento actual.

7.1. El trastorno por estrés agudo

El *Acute Stress Disorder*, traducido variablemente como trastorno agudo de estrés o trastorno por estrés agudo, es un nuevo diagnóstico de la clasificación norteamericana DSM-IV, aunque es un viejo conocido de la psiquiatría europea. Denominado Reacción a Estrés Agudo en la CIE-10 ha sido conocido también como crisis aguda, fatiga de combate, crisis de nervios y "shock" psíquico. Se trata de un trastorno transitorio, de gravedad que puede llegar a ser importante, que aparece en un individuo sin otro trastorno mental previo, como respuesta a un estrés físico o psicológico excepcional y que con frecuencia remite, por lo menos de manera aparente, en horas o días (Bryant, 2000). Los acontecimientos que ocasionan este cuadro son similares a los que producen el trastorno de estrés postraumático. Como criterio diagnóstico temporal, el consenso norteamericano requiere que la duración de los síntomas sea superior a 2 días e inferior a 4 semanas, cambiando el diagnóstico a Trastorno de estrés postraumático si persisten más de un mes. La CIE-10 no establece estos criterios temporales, de interés más administrativo y legal que clínico. Con frecuencia, el trastorno por estrés agudo empieza de manera inmediata pocos minutos después de sufrir el trauma y remite a las pocas

horas, siempre que haya sido posible cambiar al enfermo de la situación de exposición a otra de protección y seguridad. Si esto no ocurre, el cuadro suele persistir más tiempo pero, con frecuencia, empieza a remitir por sí solo de manera progresiva a partir de las 48 horas.

La etiología del trastorno por estrés agudo es similar a la del trastorno de estrés postraumático, que se verá a continuación. Ambos son trastornos específicamente producidos por la exposición a situaciones extremas de riesgo físico, vivido directamente o de manera vicariante a través de personas con las que el sujeto tiene un estrecho vínculo. Entre estas situaciones se aceptan sin discusión catástrofes naturales, combates bélicos, accidentes, atracos, violaciones y actos terroristas. Con menor consenso se aceptan como causa el cambio brusco y amenazador del rango o del entorno social, alteración severa de la red social, destrucción o pérdida de la vivienda o de seres queridos, etc. El riesgo de su presentación aumenta en ancianos y niños, en situaciones de agotamiento físico o de disminución de la capacidad orgánica, y también en estados de desmoralización, desesperanza y depresión. Algunos rasgos personales premórbidos parecen facilitar la aparición del cuadro, entre ellos las tendencias disociativas, la distonía o hiperactividad neurovegetativa y los estados disfóricos.

El comienzo es generalmente brusco, en los pocos minutos siguientes a la exposición al trauma, aunque por razones formales el DSM norteamericano exige esperar 48 h para poder hacer un diagnóstico oficial. La evolución puede seguir una de tres pautas posibles:

1. Resolución más o menos completa, en un lapso de tiempo entre algunas horas y varios días, generalmente no más de un mes. Algunos autores consideran los cuadros que siguen esta evolución como "una respuesta normal a circunstancias anormales", de manera análoga a lo que es el duelo para la pérdida de seres queridos o la rotura de vínculos interpersonales
2. Evolución hacia un trastorno de estrés postraumático o hacia un síndrome de transformación persistente de la personalidad tras experiencia traumática. El primer caso es más propio de traumas agudos de corta duración, mientras que el segundo lo es más de situaciones prolongadas de trauma persistente. La evolución hacia estrés postraumático es más frecuente de lo que se creyó durante algún tiempo, llegando a afectar a casi el 30 % de los sujetos que sufren reacción aguda de estrés, y siendo más probable en aquellos en quienes predominan los síntomas disociativos (Classen *et al.*, 1998).
3. Evolución hacia un síndrome amnésico-disociativo, caracterizado por inaccesibilidad al recuerdo de las circunstancias traumáticas, con ocasional sintomatología de tipo ansioso-depresivo o alteraciones de la conducta cuya naturaleza sólo se comprende bien cuando el paciente recupera las memorias del trauma (Sandler y Fonagy, 1997; Mollon, 1998). Este tipo de evolución parece ser más frecuente en el niño que en el adulto (Eth y Pynoos, 1985; Bryant, 2000). Sin embargo, existe actualmente considerable controversia

acerca de la autenticidad de los recuerdos traumáticos evocados con ciertos métodos de psicoterapia, habiéndose descrito un "síndrome de la falsa memoria", con importantes implicaciones legales y clínicas (Spiegel, 1997; Sandler y Fonagy, 1997). La experiencia con psicoterapia autógena demuestra que los episodios microabreactivos que aparecen durante el tratamiento tienen efecto terapéutico, tanto si los contenidos se corresponden con acontecimientos reales de la vida del sujeto como si son elaboraciones fantasiosas (Luthe, 1970; Rivera 1999).

A) Cuadro clínico

Con inicio inmediato mientras se experimenta el acontecimiento, o poco tiempo después, aparece una alteración importante, con notable sufrimiento e incapacidad para funcionar, que puede llegar hasta el punto de que el sujeto ni siquiera sea capaz de pedir ayuda o de informar a sus allegados de lo acontecido. En algunos casos el comportamiento puede parecer normal o incluso valeroso, como el del soldado que pasea erguido a cuerpo descubierto en medio de una batalla. Esta paradoja se explica por la desconexión disociativa, que aísla al individuo perceptivamente de su entorno. La sintomatología se puede agrupar en cuatro grandes apartados:

1. Disregulación emocional múltiple y multiforme, con episodios de ansiedad, depresión, ira, desesperación, etc, sin que ninguno de estos estados predomine mucho tiempo, generalmente con acompañantes vegetativos como taquicardia, sudoración, temblor, así como con alteraciones del sueño.
2. Desorganización cognitiva, embotamiento mental, estrechamiento del campo de la conciencia, desatención a información y estímulos, desorientación, estupor disociativo, alteraciones de la recuperación mnémica, despersonalización, o desrealización.
3. Tendencia a revivir el trauma, bien de manera espontánea, con ideación o imágenes obsesivas, sueños recurrentes e incluso distorsiones perceptuales; o bien de manera inducida, provocada por situaciones, imágenes, sentimientos, etc., que, de alguna manera, recuerdan el trauma.
4. Desarrollo de pautas de evitación de estímulos susceptibles de reactivar el trauma (DSM-IV requiere para efectuar el diagnóstico síntomas de este apartado también, mientras que en el sistema CIE-10, son suficientes síntomas de los dos primeros grupos, aparte del criterio etiológico exigido en ambos casos).

B) Tratamiento

Aunque en un porcentaje importante de los casos la evolución es hacia la resolución natural del cuadro, la conocida tendencia hacia evoluciones más tórpidas aconseja tomar sistemáticamente medidas de prevención secundaria. Las consideraciones terapéuticas son las mismas que las del Trastorno de Estrés Postraumático. Existe evidencia de que la verbalización temprana del acontecimiento traumático poco después de su ocurrencia en un entorno de seguridad y escucha previene su desarrollo hacia la cronificación (Benyakar, 1998). En cuanto al tratamiento farmacológico, la administración esporádica de benzodiacepinas puede ser de utilidad para restaurar el sueño y disminuir la disregulación emocional, pero una pauta persistente puede empeorar el pronóstico. Los betabloqueantes, como el propanolol, están indicados para las disfunciones neurovegetativas, como taquicardia. El tratamiento psicoterapéutico más eficaz es el que combina técnicas cognitivas con desensibilización progresiva y técnicas de meditación, como el entrenamiento autógeno.

7.2. La disregulación neurovegetativa

El equilibrio dinámico que mantienen entre sí las ramas simpática y parasimpática del sistema nervioso autónomo se denomina “sintonía neurovegetativa”. Este tema se trata con amplitud en el [capítulo 2](#), [apartado 2.4](#), por lo que sólo se discuten a continuación los aspectos clínicos. El simpático y el parasimpático tienen su origen, respectivamente, en las zonas hipotalámicas ergotrópica y trofotrópica, que mantienen también importantes conexiones con el sistema límbico y con la corteza cerebral.

El primer nivel de sintonía neurovegetativa corresponde al funcionamiento normal y se caracteriza porque las relaciones ergo-trofas son flexibles, fluidas y apropiadas, regulándose mutuamente y ejerciendo cada sistema su actividad de manera adecuada a las demandas de la situación. Sin embargo, si la estimulación sobrepasa cierto nivel, la regulación se altera y se establecen nuevos equilibrios ergo-trofos, de naturaleza patológica. El segundo nivel de sintonía neurovegetativa, que ya es distónico, se caracteriza por pereza en la interacción ergotrofa, persistencia de la actividad de un sistema cuando ya no es necesaria y aumento de la latencia de respuesta cuando es necesaria. En este segundo nivel de sintonía, la regulación recíproca entre el sistema ergotropo y el trofotropo sigue actuando en la dirección apropiada, pero de manera más lenta y con decalaje entre las exigencias de la situación y las respuestas del individuo. El tercer nivel de sintonía neurovegetativa ya es francamente patológico, con alteración total de las leyes de equilibrio ergo-trófo. La estimulación de un sistema no sólo no se acompaña de la inhibición refleja del otro, sino que puede que ambos se activen simultáneamente ante el mismo estímulo. Esta disregulación neurovegetativa franca produce importantes alteraciones fisiológicas, siendo las más graves las que afectan al sistema circulatorio, que pueden conducir a la muerte súbita. Sin llegar a tal extremo, los

grados dos y tres de sintonía (o distonía) neurovegetativa son observables en la práctica clínica diaria, por ejemplo en pacientes que presentan simultáneamente efectos ergotrópicos (taquicardia, hipertonia muscular) y trofotrópicos (diarrea, urinación frecuente). Psicológicamente, un sujeto en estadio 2 está ansioso e inquieto, se siente desvalido y desesperanzado y responde lentamente a maniobras sencillas de estimulación trofotrópica (voz suave y afectuosa, contacto físico suave, etc.). Con el agotamiento progresivo del organismo, van predominando las respuestas trofotrópicas típicas de la reacción de inhibición-conservación, con apatía, cansancio e hipotensión, que puede llegar al síncope vasovagal. En el estadio 3 de disregulación se observa un síndrome caracterizado por alteración de los procesos lógicos de razonamiento, pérdida del juicio crítico, hipersugestionabilidad y alteraciones psicosomáticas, descrito por Lex (1974) en víctimas de brujería vudú.

7.2.1. Muerte súbita emocional

Conocida diversamente como “muerte vudú”, “muerte por el aire de la bala de cañón” y también “síndrome de Baskeville”, en honor a una aventura de Sherlock Holmes en la cual el asesino asustaba mortalmente a sus víctimas azuzando contra ellas por sorpresa un enorme perro. Se produce en situaciones de intenso estrés, que altera la regulación neurovegetativa hasta un estadio tres, o sea, de completa desorganización. La activación ergotrópica (simpática) aumenta el ritmo y la potencia de la contracción cardíaca, mientras que la activación trofotrópica (parasimpática) produce una vasodilatación generalizada, con la consiguiente disminución de la presión arterial y del retorno venoso de sangre al corazón. Al no recibir sangre suficiente, el corazón empieza a funcionar en vacío, acabando por pararse en diástole (Gellhorn, 1963). Los clásicos experimentos de Richter (1957) muestran un dramático ejemplo de disregulación neurovegetativa. Ratas salvajes (el dato es importante) introducidas en un recipiente con agua en el que deben nadar contracorriente se sumergen al cabo de unos pocos minutos y mueren en el fondo del tanque por parada cardíaca en diástole. El efecto se aumenta si se les cortan los bigotes, probablemente porque ello reduce su capacidad exploratoria y aumenta su experiencia de estrés. Curiosamente, las ratas de laboratorio resisten mucho más tiempo y, si mueren, lo hacen ahogadas y no por parada cardíaca. Las propias ratas salvajes, si son salvadas en el último momento y dejadas reposar fuera del tanque, sobreviven durante mucho más tiempo en una siguiente experiencia, probablemente por los efectos protectores de la esperanza de ser salvadas de nuevo.

En el hombre se han descrito casos de muerte súbita en situaciones de intenso estrés. Estudios epidemiológicos detectan un aumento de infartos de miocardio, arritmias severas y muertes súbitas después de terremotos (Leor, 1996), ataques terroristas como el de la Torres Gemelas en Nueva York (Steinberg, 2004) y acciones bélicas (Qureschi,

2003). Los médicos de las guerras napoleónicas y, más tarde, los de la guerra de secesión norteamericana, describieron el hallazgo de cadáveres en el campo de batalla sin ninguna lesión física. En alguna ocasión encontraron impactos de cañonazos cerca de ellos, por lo que atribuyeron su muerte a lesiones internas producidas por el desplazamiento brusco del aire alrededor de una bala de cañón que pasó cerca, de ahí el nombre de “muerte por el aire de la bala de cañón”. Sin embargo, ninguna autopsia demostró esas supuestas lesiones, y hoy día parece claro que la causa fue la disfunción neurovegetativa grave inducida por el estrés (McMahon, 1975). En la Guerra Civil española, Mira-López (1939) describió un síndrome de “ansiedad maligna” o “psicorrexis”, que atribuyó a la combinación de desnutrición y terror intenso, y que acabó en algunos casos con la vida del enfermo. Cannon (1942) recogió 18 casos de muerte emocional, la mayoría de ellos en miembros de culturas primitivas que se creían afectados por un poderoso maleficio, de ahí que bautizara el fenómeno como “muerte vudú”. Al terror producido por la maldición se combinaba la soledad por aislamiento y pérdida del apoyo social del resto de la tribu, que evitaban relacionarse con el sujeto maldito. Todo ello, junto con un probable componente de autosugestión, contribuye al fatal desenlace, si antes no se remedia por una intervención mágica más poderosa. Cannon explica el fenómeno con una hipótesis psicofisiológica que combina sus propios estudios sobre el shock hipovolémico y la reacción de lucha-huida. En una primera fase se produce activación simpática y secreción de adrenalina, con el consiguiente aumento de la frecuencia cardíaca, hipertensión arterial y vasoconstricción periférica, sobre todo en la piel y aparato digestivo. Como el sujeto permanece quieto, esta actividad circulatoria no es aplicada a ningún fin útil. La intensa vasoconstricción disminuye el aporte sanguíneo en abdomen y extremidades, la permeabilidad capilar aumenta y tiene lugar tránsito masivo de líquido al espacio extravascular. El edema disminuye el volumen sanguíneo y la inmovilidad el retorno venoso, con lo que se produce hipotensión, el corazón empieza a funcionar en vacío y finalmente se para. Engel (1971) recogió 170 casos de muerte súbita emocional, todas ellas ocurridas en situaciones que a) eran imposibles de evitar o de ignorar b) producían emociones intensas y c) eran imposibles de controlar o dejaban al sujeto en un estado de indefensión. Engel clasificó las causas de muerte súbita emocional en ocho categorías, siendo las más frecuentes la muerte de un ser querido (41%) y una amenaza o peligro personal, real o simbólico (27%). Los resultados completos se presentan en el [cuadro 7.1](#). Su hipótesis, muy próxima a la de Gellhorn, es que en estos casos se combinan de manera inapropiada dos respuestas incompatibles ante el estrés: la de *lucha-huida* y la de *conservación-inhibición* (ver pág. 37).

Cuadro 7.1. *Causas de muerte súbita emocional (Engel, 1971)*

	<i>Hombres</i>	<i>Mujeres</i>	<i>Total</i>
Muerte o colapso de alguien cercano	11 (11%)	25 (39%)	36 (21%)
Duelo agudo (en los primeros 15 días)	20 (20%)	15 (23%)	35 (20%)
Amenaza de perder a alguien cercano	10 (10%)	6 (9%)	16 (9%)
Durante periodo de duelo o aniversario de muerte de ser querido	4 (4%)	1 (2%)	5 (3%)
Pérdida de estatus o autoestima	9 (9%)	—	10 (6%)*
Amenaza o peligro personal	27 (27%)	14 (22%)	46 (27%)*
Una vez que ha pasado el peligro	10 (10%)	1 (2%)	12 (7%)*
Reunión, triunfo, final feliz	8 (8%)	2 (3%)	10 (6%)
TOTAL	99	64	170 *

* Sexo no especificado en ocho de los informes recogidos.

La psicósomática de la muerte súbita emocional ha sido estudiada por Dimsdale (1977), que señala que es más probable en personas ya predisuestas por enfermedades cardiovasculares, como insuficiencia coronaria o arritmias, aunque estudios de autopsia han demostrado que también puede ocurrir en personas completamente sanas. Además de la disregulación circulatoria general ya descrita, la hiperactivación simultánea de las ramas simpática y parasimpática del sistema nervioso vegetativo produce alteraciones locales de la circulación coronaria cardíaca, ocasionando infartos miocárdicos focales múltiples. Los mismos efectos se producen cuando niveles elevados de adrenalina circulante se combinan con bradicardia por estimulación vagal. Como corolario terapéutico de todas estas observaciones psicofisiológicas, se deduce que el ejercicio físico intenso puede prevenir la muerte súbita emocional, al aumentar con la contracción muscular el retorno sanguíneo y contrarrestar así la estasis venosa. tanto los médicos europeos medievales como los brujos indígenas mejicanos ya conocían este fenómeno y recomendaban, en casos de intenso terror, no quedarse quieto sino correr sobre el terreno o realizar flexiones enérgicas.

7.2.2. Susto o espanto

El susto o espanto es un síndrome cultural descrito en las poblaciones indígenas de América del Sur, estudiado, entre otros autores, por Mariategui en el Perú. Se inicia de manera generalmente brusca después de sufrir un acontecimiento estresante agudo. Es

más frecuente en adultos crónicamente estresados, en mujeres, en las clases más pobres e incultas y en campesinos que emigran a las grandes ciudades. El cuadro clínico característico incluye síntomas somáticos como inquietud motriz, anorexia, insomnio, temblores, espasmos musculares, dolor periumbilical y diarrea y síntomas psíquicos como ansiedad, apatía, distractibilidad, desinterés y aspecto estuporoso. La enfermedad se atribuye, en la mente popular, a la pérdida del alma por los efectos de un susto o desgracia impactante. Los síntomas disociativos y la apatía que acompañan al cuadro justifican esta explicación, ya que el paciente puede mostrar un aspecto algo similar a un *zombi*, con una actitud ausente y desconectada. En los casos más graves, algunas personas afectadas caen en un estado de marasmo y desnutrición que acaba en la muerte. Incluso cuando sobreviven, la mortalidad por todas las causas es más elevada en pacientes con *susto* que en la población general. Los psiquiatras que examinan a estos pacientes tienden a diagnosticarles de trastorno disociativo, trastorno de estrés postraumático o de psicosis reactiva, por lo que no está claro su equivalente en los manuales diagnósticos occidentales. El tratamiento desarrollado por los curanderos indígenas incluye cocciones vegetales, de las cuales la más recomendada es la compuesta por higos verdes machacados, vinagre y nuez moscada. Más eficaz parece ser la psicoterapia chamánica intensiva, denominada popularmente *barrida*, en la que el enfermo relata en detalle al curandero el acontecimiento traumático, mientras que éste masajea su abdomen y/o entona cantos apropiados. Como ocurre con la psicoterapia civilizada, no suele bastar con una sola sesión, aunque su duración suele ser de varias horas. De todas formas, se mantiene en el rango de las psicoterapias breves, ya que la mayoría de los pacientes que responden lo hacen entre dos y diez sesiones. Salvando los aspectos folklóricos, este tratamiento parece satisfacer principios bien establecidos por la ciencia psiquiátrica para el tratamiento del estrés postraumático, que consisten en inducir un proceso abreactivo en una situación de apoyo y estimulación trofotrópica.

7.2.3. *Psicorrexis*

Trastorno descrito en la Guerra Civil española por el psiquiatra Emilio Mira y López (1939). En él que parecen combinarse aspectos del trastorno por estrés agudo y de la disregulación neurovegetativa descrita por Cannon a propósito de la muerte vudú. El cuadro clínico se presenta en personas expuestas a combate o acciones similares de retaguardia, y se inicia con angustia, perplejidad, falta de actividad espontánea, dificultad en la concentración, respuestas monosilábicas a las preguntas y leve estado confusional. Progresivamente aumentan las alteraciones neurovegetativas y la angustia, aparece carfología (movimientos involuntarios de las manos, como si el enfermo intentara arrugar las sábanas de su cama o coger un objeto imaginario suspendido sobre él), espasmos faciales, alteraciones serias del estado de conciencia y de la motricidad, ocurriendo la

muerte a los pocos días. Revisiones posteriores del síndrome descrito por Mira han encontrado ciertas similitudes con la demencia pelagrosa, por lo cual, dado que la mayoría de los enfermos por él estudiados tenían mal estado nutricional, es posible que la deficiencia de vitamina B sea un factor etiológico coadyuvante.

7.3. El síndrome de autoestrés

El término de *autoestrés* designa un proceso patológico en el que los efectos de un impacto estresante agudo son auto-mantenidos de manera circular. Su generación requiere un fracaso de los procesos normales de disolución del estrés interno. La experiencia de un factor externo de estrés actúa como núcleo alrededor del cual cristalizan procesos autorepetitivos amplificadores. Si este factor externo ha sido lo bastante importante como para producir un síndrome de estrés agudo, el autoestrés es un factor de riesgo para el desarrollo posterior de un síndrome de estrés postraumático. En los casos en que los factores externos son menos importantes, el autoestrés puede desembocar en un trastorno de ansiedad, un trastorno depresivo o una crisis maniaca, por encendido de un circuito cerrado de estimulación límbica (*efecto kindling*). El autoestrés puede también iniciarse con acontecimientos vitales de naturaleza normal, cuyo valor estresante es amplificado por anticipaciones negativas de repetición o por construcciones imaginarias de las terribles consecuencias que podrían tener. La anticipación temerosa de acontecimientos que no han ocurrido pero que *podrían* ocurrir (por ejemplo, suspender un examen, perder el empleo, la muerte de un ser querido, etc.) son fuentes comunes de autoestrés.

En cuanto a su intensidad, se distinguen tres grados o niveles de autoestrés:

- Grado 1. Es un fenómeno frecuente, coloquialmente definido como estar preocupado o estresado. Fisiológicamente corresponde a un estado de activación ergotrópica que no cede al desaparecer la estimulación causal. Puede asociarse fácilmente con hipersensibilidad e irritabilidad, un estado bien conocido por la población general, que lo denomina estar “de los nervios” o “a punto de saltar”.
- Grado 2: Rumiaciones cognitivas persistentes, con hiperactivación neurovegetativa que persiste en ausencia de estimulación estresante. Se asocia con síntomas médicos funcionales y ansiedad, conductas de evitación, estados depresivos y experiencias subjetivas que afectan a la autoestima y el funcionamiento general.
- Grado 3: Autoestrés maligno. Cierre absoluto de un círculo vicioso sin escapatoria, con sentimientos de impotencia y desesperanza. Respuesta paradójica a estímulos tranquilizantes, incapacidad de relajación y reposo,

empeoramiento con situaciones que habitualmente tienen efecto sedante. Puede conducir a la “muerte vudú” de Can-non, la Psicosis reactiva de McCabe o la depresión agitada. Esta última suele comenzar de manera insidiosa en personas mayores, después de infortunios o acontecimientos insolubles (muerte de un ser querido, abandono del hogar por los hijos, casamientos indeseados, etc.).

7.3.1. Estrés interno

La gran capacidad de computación del cerebro humano es capaz de crear un mundo interno propio, que amplía, extrapola, modifica, falsea, predice y promueve los acontecimientos del mundo externo. Una de las grandes aportaciones de Karl Jaspers a la Psicopatología ha sido la diferenciación entre el *mundo externo* de los eventos y estructuras consensuales por distintos observadores y el *mundo interno* de los sentimientos, ideas y demás construcciones personales, de acceso directo único para el propio sujeto. La continua reestructuración de este mundo interno forma la base evolutiva de la personalidad. La elaboración de nuevos constructos y su plasmación consensuable en el mundo externo constituyen el acto creativo, proceso que no es privativo de los grandes genios, sino que es realizado, en mayor o menor medida y de manera más o menos continua, por todo el mundo. El estrés generado por la *tensión creativa* ya ha sido comentado en la [página 49](#). Por otra parte, la natural tendencia humana a desarrollar e imponer construcciones mentales a las circunstancias del entorno es también fuente de estrés, así como el reflejo instintivo a encontrar explicación y sentido a todo lo que ocurre. Inhibir estas actividades puede reducir el estrés interno, conocimiento resumido por la sabiduría popular en su consejo de “aceptar las cosas como son” o “dejar las cosas como están”, o, más poéticamente, en frase del dramaturgo Joaquín Bar-trina: “Si quieres ser feliz como me dices, no analices, muchacho, no analices”. En su desarrollo natural, el estrés interno desaparece cuando su fuente llega a su conclusión: en el caso de la tensión creativa, cuando la obra es concluida y aceptada por el entorno; en el del autoengaño, cuando se llega a la convicción de tener razón, en desprecio y negación de la realidad, y en el de la reflexión cuando se llega a una comprensión operativa de las circunstancias. Por el contrario, en el autoestrés la conclusión nunca llega y el proceso persiste de manera autoalimentada.

Cuadro 7.2. Fuentes de estrés interno

Tensión Creativa: Esfuerzo de los constructos mentales por realizarse
Reflexión: Buscar sentido y explicación a lo que ocurre

7.3.2. Estrés y ansiedad

Tanto la ansiedad como el estrés se refieren a un estado de activación del organismo ante emergencias o exigencias desacostumbradas y existen entre ellos ciertas relaciones y semejanzas. El estrés psicológico ha sido definido como “Todo proceso, originado tanto en el ambiente exterior como en el interior de la persona, que implica un apremio o exigencia sobre el organismo, y cuya resolución o manejo requiere el esfuerzo de los mecanismos psicológicos de defensa, antes de que sea activado cualquier otro sistema” (Engel, 1962). Comoquiera que la función esencial de los mecanismos psicológicos de defensa es impedir el acceso a la conciencia de representaciones mentales conflictivas, previniendo así la experiencia de la angustia, podemos también definir el estrés psicológico como “toda circunstancia que reactiva conflictos internos, incrementando la predisposición a experimentar ansiedad” (Rivera, 1995).

Ansiedad, miedo y angustia. La ansiedad, el miedo y la angustia son tres sentimientos muy próximos, que es conveniente diferenciar (ver [cuadro 7.3](#)). La ansiedad es un sentimiento difuso de anticipación de un daño o peligro que no es posible concretar. La podemos definir como "persistente tendencia a la inquietud y a la anticipación temerosa del futuro". Con frecuencia, inhibe las funciones intelectuales y fisiológicas y tiende a automantenerse en ausencia de todo factor externo. El miedo es un sentimiento claro y bien delimitado, que surge en la confrontación con un peligro real, y que, generalmente, aumenta la motivación y las energías aplicadas a la lucha o a la huida. El miedo y la ansiedad se entremezclan en condiciones en las que el individuo ve amenazado su concepto de sí mismo, su relación con sus seres queridos o algunos aspectos de su entorno que considera esenciales para su plena existencia. La angustia es una variante de ansiedad en la que, en lugar de anticipar un daño o peligro, éste se vive como teniendo lugar en el momento presente. Se puede definir como “emoción transitoria paroxística de terror y agobio”.

Cuadro 7.3. *Diferencias entre miedo, angustia y ansiedad*

	<i>Miedo</i>	<i>Angustia</i>	<i>Ansiedad</i>
Causa	Conocida externa concreta	Desconocida interna definida	Desconocida interna difusa
Presentación	Aguda	Aguda	Crónica
Temporalidad	Presente	Presente	Futuro
Vivencia	Peligro	Trauma	Conflicto

La ansiedad es uno de los acompañantes más frecuentes de las situaciones de estrés, pero no es el único, ni tampoco es exclusivo. Estudiando la reactividad al estrés en sujetos normales sólo el 28,2% reconocen la experiencia subjetiva de ansiedad psíquica como su reacción habitual ante el estrés, aunque casi todos presentan alguna de las manifestaciones vegetativas clásicamente consideradas como concomitantes de la angustia (Rivera, 1993).

Cuadro 7.4. Reacciones ante situaciones de estrés en la población general

N.º Ítem IRE	%
1. Inquietud, incapacidad de relajarse y estar tranquilo	43,8
4. Ganas de suspirar, opresión en el pecho, sensación de ahogo	46,8
5. Palpitaciones, taquicardia	43
20. Aprensión, sensación de estar poniéndose enfermo	27

29. Ansiedad, mayor predisposición a miedos, temores, etc.	28,2

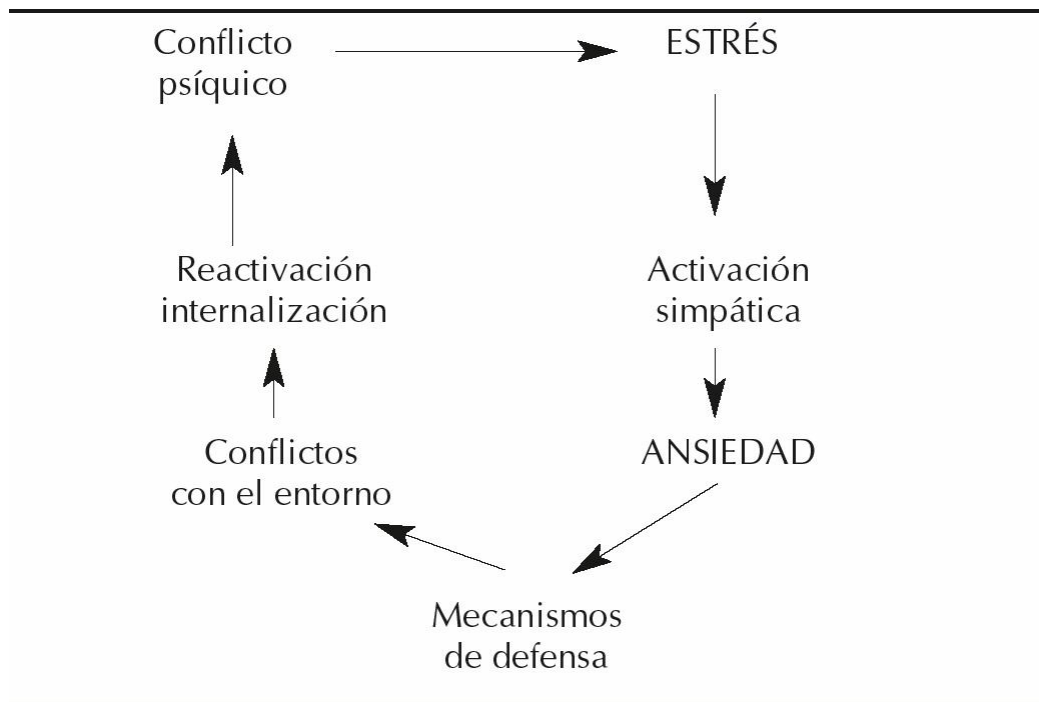
Porcentaje de la población general (N=630) con respuestas positivas relacionadas con ansiedad en el cuestionario Índice de Reactividad al Estrés (IRE). (Rivera, 1993).

La reactividad ansiosa ante el estrés es marcadamente más elevada en pacientes con trastornos de ansiedad, que presentan, además, una vulnerabilidad aumentada ante situaciones de estrés.

Los círculos viciosos de la ansiedad. En la patogenia de los trastornos de ansiedad conviene distinguir entre procesos *generadores*, desencadenantes iniciales de la ansiedad claramente relacionados con situaciones de estrés y conflicto, y procesos *mantenedores* de la ansiedad, que son, en última instancia, los responsables de la aparición de un cuadro clínico persistente. La hipótesis del “círculo vicioso ansiógeno” (Rivera, 1981, 1995) describe el mecanismo psicodinámico de retroalimentación positiva que mantiene de manera autónoma la experiencia de ansiedad largo tiempo después de la desaparición del factor externo desencadenante. El círculo vicioso psicodinámico de la ansiedad (Rivera, 1981) se inicia con una situación conflictiva con personas importantes del entorno, que es internalizada y convertida en conflicto psíquico interno. El recuerdo o la activación del conflicto interno generan ansiedad, que a su vez pone en marcha mecanismos automáticos de defensa y adaptación para evitar la experiencia desagradable. Como estos mecanismos son con frecuencia maladaptativos e inadecuados a las exigencias reales del medio, se producen nuevos conflictos externos, que son internalizados o reactivan conflictos internos ya presentes ([cuadro 7.5](#)).

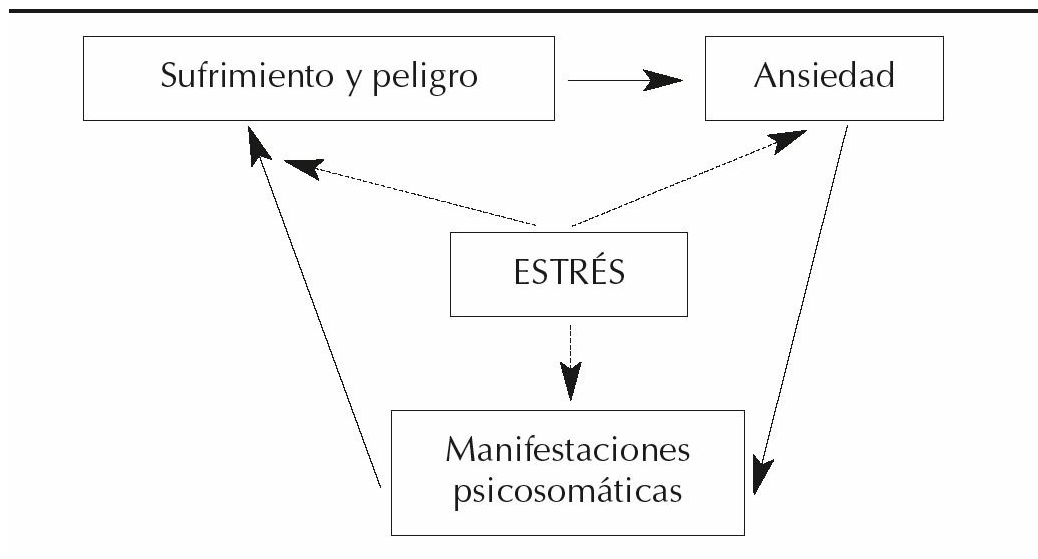
Este modelo explica por qué, mientras que la mayoría de los individuos recuperan un equilibrio psíquico estable después de experiencias estresantes aisladas, algunos mantienen de manera inadecuada la respuesta inicial. De igual manera, y en sentido inverso, muchos síndromes ansiosos remiten con tratamientos no etiológicos, que no actúan sobre los factores causales pero que interrumpen de manera eficaz el círculo vicioso. Dentro de este marco conceptual tiene sentido considerar la existencia de *factores de vulnerabilidad*, indicadores de deficiencias específicas en los procesos reguladores de la homeostasis psíquica, cuyo fallo puede fácilmente convertirse en punto de arranque del círculo vicioso general de la ansiedad. Estas consideraciones constituyen una guía valiosa para decidir el procedimiento terapéutico más adecuado en cada caso: Las técnicas de orientación psicoanalítica actúan sobre el conflicto psíquico interno y sobre los mecanismos maladaptativos de defensa; las cognitivo-conductuales sobre el manejo de los conflictos con el entorno, y las de meditación-relajación sobre la activación simpática y la experiencia ansiosa en sí misma.

Cuadro 7.5. *El círculo vicioso psicodinámico de la ansiedad*



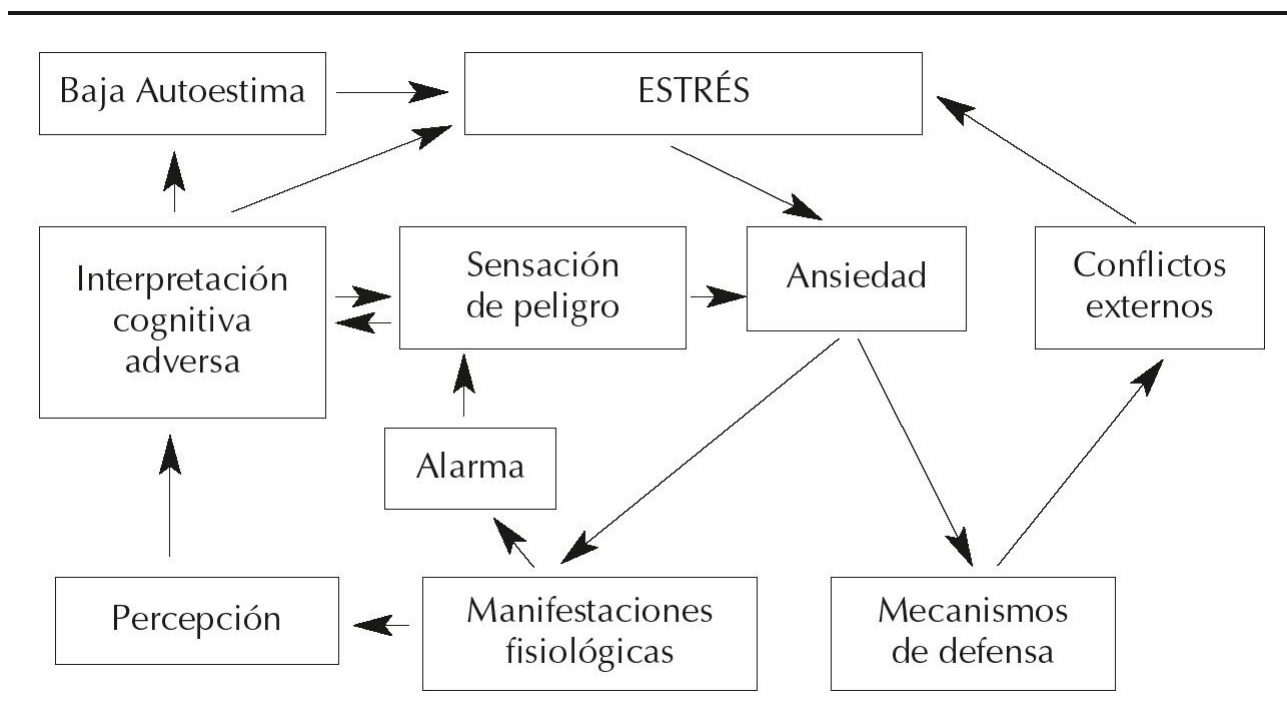
Círculo vicioso psicofisiológico de la ansiedad. En ocasiones, una experiencia puntual de estrés se automantiene como estado de ansiedad mediante un sencillo mecanismo de retro-alimentación psicofisiológica positiva. Las reacciones de tipo neurovegetativo ante el estrés son muy frecuentes y algunas de ellas, como la taquicardia, la sensación de ahogo, los mareos, etc, inducen por sí mismas un sentimiento de sufrimiento y peligro, que genera ansiedad en el sujeto que las padece. Aunque desaparezca el estrés causal inicial, la ansiedad ante la activación neurovegetativa puede persistir, generando nuevos síntomas que cierran así el círculo vicioso psicofisiológico de la ansiedad (cuadro 7.6).

Cuadro 7.6. *Círculo vicioso psicofisiológico de la ansiedad*



Círculo vicioso general de la ansiedad. Añadiendo los factores cognitivos de evaluación e interpretación de los acontecimientos y de sus efectos a los procesos circulares psicodinámicos y psicofisiológicos obtenemos el **Círculo Vicioso General de la Ansiedad** ([cuadro 7.7](#)).

Cuadro 7.7. *Círculo vicioso general de la ansiedad*



7.3.3. Estrés y depresión

El estrés agudo por si mismo no suele producir estados depresivos, a menos que se generen mecanismos auto-repetitivos de estrés interno, lo cual es mucho menos frecuente que en el caso de la ansiedad. Lo que sí produce con regularidad estados depresivos es el estrés crónico, por lo que la relación entre estrés y depresión, así como el modelo del círculo vicioso de la depresión, se estudian en la sección correspondiente del [capítulo 9](#).

El trastorno de estrés postraumático

Conocido también por los términos de trastorno post-estrés traumático o trastorno por estrés traumático, del inglés "Post-traumatic Stress Disorder", el trastorno de estrés postraumático (TEPT) se presenta tras la exposición súbita a una situación de estrés lo bastante intensa y prolongada como para desbordar ampliamente las capacidades de integración cognitiva y emocional del individuo. La aparición de alteraciones psíquicas en los supervivientes de guerras, catástrofes y otras situaciones extremas es conocida desde la antigüedad, y ha sido objeto de descripción por los historiadores desde Heródoto. Los médicos militares de las guerras napoleónicas son los primeros en identificar un síndrome específico que se desarrolla durante el combate, aunque estaban más interesados por sus efectos psicosomáticos que por los estrictamente psicológicos. También en la guerra de secesión norteamericana se conocían los estados de parálisis de la voluntad y de terror en el combate, que podía llegar a producir la muerte a soldados físicamente intactos, fenómeno descrito en el [capítulo 7](#). A finales del siglo XIX el cuadro ya era bien conocido con el nombre de "neurosis traumática" (Eulenburg, 1895), aunque muchos preferían el de "neurosis de guerra". Durante la Primera y la Segunda Guerras Mundiales mejoró la comprensión del síndrome, que se diagnosticaba con criterios no muy diferentes a los actuales (Kardiner y Spiegel, 1947). La participación de psicoanalistas como médicos militares en la Primera Guerra Mundial permitió asimismo descubrir la eficacia de los procedimientos abreactivos en su tratamiento (Freud, 1919; Ferenczi *et al.*, 1921). En la Guerra Civil española Miguel Prados (1944) puso de manifiesto las afinidades y diferencias del TEPT con los estados de ansiedad y Mira y López (1939) describió un cuadro clínico agudo, la psicorrexia, estudiado en el [capítulo 7](#). Vallejo-Nágera (1939, 1942) y López Ibor (1942) también describieron sus experiencias psiquiátricas en la misma guerra, destacando los beneficiosos efectos de una alta moral de victoria, a la que atribuyen la escasa psicopatología de los militares franquistas, en comparación con los republicanos.

La notoriedad y universal reconocimiento del síndrome se ha producido después de ser incluido en la DSM-III Norteamericana, bajo la influencia de la presión social

desencadenada por las severas alteraciones psiquiátricas presentadas por los veteranos de la guerra de Vietnam. Sin embargo, desde entonces ha quedado claro que el TEPT no es exclusivo de soldados en combate, sino que también se presenta en maestros de escuelas públicas conflictivas (Bloch, 1978), víctimas de agresiones sexuales (Rose, 1986), víctimas de terrorismo y violencia (Baca y Cabanas, 2003), pacientes con quemaduras (Pérez-Jiménez, 1995), niños maltratados (Moreno y Pedreira, 1999) y, en general, en supervivientes de toda clase de accidentes, crímenes, atentados y desastres (Horowitz, 2001).

8.1. Clasificación

Tradicionalmente considerado entre las neurosis como "neurosis traumática", al desaparecer este epígrafe en las nuevas clasificaciones Norteamericanas (DSM-III y DSM-IV) ha pasado a ser incluido entre los trastornos de ansiedad. Algunos autores, como Horowitz (1987, 2003), arguyen, de manera muy convincente, que el TEPT es esencialmente distinto de los síndromes de ansiedad, y que es necesaria una nueva categoría en la que incluir todo un grupo de trastornos relacionados con el estrés y el trauma, para la que se propone el término genérico de "Síndromes de respuesta al estrés" (Stress Response Syndromes) o, más brevemente, "Síndromes de Estrés". La creciente descripción de nuevos síndromes, como el Síndrome de Victimización de Ochberg (1991), variante del TEPT suficientemente importante como para ser considerado aparte, el Trastorno de Estrés Extremo de Herman (1992), el Síndrome de Acoso Institucional (Rivera, 2000), etc. apoyan esta pretensión.

La CIE-10, décima edición de la Clasificación Internacional de Enfermedades de la OMS, diferencia un epígrafe (el F4) para "Trastornos neuróticos, somatoformes y relacionados con el estrés", en el que existe una categoría (la F43) denominada "Reacciones a estrés grave y trastornos de adaptación". En ella se engloban la Reacción aguda de estrés (F43.0), el trastorno de estrés postraumático (F43.1) y los trastornos de adaptación (F43.2). Prudentemente, se incluyen dos síndromes más, el F43.8 que corresponde a "Otros" y el F43.9 a "sin especificar" (OMS, 1992).

8.2. Etiología

La etiología del TEPT es la experiencia de un estrés traumático o circunstancia ambiental susceptible de originar un trauma psíquico en el sujeto. Característicamente, el síndrome se desarrolla a partir de una o varias experiencias traumáticas, sufridas de manera aguda o crónica durante un tiempo que puede ser muy breve o durar años. Una interesante

discusión se ve planteada por la definición del DSM-IV, que considera el TEPT tributario de "la exposición a un acontecimiento estresante y marcadamente traumático, y donde el individuo se ve envuelto en hechos que representan un peligro real para su vida o cualquier otra amenaza para su salud física" (versión española, pág. 434), que es una ligera variación de la definición del DSM-III, donde se atribuye a "agentes estresantes altamente angustiantes para casi todo el mundo, que en general se experimentan con intenso miedo, terror y sensación de desesperanza" (DSM III-R, pág. 296 de la versión española). El manual diagnóstico americano pasa a enumerar una serie de situaciones que incluyen "peligro grave para la propia vida y la de los allegados, destrucción súbita del hogar o de la comunidad o presenciar esas situaciones acaeciendo a otras personas, por ejemplo, ser testigo de torturas o asesinatos" que cumplen este primer criterio etiológico o A-1 (hay otro criterio etiológico, el A-2, que se verá después). El DSM-IV excluye expresamente la muerte de familiares, la ruina económica o los conflictos matrimoniales como posibles etiologías del TEPT. La experiencia clínica muestra, sin embargo, la aparición de cuadros característicos de TEPT en respuesta, precisamente, a algunos de los acontecimientos expresamente excluidos por el DSM-IV, además de ante otras circunstancias todavía menos "excepcionales", como, por ejemplo, partos (Reynolds, 1997) y accidentes de tráfico leves o moderados (Feinsten y Dolan, 1991; Pilowsky, 1992; Gallo *et al.*, 1997). Bien es verdad que el DSM-IV amplía el espectro de causas diagnósticamente aceptables de TEPT, para incluir además enfermedad física grave, violación y abusos sexuales infantiles, muerte súbita o trauma severo en una persona querida, asaltos violentos... De todas formas, llama la atención que un manual diagnóstico basado en descripciones operativas de síntomas ponga tanto énfasis en criterios etiológicos para el diagnóstico de TEPT, y, además, de forma tan estricta. En buena lógica médica, un síndrome debe categorizarse en base a un perfil sintomático característico, y no en relación con una clasificación discriminatoria artificial de las distintas intensidades del factor etiológico. De hecho, son mayoría los clínicos que no aplican de manera estricta el criterio A-1 y aceptan como buena toda etiología traumática suficientemente importante si el cuadro clínico presenta el perfil sintomático característico. Long (2008) ha comparado las diferencias entre la frecuencia y severidad de síntomas de TEPT tras traumas que cumplen el criterio DSM A-1 y tras los que no lo cumplen. En contra de la expectativa lógica, los traumas que no cumplen exactamente el criterio A-1 se asocian con una mayor frecuencia e intensidad de síntomas patognomónicos de TEPT, lo cual aporta evidencia sobre la necesidad de ampliar este criterio o de subordinarlo a la patoplastia clínica.

El segundo criterio etiológico del DSM complica aún más la situación, al exigir que "la respuesta del sujeto a este acontecimiento debe incluir temor, desesperanza y horrores (sic) intensos", lo cual no es sino un desglose del criterio de la DSM-III, que simplemente mencionaba la frecuente posibilidad de que el acontecimiento traumático se viviera con "intenso miedo, terror y sensación de desesperanza". La dificultad en la aplicación de este criterio viene determinada por dos situaciones extremas: 1) En algunos casos, con frecuencia los más graves, los efectos producidos por el trauma son de inhibición o

“shock” emocional, con los que la vivencia de “intenso miedo, terror o desesperanza” puede no ser manifiesta y 2) eventos traumáticos que no cumplen el criterio A-1 pueden, sin embargo, producir estos efectos psicológicos, lo cual sería indicio de que el trauma causal tiene efecto etiológico de TEPT.

Diátesis y factores de riesgo. Como en toda condición patológica, además del agente externo causal hemos de considerar la vulnerabilidad o diátesis individual. En el caso del TEPT, esta diátesis no sólo es variable entre sujetos, sino que también parece depender en un mismo sujeto de su estado psicofisiológico en el momento del trauma. La diátesis individual explica los casos de sujetos excepcionalmente susceptibles a la traumatización psíquica y los de otros que son, por el contrario, extremadamente resistentes. Desde el punto de vista del desarrollo psicológico temprano, Saul (1970) fue el primero en describir una característica denominada "apoyo interno", cuya presencia se acompaña de una resistencia especial a la adversidad en general y al trauma psíquico en particular. Según su descripción, este rasgo se forma en el curso de una relación dual óptima con la madre, en la que el niño es coherentemente protegido en todo aquello que supera sus capacidades, y alentado en su independencia para todo aquello que está a su alcance. La "elasticidad psicobiológica" descrita más recientemente por Flach es una característica similar, como lo son la “resiliencia” de Cyrulnik, la “firmeza psicológica” o *hardiness* de Kobasa o el “sentido de coherencia” de Antonovsky.

Nueva evidencia sobre la importancia del desarrollo psicológico temprano en la predisposición al TEPT la aportan Helzer *et al.* (1987), que muestran retrospectivamente una frecuencia anormalmente alta de trastornos de conducta en la infancia de los sujetos que desarrollan el síndrome. Desde una perspectiva psicofisiológica, los individuos simpaticotónicos, con tendencia a estados hiperadrenérgicos y labilidad en su equilibrio neurovegetativo, están probablemente más predispuestos a padecer el TEPT que sujetos con mayor estabilidad neurovegetativa. Kolb (1987, 1989) establece una clara conexión entre el desarrollo psicológico y la actividad neurovegetativa en la diátesis al TEPT, considerando que la exposición temprana a violencia física y emocional sensibiliza el SNC, disminuye los dinteles de reactividad de estructuras hipotálamicas y prepara el terreno para modificaciones neurofisiológicas más severas ante sucesos traumáticos en edades posteriores. Otro probable marcador psicofisiológico de vulnerabilidad al TEPT, común con la predisposición a estados depresivos, es un aumento de la presión de sueño REM (Reynolds, 1989).

En cuanto a la posibilidad de predisposición genética, Davidson y cols. (1985) demostraron la existencia de psicopatología en la historia familiar del 66% de pacientes con TEPT, superior a la de probandos normales, pero menor a la de los pacientes con ansiedad o depresión. En comparación con estos enfermos, los pacientes con TEPT tienen más historia familiar de alcoholismo, seguida por una de ansiedad generalizada próxima a la de los pacientes con síndromes de ansiedad y menos incidencia de historia familiar de depresión que los enfermos depresivos, pero más que los ansiosos (ver [cuadro 8.1](#)). Por otra parte, Lyons *et al.* (1993), estudiando 4.029 parejas de gemelos que sirvieron en el ejército estadounidense, encontraron una importante correlación

genética con la tendencia a la exposición a situaciones traumáticas, después de excluir los efectos predictores del ambiente familiar. Es decir, no sólo hay una predisposición genética a la vulnerabilidad al TEPT, sino también a la exposición a circunstancias potencialmente traumáticas.

En cuanto a los efectos de exposición previa o repetitiva al estrés, en estudios militares se observa que los sujetos que desarrollan el TEPT han presentado con mucha mayor frecuencia la reacción aguda o stress de combate y/o disminución de eficacia ante el estrés que los que no lo desarrollan (Salomon, 1989). Más interesantes son los estudios de Horowitz (2001) en los que encuentra una correlación positiva entre desarrollo del TEPT y un índice elevado de sucesos vitales en el momento previo a sufrir el trauma específico. En realidad, este efecto de lo que Horowitz denomina el "estrés acumulativo" no es sino una instancia más del conocido "efecto sucesos vitales" en la vulnerabilidad o predisposición general a enfermar, ya comentada en el [apartado 5.4 del capítulo 5](#). Otra cosa diferente es el alto valor predictivo, en cuanto al desarrollo de un TEPT más o menos tardío, que tiene la presentación de un trastorno agudo de estrés inmediato a la exposición al agente traumático (Classen, 1998). Esta observación tiene importantes implicaciones preventivas y terapéuticas, por cuanto refuerza la idea de que los síndromes agudos de estrés deben ser explorados siempre, y, aunque sea brevemente, tratados, incluso cuando la sintomatología más llamativa haya desaparecido aparentemente a las pocas horas o días del trauma.

Cuadro 8.1. Porcentaje de historia psiquiátrica familiar en TEPT, depresión y ansiedad

<i>Antecedentes</i>	<i>TEPT</i>	<i>Depresión</i>	<i>Ansiedad</i>
Ninguno	34	21	7
Depresión	20	37	14
Ansiedad	22	4	24
Alcohol	60	26	38
Psicosis	11	0	7
Antisocial	3	0	0
TEPT	6	0	0
Otros	20	26	38

Fuente: Tomado de Davidson, 1985.

La relación entre TEPT y psicopatología previa no está totalmente clara. Algunos

estudios parecen indicar una mayor frecuencia de historia psiquiátrica personal positiva en estos pacientes (Davidson *et al.*, 1985; Helzer *et al.*, 1987). Lo que sí está fuera de toda duda es el mayor riesgo de psicopatología posterior, con un espectacular aumento de la comorbilidad de trastornos de la conducta, disfunciones sociales y psicopatología en general en los pacientes con TEPT (Salomon, 1989, Kolb, 1989, Horowitz, 2003). La comorbilidad con la depresión es aún más importante, calculándose, según diferentes estudios, en un orden del 50 al 95% (Bleich *et al.*, 1997).

La edad es otro factor relacionado con la predisposición a contraer la enfermedad. A similares niveles de exposición, el TEPT afecta más a niños, adolescentes y ancianos que a los adultos (Pynoos *et al.*, 1987; Arthur y McKenna, 1989). En cuanto al sexo, las mujeres parecen tener un mayor riesgo de contraer el TEPT tras su exposición a situaciones traumáticas, en una proporción de casi 2/1 (Breslau, 1998).

Otros factores coadyuvantes que facilitan la aparición del TEPT son la malnutrición, especialmente déficits de vitaminas y proteínas, y las alteraciones extremas en los niveles de estimulación ambiental, condiciones éstas que se suelen presentar unidas en algunos tipos de trauma (campos de concentración, guerras, naufragios). Con respecto a los niveles de estimulación física, sabemos que el organismo parece funcionar de manera idónea entre ciertos niveles de estimulación ambiental. Si éstos son excepcionalmente pobres, como en casos de confinamiento, aislamiento, soledad, etc. o, por el contrario, excesivos, como en el fragor de una batalla, puede llegarse al desbordamiento de la capacidad neurofisiológica de procesar e integrar estímulos descrita por Hebb, situación que aumenta la susceptibilidad al TEPT.

8.3. Epidemiología

Dada la impredecibilidad de sus factores etiológicos, la prevalencia general del síndrome no es bien conocida. El primer estudio epidemiológico a gran escala en la población general (Helzer *et al.*, 1987) mostró cifras del orden del 1% en la población general de Estados Unidos, es decir, aproximadamente la misma prevalencia que la de la esquizofrenia. Como el desarrollo del TEPT requiere un trauma antecedente, las cifras en población general son indicativas de la frecuencia de Traumas Severos en la población, que parece estar en aumento de manera alarmante. Así, en el estudio más reciente de Kessler *et al.* (1995) la prevalencia en EE UU es ya del 5% en hombres y del 10% en mujeres. Según el mismo estudio, el 50% de los norteamericanos (algo más en los hombres que en las mujeres) sufre un acontecimiento traumático al menos una vez en su vida.

Considerando el estudio de Helzer por grupos específicos, el TEPT afecta al 3,5% de los civiles que han sufrido un ataque o accidente físico, y al 20% de los soldados que sostuvieron heridas de combate. Usando instrumentos más refinados y específicamente

diseñados para detección del TEPT, y teniendo en cuenta la ampliación del criterio etiológico introducido por el DSM-IV, Breslau (1998) ha encontrado, en estudios comunitarios en Detroit, cifras del orden de 10,2% en hombres y 18,3% en mujeres, diferencias que quizá se deben a la ampliación del rango de acontecimientos traumáticos de consideración diagnóstica que autoriza el DSM-IV. En España, Orengo *et al.* (2001) han encontrado una pre-valencia de 8,4 % en población psiquiátrica y un 2,2% en la población general. La definición del síndrome en base a sus características clínicas y el reconocimiento de que hay más factores traumatizantes que afectan a la población general que los que recoge el criterio A de la DSM IV permitirán sin duda establecer en el futuro las verdaderas dimensiones epidemiológicas de este cuadro clínico.

En cuanto a población expuesta, los estudios entre personal militar norteamericano han demostrado una prevalencia general del 15% de los hombres y 9% de las mujeres que actuaron en la guerra del Vietnam (Dohrenwend, 2006). El grado de exposición al estrés de combate es determinante en la aparición del TEPT, con frecuencias de cinco a tres veces más elevadas entre aquellos que estuvieron en las zonas de intensidad máxima, comparativamente con los que estuvieron en las de mínima. Las diferencias entre sexos desaparecen al corregir por grado de exposición al estrés traumático, ya que los soldados varones tienden a tener una mayor exposición de combate que las mujeres. En población civil Schlenger (2002) encontró una prevalencia de TEPT del 11,2% en la ciudad de Nueva York dos meses después del atentado terrorista del 11-S, que disminuía en relación con la distancia a las Torres Gemelas. En España Miguel-Tobal *et al.* (2006) encontraron una prevalencia del 4% en Madrid tras el 11-M en Atocha, lo cual supone un importante incremento sobre las frecuencias previas, aunque no tanto como en Nueva York después del 11-S. Como en Nueva York, en Madrid la prevalencia de TEPT también va disminuyendo en relación con la distancia al lugar del atentado.

Kolb (1989), basándose en su experiencia clínica en la Segunda Guerra Mundial y en la guerra del Vietnam, considera que las cifras reales son, probablemente, mucho mayores. Algunas de las razones para esta insuficiencia diagnóstica, además de las relativas al criterio “A” ya mencionadas más arriba, son: 1) la propia naturaleza de la psicopatología del TEPT, que lleva al sujeto a evitar hablar de sus síntomas y de sus experiencias traumáticas, 2) la irritabilidad y agresividad sobreañadidas, que pueden confundir al médico y al propio paciente, que no se considera enfermo, sino enfadado o maladaptado, y 3) las múltiples complicaciones o comorbilidad sobreañadida, como alcoholismo, dificultades psicosociales, suicidio, propensión a accidentes y violencia, manifestaciones ansiosas, depresivas y obsesivoides, que pueden nuevamente también confundir el diagnóstico y evitar el reconocimiento y atención del TEPT por los dispositivos sanitarios.

8.4. Patogenia

Como en la mayoría de los trastornos psiquiátricos, los mecanismos de producción del TEPT pueden considerarse bajo un triple punto de vista: Psicodinámico, Neurobiológico y Conductual. La consideración psicodinámica inicial fue, curiosamente, una versión incipiente de la hipótesis neurobiológica, hasta el punto de que, cien años después, un grupo de neurocientíficos norteamericanos ha decidido rendir tributo a los conceptos básicos de Freud sobre el trauma psíquico, reformulándolos de manera actualizada y completándolos en base a recientes descubrimientos sobre procesamiento cerebral de la información (Bilder y LeFever, 1998). Algo parecido ha ocurrido con el punto de vista conductista, inicialmente basado en estudios sobre condicionamiento de neurosis experimentales o inducción condicionada de respuestas emocionales con alto componente vegetativo. Partiendo de sus propios estudios sobre la respuesta emocional condicionada, Kolb (1987) fue el primero en formular una hipótesis neuropsicológica para explicar los trastornos de estrés postraumático. Según esta hipótesis, el trastorno se desarrolla, básicamente, en dos fases: La primera, en el momento del trauma, con desregulación de las pautas de neurotransmisión córtico-límbica y limbo-talámica, por hiperestimulación sensibilizadora excesiva y prolongada; la segunda, un poco más tardía, con desregulación del sistema agonista de control cortical de estructuras diencefálicas relacionadas con la agresión y con el ritmo sueño-vigilia. Estudios recientes con Resonancia Magnética Cerebral confirman la presencia de alteraciones hipocámpicas estructurales, con disminución de volumen del orden del 5% , más frecuentes y/o marcadas en el hemisferio izquierdo (Rauch *et al.*, 1998). Esta misma investigadora ha demostrado, durante la visualización mental de escenas relacionadas con el trauma en veteranos de guerra, aumento del flujo cerebral sanguíneo regional en la amígdala y córtex orbitofrontal derecho, el córtex insular derecho, el polo temporal anterior derecho y el córtex sensorio-motor bilateral. Este aumento de actividad en estructuras límbicas y paralímbicas derechas es consistente con su papel en la regulación emocional, y el de la amígdala en las memorias emocionales, descrito por LeDoux (1992). También se observa activación del córtex visual derecho, al que Rachman atribuye al aumento de la visualización espontánea de escenas traumáticas, e inhibición de la actividad en el córtex frontal inferior izquierdo, o área de Broca, lo cual es consistente con la dificultad en referir o describir coherentemente los acontecimientos traumáticos.

En cuanto a los aspectos endocrinos del TEPT, mientras que la experiencia de estrés simple produce un bien documentado aumento de cortisol (ver [capítulo 2](#)) los pacientes afectados de TEPT muestran niveles de cortisol basal normales o incluso disminuidos. Su respuesta al test de supresión por dexametasona es anormalmente baja, es decir, dan una respuesta de hipersupresión al test, a diferencia de los enfermos depresivos que tienden a ser no supresores (Yehuda, 2004). La respuesta inversa de ambos trastornos con respecto a la secreción de cortisol ha sido también sustanciada por Oquendo (2003) que ha demostrado valores intermedios en pacientes con patología comórbida de TEPT y depresión mayor. Estos hallazgos sugieren una hipersensibilidad de los receptores al cortisol en el sistema hipotálamo-hipófiso-suprarrenal, probablemente a nivel hipotalámico, con exagerada respuesta de retroalimentación, que inhibe la

producción del factor liberador de corticotropina (CRF) y, consecuentemente, de ACTH hipofisario y de cortisol. El grado en que estas anomalías son un factor de diátesis o una manifestación del efecto tóxico del cortisol sobre el tejido cerebral está aún en investigación. Por otra parte, el cortisol aumenta la consolidación de memorias y dificulta su recuperación, lo cual explica que éstas queden tan bien marcadas en el periodo inicial de respuesta aguda de estrés ante el trauma y sean en cambio tan difíciles de recuperar en el estadio de establecimiento del TEPT. En la resolución normal de los síndromes de estrés agudo no llegan a producirse alteraciones hormonales persistentes, por lo que el TEPT puede considerarse como el resultado del fracaso en la recuperación de la respuesta aguda de estrés, con establecimiento de una respuesta endocrina atípica (Pitman y Delahanty, 2005). Estas consideraciones tienen relevancia para el tratamiento farmacológico del estrés traumático, que se revisarán en el [apartado 15.3](#).

Desde el punto de vista de la teoría conductual, Eysenck (1968) ha hecho notar el efecto paradójico de la exposición repetida al trauma en sujetos con TEPT, cuyos síntomas no se extinguen sino que aumentan cuando se intenta en ellos una desensibilización sistemática. Una posible explicación es que la reactivación de las memorias por exposición repetida a situaciones que recuerdan el trauma incrementa su consolidación, con lo que se fortalecen los engramas traumáticos y aumentan en consecuencia los síntomas (Charney, 2004). Sin embargo, la inducción de estados especiales de conciencia mediante técnicas de meditación mejora los síntomas, aunque favorezca la aparición espontánea de imágenes y vivencias relacionadas con el trauma (ver [capítulos 15 y 16](#)). Esta observación ha llevado a la regla general de que la revivencia inducida del trauma en estado de activación ergotrópica consolida las memorias y agrava el cuadro, mientras que la percepción espontánea de las mismas en estado trofotrópico las atenúa. El efecto terapéutico de los recuerdos espontáneos que tienen lugar en estado de relajación es conocido en psicoterapia autógena como *neutralización* (ver cap. 16).

8.5. Clínica

La sintomatología incluye alteraciones en el funcionamiento cognitivo, la expresión emocional, la actividad neurovegetativa y las relaciones interpersonales. El cuadro clínico ofrece algunas variaciones según el estadio de su evolución y según las diferentes formas clínicas. El síntoma más característico, específico y llamativo es la intrusión persistente y repetitiva de imágenes, recuerdos, estados somáticos y emociones relacionados con el trauma, tanto de manera espontánea, como desencadenados por asociación mental con eventos de la vida cotidiana.

El segundo signo más típico es de tipo cognitivo, con constricción y pérdida de la plasticidad de las asociaciones, que se puede entender como una función defensiva para

evitar el desencadenamiento incontrolado de la repetición mental del trauma. La constricción cognitiva habitualmente se asocia con entumecimiento emocional, consistente en pérdida de la resonancia afectiva y de la capacidad de experimentar afecto.

Los signos neurovegetativos incluyen hipervigilancia, exagerada respuesta de orientación, sobresalto fácil, insomnio de conciliación, así como despertares frecuentes, generalmente por el efecto ansiógeno de pesadillas, tendencia a la irritabilidad, poca tolerancia a la frustración y, ocasionalmente, pobre control de los impulsos.

8.5.1. Formas Clínicas

El síndrome puede presentarse bajo cuatro formas principales: 1) forma aguda, 2) forma crónica o síndrome postraumático propiamente dicho, 3) formas atípicas y 4) los síndromes retardados o de presentación tardía, que comienzan después de un periodo de varios meses o incluso años de aparente normalidad, aunque, una vez establecidos, no suelen diferir clínicamente del síndrome clásico.

1. La forma aguda. Reacción aguda de estrés o síndrome del desastre, conocida desde muy antiguo por los médicos militares como Reacción al estrés de combate ('com-bat stress reaction') o "shock del combatiente", se produce durante la exposición al trauma o inmediatamente después. Las primeras manifestaciones consisten en marcada disminución en la eficacia y de la capacidad de iniciativa, seguidas por pérdida del propósito de la conducta, inhibición psicomotriz (o, por el contrario, hiperactividad inapropiada), dislalia, estupor, ensimismamiento, confusión, temblor e hiperactividad simpática con alteración de la sintonía neurovegetativa. Además del cuadro psíquico, la disfunción neurovegetativa provoca náuseas, vómitos, diarrea, taquicardia, disnea y otras alteraciones, pudiendo llegar en los casos extremos a la muerte súbita por parada cardíaca (McMahon, 1975). Al parecer, la pérdida de eficacia puede afectar hasta al 80% de los participantes en un combate o en una catástrofe, y el síndrome completo llega a presentarse entre el 10% y el 25%, dependiendo de la intensidad de la situación. Aunque los síntomas tienden a desaparecer o atenuarse marcadamente con el tiempo, persiste en estos sujetos una mayor predisposición al desarrollo posterior de un síndrome postraumático crónico o subcrónico. Inmediatamente después de la situación traumática, al menos el 30% de los sujetos que no presentaron un síndrome agudo en el momento, desarrollan un cuadro con insomnio, ansiedad, pesadillas y alteraciones digestivas, que suelen mejorar en pocas semanas de manera espontánea (Hocking, 1971; Salomon, 1989; Glass, 1959; Weisaeth, 1989a).

Actualmente, tanto la CIE-10 de la OMS como la DSM-IV de la APA reconocen una entidad diagnóstica de Reacción aguda de estrés o Trastorno de estrés agudo, que presenta notable solapamiento con esta forma clínica aguda.

2. Forma crónica, síndrome crónico por estrés traumático o síndrome postraumático de estrés propiamente dicho. Los primeros síntomas, singularmente el entumecimiento psíquico, pueden presentarse poco después del suceso causal, instaurándose los demás de forma progresiva, insidiosa o repentina, generalmente en un lapso de tiempo no superior a unos pocos meses. El cuadro clínico completo se caracteriza en esencia por la tétrada: entumecimiento psíquico, tendencia involuntaria a revivir el trauma, conductas de evitación e hiperactividad simpática neurovegetativa. Cada uno de estos síntomas generales tiene distintas facetas, grados de intensidad y modos de manifestación:

- *El entumecimiento psíquico* puede presentarse en su grado mínimo como una leve sensación de atontamiento o ensimismamiento; en términos vulgares, el paciente parece estar “ido”, “pasmado” o “alelado”. En casos más graves progresa hacia la constricción afectiva, con desinterés, apatía, dificultades de concentración, amnesia y alteraciones disociativas de la conciencia. Puede haber una inhibición de la actividad intelectual, con disminución del rendimiento, y, sobre todo en los niños, retrocesos del desarrollo, con pérdida de habilidades como lenguaje o control de esfínteres. En las relaciones interpersonales, este síntoma se manifiesta como desapego y desinterés por los demás, pérdida de la capacidad empática y amorosa e inhibición de la experiencia de intimidad. Como parte de este síntoma se observa también una alteración de las perspectivas temporales, con pérdida de la visión de futuro, desinterés por planes, metas y propósitos y abandono de expectativas gratificantes, como establecer una familia, situarse profesionalmente, etc.
- *La tendencia involuntaria a revivir el trauma* reviste varias modalidades, siendo la más simple y generalizada la intrusión obsesiva de ideas, imágenes y recuerdos relacionados con el evento traumático, tanto durante el estado vigil como durante el sueño, en forma de pesadillas recurrentes. En ocasiones, la revivencia es mucho más dramática, con episodios alucinatorios o pseudoalucinatorios y flashbacks disociativos, que llevan al sujeto a reaccionar y comportarse como si estuviera de nuevo en medio de la situación traumatizante. Estos fenómenos de revivencia global se presentan con mayor facilidad durante estados alterados de conciencia, como al despertarse, bajo la influencia de algunas drogas y en el curso de intentos terapéuticos con relajación, hipnosis o técnicas similares. Psicopatológicamente, la tendencia a

revivir el trauma se entiende como un incremento de la presión pseudoperceptiva (Rivera, 1984), con frecuentes ilusiones, reconocimientos erróneos y malinterpretación de los objetos y acontecimientos más banales como relacionados con la experiencia traumática. De manera análoga, hay un trastorno cognitivo con desviación de la inercia asociativa hacia contenidos traumáticos, de una manera que recuerda la presentación psicopatológica de las ideas sobrevaloradas. La palabra "bomba", por ejemplo, puede desencadenar toda una serie de asociaciones terroríficas en un ex-combatiente; una víctima de un asalto callejero puede temblar ante el sonido de voces juveniles o un ex-prisionero puede presentar todo un flashback disociativo ante una artística reja andaluza.

- Las *conductas de evitación* secundarias a la inercia asociativa propia de la tendencia a revivir el trauma tienen claros objetivos defensivos, siendo bien evidentes ante todo lo que pueda recordar el suceso traumático o ser asociado con él. Es frecuente que el paciente pueda conservar una relativa salud si estas conductas de evitación tienen éxito, recayendo precisamente cuando fallan (Weisaeth, 1989a). Obviamente, este tipo de defensa puede agravar otros aspectos del síndrome, al favorecer un mayor retraimiento, aislamiento social y abandono de las actividades profesionales.
- La *hiperactividad autonómica simpática* se acompaña de aumento generalizado de la vigilancia, predisposición a las reacciones de sobresalto, especialmente ante señales acústicas, dificultad para conciliar y mantener el sueño, irritabilidad, sensación de angustia y tendencia a disfunciones vegetativas como diaforesis, taquicardia y diarrea. Pitman *et al.* (1987) han objetivado mediante técnicas psicofisiológicas este aumento generalizado de la reactividad autonómica simpática, que se acentúa al ser leído a los sujetos cortas descripciones de actividades relacionadas con el trauma.

Junto a estos cuatro complejos sintomáticos característicos se encuentran con frecuencia otros síntomas añadidos, más o menos específicos a las diferentes posibilidades de acontecimientos traumáticos. Así, en mujeres violadas se describe un severo componente sobreañadido que puede llegar a alterar de manera importante el perfil patoplástico del TEPT, consistente en sentimientos de vergüenza y culpa, frigidez e ideas de suicidio (Rose, 1986; Dahl, 1989). Los supervivientes de accidentes industriales parecen desarrollar un síndrome bastante puro, con predominio de los elementos fóbicos (Weisaeth, 1989a), mientras que las víctimas de tortura y campos de concentración desarrollan sentimientos de culpa y tendencias paranoides (Malt y Weisaeth, 1989). Las descripciones de las

características clínicas de TEPT en ex-combatientes varían según el tipo e intensidad de las operaciones en que participaron, pero la excesiva irritabilidad y tendencia a la agresividad física parecen ser un denominador común en todos ellos (Van der Kolk, 1984; Salomon, 1989). Los supervivientes de catástrofes naturales muestran un predominio de fenómenos de disrupción cognitiva, con intrusión de estados semiconfusionales y tendencias disociativas (Rangell, 1976). Últimamente, al realizarse más y mejores estudios de seguimiento sobre la evolución del TEPT, se ha puesto de manifiesto un nuevo rasgo, al parecer más frecuente entre supervivientes de catástrofes y sobre todo entre ex-combatientes: *La traumatofilia*, que se manifiesta como atracción hacia situaciones arriesgadas o peligrosas y predisposición a protagonizar accidentes y actos de violencia. Este factor es decisivo a la hora de explicar la mayor mortalidad y morbilidad por otras causas que presentan los enfermos de TEPT, y puede muy bien constituir un quinto complejo sintomático general poco reconocido del TEPT (Rangell, 1976; Leufer *et al.*, 1984; Kolb, 1989).

3. El TEPT atípico. Esta forma clínica sólo se diferencia de la habitual en que los fenómenos de repetición involuntaria de la experiencia traumática no son de tipo cognitivo o emocional, sino somático (Schottenfeld y Cullen, 1985). El trauma causante suele ser una intoxicación involuntaria severa, un accidente laboral o, incluso la exposición repetida pero poco intensa a tóxicos industriales (Schottenfeld y Cullen, 1985; López-Ibor *et al.*, 1985). En lugar de los característicos "flashbacks", rumiaciones e intrusiones obsesivas, el paciente re-experimenta estados somáticos y síntomas físicos que estuvieron presentes en el momento de la intoxicación o lesión original. Con frecuencia, estos pacientes desarrollan una incapacidad laboral secundaria, y son erróneamente diagnosticados de "Trastorno somatoforme". Una proporción importante de los enfermos considerados como afectos de Neurosis de renta (Guimón, 1975) pueden en realidad pertenecer a esta nueva categoría diagnóstica. Por otra parte, la forma atípica del TEPT muestra la conexión del cuadro con los trastornos somatoformes, además de la ya puesta de manifiesto en relación con los trastornos de ansiedad.
4. El TEPT retardado. En ocasiones, una circunstancia traumática puede no ejercer efectos inmediatos, provocando sin embargo una intensa reacción tardía. De hecho, la latencia de los trastornos de estrés en general y de estrés postraumático en particular puede ser incluso de años. El TEPT tardío obedece fundamentalmente a dos tipos diferentes de mecanismo: El primero, y el más simple, que denominamos *por trauma retrospectivo* consiste en la retención en la memoria de un suceso en apariencia banal, pero dotado en realidad de un gran poder traumatizante, que permanece oculto y no es comprendido hasta más tarde. Un ejemplo clínico es el caso de un militar

que atraviesa, con entero descuido y desconocimiento, un terreno minado. Al tomar contacto con sus compañeros, se entera del riesgo que había corrido, y, tiene oportunidad de observar como, en efecto, el fuego de artillería hace explotar las minas, convirtiendo lo que él creía una plácida campiña en una trampa mortal. Pocos días después, empieza a experimentar los primeros síntomas de angustia somatizada, y acaba por desarrollar un síndrome postraumático completo, con pesadillas, intrusiones obsesivas y accesos de pánico.

El segundo mecanismo que actúa en la producción tardía del TEPT es *por trauma pospuesto*, que consiste en la represión masiva, inmediata y persistente de la calidad traumática del acontecimiento. Aunque, en realidad, los efectos del trauma están presentes desde el primer momento, la reacción psicológica no se hace aparente hasta después de un cierto tiempo, que puede oscilar entre pocos días y muchos años. En el proceso de respuesta habitual ante situaciones traumáticas intensas, la integración cognitiva de una situación altamente inusual se acompaña de unos instantes de inhibición, tras los cuales el sujeto despliega sus respuestas características, que podrán ser apropiadas, inapropiadas o patológicas. En los casos tardíos por trauma pospuesto, la intensidad y la duración del estadio inicial de shock son exageradas, y el sujeto parece no reaccionar, adoptando en ocasiones un aire distraído e indiferente. Es muy frecuente que este estado de bloqueo pase desapercibido al personal sanitario no entrenado, que puede incluso confundirlo con una expresión de valor o entereza. Este error dificulta el aporte del apoyo psicosocial necesario para la pronta superación del trauma. Desgraciadamente, cuando después de un tiempo de evolución larvada irrumpe el cuadro clínico activo, es difícil establecer la conexión con el trauma causante, lo cual entorpece las perspectivas terapéuticas. Las experiencias de duelo son generadoras frecuentes de esta situación, y debemos siempre sospechar una inhibición del proceso de neutralización traumática cuando el sujeto o alguno de sus allegados nos relata su "entereza ante la desgracia", o sea, la ausencia de una respuesta emocional apropiada en el momento oportuno. En realidad, más que una excepcional habilidad para superar el trauma, lo que suele ocurrir en estos sujetos es una encapsulación de las representaciones mnémicas de la experiencia traumática fuera de la consciencia. La ausencia de reacción emocional no indica entereza, sino parálisis de los procesos de elaboración y neutralización del trauma. Por eso, cuando otros acontecimientos reactivan la experiencia o cuando los mecanismos de represión se debilitan por otras causas, el sujeto se enfrenta bruscamente con los contenidos traumáticos extraconscientes, presentando, fuera de contexto, algunas de las manifestaciones que hubieran sido fácilmente comprensibles en su momento. Algunos de estos pacientes pueden presentar reacciones paradójicas a los tratamientos simples de

relajación, por lo que nunca debe iniciarse un tratamiento de este tipo sin una adecuada historia de experiencias traumáticas.

8.6. Evolución y pronóstico

Aunque los estudios de seguimiento de grandes masas de población sometidas a situaciones de estrés traumático muestran una disminución gradual con el tiempo de los síntomas, en la clínica del paciente individual puede no observarse con tanta claridad esta relación inversa entre severidad de la patología y el paso del tiempo. Probablemente, una proporción aún no bien determinada, especialmente entre aquellos sujetos que desarrollan formas menores o incompletas, experimenta una remisión espontánea o, al menos, una reducción de sintomatología, que permite una vida normal. Pero un buen número de los enfermos que desarrollan el TEPT tienden a seguir un curso crónico, con pocos cambios clínicos, según muestra un estudio de seguimiento a 10 años (Kolb, 1989). Las complicaciones del TEPT crónico son graves desde el punto de vista psicosocial, ya que estos enfermos presentan altos índices de depresión (Bleich *et al.*, 1997), alcoholismo, adicción a drogas, suicidio, divorcio y paro laboral (Dohrenwend, 2006; Kolb, 1989). En un grupo de 200 sujetos civiles víctimas de secuestro terrorista, el 75% sigue mostrando psicopatología de algún tipo 6 años después del trauma, persistiendo síntomas diagnósticos de TEPT en el 46% de la muestra. (Van der Ploeg y Kleijn, 1989). Algunas evidencias indirectas sugieren también que los sujetos afectados de TEPT crónico tienen mayor tendencia a sufrir graves accidentes de tráfico, ya que ésta es una de las causas de la mayor mortalidad a diez años vista entre soldados que participaron en combates, comparativamente con aquellos que no lo hicieron (Hearst *et al.*, 1986). Estas observaciones tienen importancia para la psiquiatría preventiva y para la medicina forense, siendo preciso estar atento a la detección del TEPT en toda víctima de accidentes, violencia o cualquier otro tipo de situación traumática, con objeto, entre otras cosas, de recomendar las medidas preventivas y terapéuticas adecuadas. Una consideración interesante, que pocas veces se tiene en cuenta, es la atención a los familiares de las víctimas, ya que tanto como el 50% de la familia inmediata de la víctima puede presentar psicopatología menor, sobre todo de tipo ansioso y psicosomático (Van der Ploeg y Kleijn, 1989).

8.7. Tratamiento

Desde los tiempos de las primeras descripciones del TEPT han sido aplicados numerosos tratamientos, con fortuna más bien diversa. Inicialmente, se describieron algunos éxitos

mediante hipnosis o relajación, especialmente cuando resultaba favorecido el proceso de catarsis (Freud, 1919; Ferenczi, 1921). El narcoanálisis, introducido después de la Segunda Guerra Mundial, induce con mayor regularidad y eficacia el proceso de catarsis, y se sigue de mejorías sintomáticas importantes. La tendencia a la recaída disminuye cuando se permite al paciente escuchar grabaciones de su sesión de narcoanálisis en un contexto psicoterapéutico apropiado (Rivera y Vela, 1980). Pronto se puso de evidencia, sin embargo, que la eficacia de estas técnicas quedaba reducida a los casos agudos, detectados muy precozmente y tratados de forma muy intensa. Al parecer, una vez que se instaura el TEPT crónico se producen alteraciones más o menos persistentes en los sistemas de neurotransmisión noradrenérgica cerebral, que interfieren con la acción benéfica de la catarsis. El entrenamiento autógeno y sus métodos derivados más avanzados, como la Abreacción Autógena (Luthe, 1970) y el Análisis Autógeno (Rivera, 2001) ofrecen una mejor promesa terapéutica, al facilitar no solamente la descarga emocional, sino también modificaciones progresivas de la reactividad neurovegetativa y de los procesos de conexión cerebral interhemisférica (Luthe, 1970). Otra técnica prometedora es la “desensibilización y reprocesamiento por movimientos oculares” creada por Francine Shapiro (1995), que opera a través de la inducción de estados alterados de conciencia o estados oniroides, en los que se facilita la abreacción de las vivencias traumáticas. Uno de los pioneros en el estudio del TEPT, Mardi Horowitz, ha descrito una técnica ecléctica (“Crisis Oriented Psychodynamic Therapy”-Terapia psicodinámica orientada a la Crisis), en la que se tienen en cuenta tanto el estadio de desarrollo del Síndrome como los diferentes estilos de la personalidad previa del paciente. Según Horowitz (2001), dichos estilos de personalidad se corresponden con una patoplastia o “síndrome de respuesta al estrés” característica, que influye también en la relación médico-enfermo.

En cuanto al tratamiento farmacológico, los intentos iniciales con benzodiazepinas y otros sedantes similares han demostrado muy pobres resultados a medio y largo plazo, ofreciendo solamente un mediano control de las crisis de ansiedad y agitación emocional. Los resultados son ligeramente mejores con los antidepresivos tricíclicos, sobre todo con la clorimipramina, y mucho mejores con inhibidores de la MAO, fármacos que han sido prácticamente abandonados en favor de los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS). Los resultados con ISRS son relativamente satisfactorios, aunque suele ser necesario emplear dosis altas, del orden de 60-80 mg/día de fluoxetina o paroxetina y entre 100-300 mg de sertralina. Basándose en la presencia de un estado de hiperdinamia noradrenérgica, Kolb (1984) ha introducido el tratamiento con betabloqueantes, como el propranolol, y bloqueantes de los receptores alfa-2 adrenérgicos, como la clonidina, con excelentes resultados a los seis meses de tratamiento, empleando altas dosis y asociando un programa psicoterapéutico. Este enfoque terapéutico ha sido recientemente relanzado como una gran novedad, atribuyendo su eficacia al bloqueo de la recuperación de memorias del trauma (Henry *et al.*, 2007). Es un consenso bastante generalizado que los resultados con tratamiento farmacológico parecen ser insuficientes sin apoyo psicoterapéutico apropiado (Friedman,

1988,1993; Horowitz, 2003). Para ampliación y discusión más profunda de las medidas terapéuticas ver [capítulo 15](#).

8.8. Conclusión

La frecuencia y cronicidad del trastorno por estrés traumático y las graves consecuencias que acarrea, no sólo para el individuo afecto, sino para la sociedad en general, lo convierten en un verdadero problema de Salud Pública. La necesidad de alertar a los psiquiatras, médicos y personal sanitario en general sobre las características del TEPT y sus dificultades diagnósticas es evidente, ya que muchos casos quedan probablemente sin diagnosticar. Es asimismo importante instaurar medidas preventivas entre la población de riesgo y realizar campañas de despistaje (“*triage*”) entre la población expuesta, con objeto de instaurar un tratamiento temprano y eficaz.

Los síndromes de estrés crónico

El concepto de estrés crónico tiene considerable vigencia y tradición en psiquiatría social, empezando por la descripción de la anomia por Durkheim a finales del siglo XIX y continuando por los estudios sobre la relación de la desmoralización psicológica con la salud mental (Leighton, 1949; Frank, 1976) y la descripción del “Social Breakdown Syndrome” o síndrome de desorganización social de Gruenberg (1967). Sin embargo, las definiciones habitualmente propuestas para el estrés psicosocial son insuficientes para categorizar el estrés crónico, ya que se limitan expresamente a considerar los efectos de cambios y acontecimientos estresantes puntuales, más o menos acumulativos. Esta dificultad para categorizar el estrés crónico es un cierto impedimento para su estudio, contrastando con la elegante simpleza con que los acontecimientos vitales y los eventos traumáticos son sometidos a investigación empírica. Sus relativamente fáciles definiciones y sus numerosos instrumentos para su medida han hecho avanzar mucho más rápidamente el conocimiento de sus efectos patológicos. Los trastornos secundarios a estrés crónico, en cambio, a pesar de su importante evidencia clínica, todavía reciben mínima consideración en las clasificaciones diagnósticas actuales. Así, la CIE-10 únicamente admite la “transformación persistente de la personalidad tras experiencia catastrófica” (F 62.0), que se incluye entre los trastornos de la personalidad. La American Psychiatric Association no reconoce oficialmente ningún síndrome secundario a estrés crónico. Aunque los estudios preparatorios del DSM-V incluyen algunos trastornos médicos y psiquiátricos relacionados con el estrés crónico, no parece que vayan a desarrollar criterios específicos para su diagnóstico en el inmediato futuro.

Mientras que el impulso para el estudio del trauma psíquico ha venido siempre de los conflictos bélicos, el “campo de batalla” favorito del estrés crónico ha sido el medio laboral. Aunque es cierto que algunas ocupaciones son factor de riesgo para síndromes de estrés agudo (por ejemplo, bomberos, militares, policías, servicios de urgencias sanitarias...) el riesgo principal de los trabajadores en general es el estrés crónico derivado de la sobrecarga psicosocial. Definimos sobrecarga psicosocial como: *una exigencia exagerada o desproporcionada, que actúa de manera continuada, que deriva*

de los procesos de integración del individuo en su entorno humano y que puede ser contrarrestada durante largo tiempo por los mecanismos de afrontamiento y defensa, sin que se observen grandes efectos a corto plazo.

Sus efectos pueden hacerse notar de manera larvada o de manera brusca, pero siempre después de una larga exposición a factores externos de estrés, a los que el sujeto parece adaptarse bastante bien durante cierto tiempo. La evolución larvada se caracteriza por patología inespecífica, morbilidad psiquiátrica menor, sentimientos de desánimo y desesperanza, envejecimiento prematuro, disminución generalizada de la capacidad funcional, etc. La evolución brusca suele precederse de un periodo más o menos silente de evolución larvada, interrumpido por la eclosión repentina de síntomas de sufrimiento, agotamiento o rebelión, que pueden culminar en importantes alteraciones de la conducta y/o en fracasos psicossomáticos graves.

El concepto de estrés crónico está más próximo al de tensión o sobrecarga que al de cambio o acontecimiento vital. Wheaton (1997) lo define como “El conjunto de amenazas, exigencias, constricciones o limitaciones estructurales que, por el mero hecho de su presencia, ponen en cuestión la integridad operativa del organismo”.

Las tres características más importantes del estrés crónico son:

1. Su capacidad de poner en riesgo la integridad psico-física del organismo, que acabará por mostrar alteraciones, disfunciones o defectos más tarde o más temprano, dependiendo de la intensidad y duración del estrés,
2. Su carácter de problema o cuestión que debe ser resuelta, y cuya persistencia indefinida acabará por causar daño o deterioro y
3. Su relevante interferencia con la identidad personal, en el sentido de que alteran aspectos de valía personal o autovaloración, sensación de control, eficacia, papel o rol social, contribución o importancia para la comunidad, etc.

Además de las situaciones laborales, otras fuentes de estrés crónico son la desarmonía conyugal o familiar, las condiciones socioeconómicas adversas, la pertenencia a minorías discriminadas o desfavorecidas y el cuidado continuado de enfermos gravemente inválidos o dementes. La cautividad es un caso especial de estrés traumático crónico, bastante bien estudiado en supervivientes de campos de concentración y prisioneros de guerra.

En el presente capítulo se verán algunos de los efectos inespecíficos del estrés crónico, como la relación estrés-depresión, así como algunos de los síndromes específicos, como la Transformación de la personalidad tras experiencia catastrófica, el Trastorno por estrés extremo y persistente (DES), el Síndrome de Estocolmo y el Síndrome Metabólico. Por su importancia y extensión, el Síndrome de burnout o desgaste profesional, del que forma parte el “Síndrome del cuidador” y el Síndrome de acoso moral o “mobbing” se estudian en capítulos independientes.

9.1. Estrés y depresión

Ya desde los antiguos griegos se sabe que “*el esfuerzo no recompensado conduce a la melancolía*” (Aristóteles, 500 a. de C.), es decir, que la frustración produce depresión. Este principio ha sido demostrado en experimentación animal mediante técnicas de condicionamiento aversivo inescapable (Weiss, 1981). En realidad, no es tanto la ausencia de recompensa como el sobreesfuerzo mantenido lo que produce un estado depresivo. El estrés aumenta inicialmente la actividad neurotransmisora por aumento de la noradrenalina y la serotonina cerebrales, pero, en cierto tiempo, la depleción progresiva de estos neurotransmisores invierte la tendencia hasta llegar a un estado de déficit de neurotransmisión cerebral (Van Praag *et al.*, 2004). Si el estrés cesa pronto puede tener lugar una rápida recuperación espontánea, lo que explica la desaparición de las depresiones secundarias a sobreesfuerzo (por ejemplo, tras prolongados periodos de estudio intenso) con un buen descanso vacacional.

Seligman (1981) añade un nuevo elemento a este proceso con su hipótesis de la indefensión aprendida, derivada del siguiente experimento: Si se somete a un animal a descargas eléctricas inescapables, intenta inicialmente huir, pero finalmente acaba acurrucándose en un extremo de la jaula, limitándose a gemir cada vez que se produce una nueva descarga. Si entonces se levanta una de las paredes, facilitando así la huida, el animal no intenta escapar sino que persiste en su actitud inmóvil, como si no pudiera hacerlo. Es decir, ha sido condicionado a actuar como si estuviera indefenso cuando realmente ya no lo está. La relación entre los modelos de Weiss y de Seligman se demuestra por otros experimentos con animales pretratados con antidepresivos, en los que resulta mucho más difícil inducir la respuesta de indefensión (Kametani *et al.*, 1983). Ello se debe a que estos fármacos aumentan los niveles de noradrenalina y serotonina cerebral, ofreciendo así una cierta protección contra los efectos depresógenos del estrés.

El círculo vicioso de la depresión. Como se acaba de ver, el estrés produce depleción de neurotransmisores cerebrales, lo cual constituye la base neurobiológica de la depresión. En un organismo intacto, la recuperación debería ser la norma cuando cesa el estrés, lo cual no es siempre el caso. Ello se debe a dos posibles razones:

1. Los circuitos neurobiológicos de regulación limbo-hipotalámicos han sido dañados de manera permanente. Esto ocurre en algunos casos de estrés postraumático, en los que se han demostrado alteraciones persistentes de la regulación neuroendocrina, hiperactividad de la amígdala y disminución del tamaño del hipocampo. Por eso es alta la comorbilidad entre trastorno de estrés postraumático y depresión, como se ha discutido en el [capítulo 8](#).
2. Las consecuencias de los síntomas depresivos se encadenan en un proceso cerrado de retroalimentación positiva (un círculo vicioso). No hay lesión neurobiológica estructural pero sí alteraciones psicológicas y psicosociales, que se reactivan mutuamente.

De manera gráfica, este concepto se resume en el “círculo vicioso de la depresión”, que se presenta en la [figura 9.1](#). Los pasos de este círculo vicioso son los siguientes:

Una situación crónica de estrés (1) puede acabar agotando los mecanismos de neurotransmisión cerebral, con el consiguiente déficit de catecolaminas y/o serotonina (2), lo que conduce a un estado depresivo (3). El desánimo, la indefensión y la desesperanza (4) propios de la depresión llevan a un estado de desinterés e inhibición generalizada (5), con la consiguiente inferioridad competitiva y aumento del riesgo de situaciones de pérdida, tanto de relaciones importantes como de oportunidades, refuerzos y gratificaciones (6). Las experiencias de pérdida y falta de apoyo social, aparte de ser un factor directo de vulnerabilidad a la depresión por el proceso de duelo, aumentan el estrés, perpetuándose de esta manera el ciclo. Esta dinámica circular puede iniciarse no sólo a partir del estrés sino también a partir de cualquier otro de los elementos del círculo vicioso, por ejemplo, pérdidas severas, un estado de indefensión aprendida, elaboraciones cognitivas pesimistas, etc.

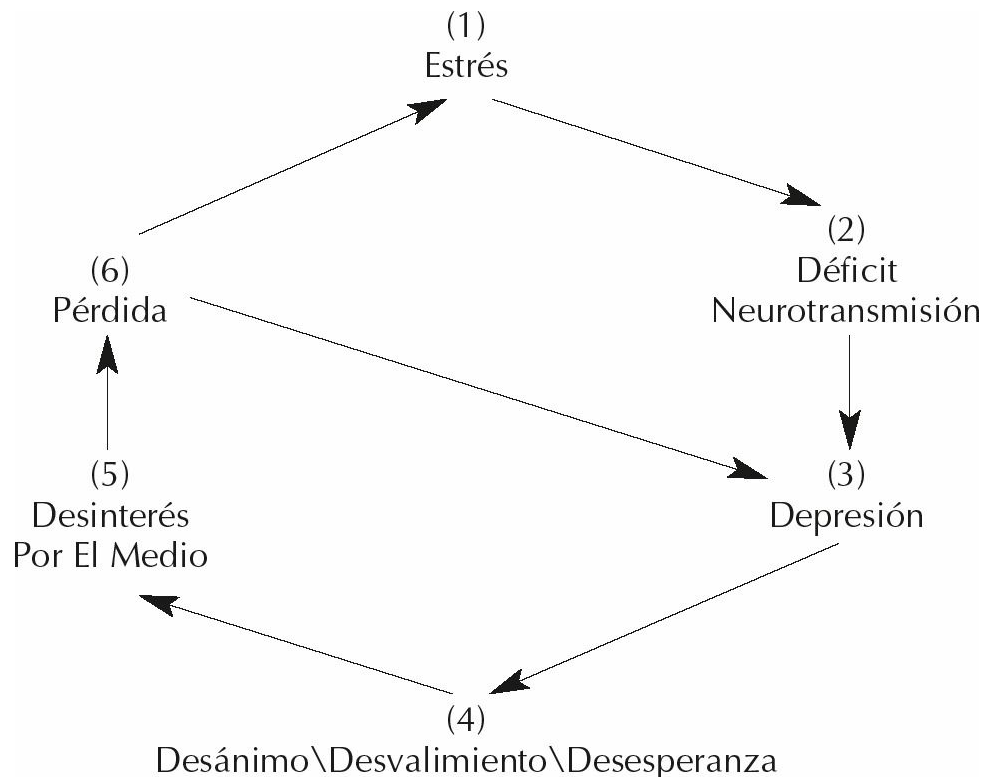


Figura 9.1. Círculo vicioso de la depresión.

Las implicaciones prácticas del modelo circular de la depresión son interesantes desde el punto de vista terapéutico. Gracias a los avances de la farmacología actual, el déficit de neurotransmisión es relativamente fácil de corregir. Sin embargo, son con frecuencia necesarias otras intervenciones adicionales. Por ejemplo, una persona puede

responder sintomáticamente al tratamiento farmacológico, pero, si vive en un entorno de baja gratificación, carece de habilidades para desarrollar nuevas actividades y relaciones y tiende a interpretar negativamente acontecimientos de significado neutro o positivo, su mejoría será incompleta, breve e inestable. Los resultados de la farmacoterapia en casos como éste han de aprovecharse para romper otros elementos del círculo, aplicando procedimientos tales como psicoterapia de apoyo o de grupo para aliviar la experiencia de soledad, psicoterapia autógena para defenderse del estrés crónico; terapia cognitiva para corregir el desamparo y desesperanza propios de su autoconcepto negativo; psicoterapia psicodinámica para mejorar los procesos de duelo y generar situaciones reparadoras gratificantes, etc.

9.2. Transformación de la personalidad por estrés

Este cuadro clínico ha sido descrito en personas normales que sufren alteraciones persistentes de la personalidad después de exposición prolongada a situaciones extremas, como campos de concentración, secuestros, cautiverio con exposición a situaciones amenazantes o de riesgo vital, etc. Suele aparecer en pacientes que ya sufren trastorno postraumático de estrés, y representa una de sus posibilidades evolutivas. En ocasiones, puede producirse de manera directa, sin un estadio intermedio de estrés postraumático. Cuando el estrés ha sido puntual y de corta duración no se considera probable la transformación persistente de la personalidad, a menos que las consecuencias del trauma sí que sean persistentes o que el paciente entre en una espiral crónica de autoestrés. Expresamente excluye la CIE-10 como causa de la transformación persistente de la personalidad un acontecimiento aislado de estrés agudo. El mayor número de estudios sobre este síndrome ha sido realizado en supervivientes de los campos de concentración nazis, aunque hay también algunos sobre secuestros prolongados y sobre la experiencia de prisioneros americanos en Corea y Vietnam (Gottlieb, 1997).

Por definición, los rasgos patológicos han de ser de desarrollo posterior a la experiencia prolongada de estrés y se caracterizan por ser rígidos, maladaptativos y producir deterioro progresivo de las relaciones interpersonales de la actividad social y laboral. Por recomendación del sistema nosológico CIE-10, deben estar presentes durante al menos dos años para que el diagnóstico sea de certeza. Consisten principalmente en:

1. Actitud persistente, permanente y generalizada de desconfianza, recelo y hostilidad, dirigidos de manera inespecífica hacia todo.
2. Sentimientos de vacío y desesperanza.
3. Sentimientos de estar continuamente amenazado o en situación desesperada.
4. Vivencias de extrañeza que pueden llegar a la despersonalización.

5. Aislamiento social.

9.3. El trastorno por estrés extremo

Este síndrome ha sido descrito por Herman (1992) con el nombre de Disorder for Extreme Stress (DES) y sus criterios diagnósticos han sido desarrollados por Pelcovitz *et al.* (1996), que han elaborado además un instrumento de medida sintomático para su más fácil identificación y cuantificación. Como en la condición anterior, con la cual tiene un cierto solapamiento, se requiere como criterio etiológico la exposición prolongada a condiciones extremas, que se acompañan de vivencias insoportables de amenaza a la vida y a la propia identidad. Se discute si se trata de un síndrome específico, o simplemente es una variante o forma clínica del Trastorno por estrés traumático (TEPT), por lo que también se refieren a él los autores como “TEPT complejo” (Complex PTSD).

Se trata de un cuadro grave, cuyos rasgos clínicos principales afectan a las áreas de regulación de afectos e impulsos, atención y conciencia, autopercepción, relaciones interpersonales, somatización, vivencias del cuerpo, sistemas de significado y percepción del agresor.

Síntomas del Trastorno por Estrés Extremo:

1. Alteración en la regulación de afectos e impulsos, que incluye la inestabilidad emocional. Éste es el elemento diagnóstico más importante de este grupo, con accesos de ira, tendencias autodestructivas, rumiaciones suicidas, conductas arriesgadas y dificultad en experimentar sentimientos de intimidad con otra persona, tanto desde el punto de vista afectivo como sexual.
2. Alteraciones de la atención y consciencia, consistentes sobre todo en amnesia para gran parte del periodo traumático, episodios disociativos, sentimientos de despersonalización y desrealización, alteraciones de la autopercepción, sensación de ineficacia, resentimiento, con ideas de perjuicio y daño, sentimientos de culpa por sus sufrimientos o por los de sus compañeros, vergüenza, sensación de ser incomprendido y, en ocasiones, negación y minimización de la experiencia traumática vivida.
3. Alteraciones en la relación interpersonal, con incapacidad de confiar en los demás, tendencia a la repetición de experiencias traumáticas, o a causar victimización en otras personas.
4. Somatización e hipocondriasis, afectando sobre todo al sistema digestivo y cardiopulmonar, dolores crónicos y disfunciones sexuales.
5. Alteración de sistemas de significado, con desesperación, desesperanza, indefensión, descreimiento, con abandono de sus creencias y convicciones habituales, y, en ocasiones, adopción de otras diametralmente opuestas.

6. Alteraciones en la percepción del agresor, adoptando sus creencias y valores (fenómeno descrito como “lavado de cerebro”) o manteniendo ideas distorsionadas sobre el agresor y sus circunstancias, que llegan a la idealización del agresor y deseos de ayudarlo o temor a que sea dañado, fenómeno conocido como “síndrome de Estocolmo”.

La epidemiología del síndrome es poco conocida, pero parece estar presente, en mayor o menor grado, en la mayoría de los supervivientes de las circunstancias causales descritas. Su curso es crónico, persistiendo aún muchos años después de desaparecidas las circunstancias causantes. Su tratamiento sigue las mismas líneas generales que las descritas para el TEPT. Adicionalmente, la psicoterapia existencial y la logoterapia, tal como han sido descritas por Viktor Frankl (1959), él mismo superviviente de un campo de concentración, parecen aportar cierto alivio.

9.4. El síndrome de Estocolmo

El elemento esencial de este síndrome, denominado también “apego traumático” o “dependencia afectiva por terror” (*traumatic or terror bonding*) es el sorprendente desarrollo de sentimientos de afecto y actitudes positivas por un rehén o víctima hacia su captor o maltratador. Debe su nombre a los sucesos ocurridos en Estocolmo en 1973, cuando unos atracadores de banco mantuvieron como rehenes a las cajeras y éstas expresaron intensa simpatía hacia ellos tras su liberación. Aunque algunos autores discuten su realidad clínica y sostienen que su impacto mediático ha sido mayor que el científico (Namnyak *et al.*, 2008), otros lo han estudiado en profundidad y sustanciado su evidencia no sólo en supervivientes de cautividad explícita, sino también en niños sometidos a abuso familiar, esposas maltratadas, prostitutas forzadas y otros grupos similares (Graham *et al.*, 1994, 2004). Graham ha recopilado 66 rasgos o *aspectos*, que incluyen las conductas, actitudes y creencias descritos en estos grupos. Todos ellos son aspectos potenciales definitorios del síndrome, susceptibles de identificación y medida. De entre estos aspectos destacan 9 *Indicadores Mayores*, cuya presencia hace posible el diagnóstico.

Indicadores mayores del Síndrome de Estocolmo:

1. Síntomas de estrés postraumático
2. Apego hacia el captor, que puede ser bidireccional
3. Intenso agradecimiento por pequeños detalles de amabilidad del captor
4. Niega o minimiza la violencia o abuso reales que sufre y/o niega su propio rencor o agresividad contra el captor
5. Hipervigilante del captor, al que procura mantener contento y cuyas

necesidades procura satisfacer

6. Hiperempatía hacia el captor, viendo el mundo desde el punto de vista de éste, incluso adoptando un sentido del self o visión de sí mismo que coincide con la del captor
7. Percibe al captor como su protector y a las personas externas que intentan su liberación como enemigos
8. Su desvinculación psicológica del captor es difícil, incluso cuando éste ha sido detenido o eliminado de su vida
9. Temor persistente a la venganza del captor, miedo a que vuelva y/o rechazo de sus propios pensamientos negativos hacia el captor, que considera desleales

Como en todos los síndromes de estrés, es necesaria la exposición previa a una situación estresante. En el caso del síndrome de Estocolmo, la situación debe durar un cierto tiempo y reunir cuatro características específicas o *precondiciones*.

Precondiciones para la aparición del síndrome de Estocolmo:

1. Existe un peligro real o un riesgo claro para la supervivencia.
2. La persona amenazante muestra algunos rasgos de amabilidad.
3. La víctima está totalmente aislada y sin contacto con otras personas.
4. No hay posibilidad de escape.

Parece a primera vista evidente que en una situación así, intentar ganarse como sea la buena voluntad de la persona amenazante puede ser una estrategia razonable. Sin embargo, cuando una artimaña astuta se convierte en una actitud real y persistente está claro que se ha entrado en el terreno de lo patológico. Graham considera que este paso patológico se debe a *distorsiones cognitivas* que tienen lugar en toda persona sometida a condiciones persistentes de abuso interpersonal inescapable. Como toda maniobra de afrontamiento automático inconsciente cumplen una función protectora del estrés y pueden considerarse como respuestas normales ante una situación anormal. Las funciones principales de estas distorsiones cognitivas son reducir el terror de la experiencia, dar la impresión de un cierto control sobre la situación, dar sentido vital positivo a la experiencia, tal como transformar el sufrimiento en amor o, al menos, encontrarle una explicación coherente.

Distorsiones Cognitivas en el síndrome de Estocolmo:

1. Percepciones centradas en lo inmediato y próximo.
2. Negación o minimización del maltrato.
3. Racionalización del maltrato como debido a causas externas al maltratador (su educación, la presión de otros sobre él, etc.).
4. Autoacusaciones, ver al maltratador como bueno y a sí mismo como malo.
5. Sentirse culpable y creer que si se porta bien y satisface al maltratador este le

querrá.

6. Ver al maltratador como más capaz o poderoso de lo que realmente es.
7. Exagerar las pequeñas bondades del maltratador para justificar sus propios sentimientos positivos.
8. Interpretar su violencia como un signo de afecto o de interés (“quien bien te quiere te hará llorar”).
9. Pensar que la relación sería perfecta si no fuera por el maltrato.
10. Considerar al maltratador como una víctima o alguien que ha sufrido mucho.
11. Considerar posible y querer transformarle en una persona buena y afectuosa.
12. Sentir agradecimiento porque no le traten peor o le maten.

Patogenia psicodinámica del síndrome de Estocolmo. Cualquier persona normal sometida a una situación de estrés duradero que reúna las cuatro precondiciones (riesgo para la supervivencia, imposibilidad de escape, aislamiento y cierta amabilidad del captor o guardián) puede desarrollar el síndrome a través del siguiente proceso psicodinámico:

En primer lugar, se experimentan intenso terror y rabia por el abuso, que, al ser inescapable, no permite ninguna posibilidad de evitación. Como defensa alternativa se buscan fuentes externas de alivio, al mismo tiempo que se activa la percepción de las necesidades de protección y cariño o “bientrato” compensador. Como la única persona con la que la víctima tiene trato es la persona amenazante, cualquier muestra de benevolencia por su parte es aceptada para satisfacer estas necesidades. A partir de ahí, la víctima empieza a buscar e intentar identificar más muestras de amabilidad en el maltratador, lo cual también le ayuda a dejar de focalizar en el terror que siente y así disminuir la insoportable activación que éste le ocasiona. Los sentimientos de rabia contra el maltratador también son reprimidos, para evitar enfadarle y prevenir toda posibilidad de venganza por su parte. Progresivamente va conociéndole mejor, maximizando aquellos aspectos buenos que cree detectar y minimizando los malvados o peligrosos. La víctima se va identificando cada vez más con su captor, hasta acabar adoptando su misma visión del mundo, incluyendo la percepción que el captor tiene de ella, y tratando de satisfacerlo lo más posible. Con el tiempo, este proceso se va haciendo más estable, hasta el punto de persistir después de que la víctima ha sido rescatada.

Si la duración de la cautividad se limita a unos pocos días, es muy probable la recuperación espontánea al poco tiempo de la liberación. Si excede semanas o meses, pueden producirse cambios permanentes en la capacidad de relación interpersonal, con el desarrollo de un síndrome que recuerda el trastorno límite de la personalidad.

Evolución a largo plazo del Síndrome de Estocolmo grave:

1. Mecanismos disociativos en la relación con los demás (*escisión*), con tendencia alternante a considerarlos como totalmente buenos o totalmente malos. Lo normal es percibir los aspectos positivos y negativos de una persona simultáneamente, de manera que se llega a establecer una *media* y a considerarlos como preponderantemente buenos o preponderantemente

- malos, y actuar en consecuencia.
2. Tendencia a establecer relaciones en “banda elástica” o en “yoyó”, en las que se rechaza a la otra persona cuando la intimidad con ella es excesiva y se procura atraerla cuando se aleja afectivamente.
 3. Desplazamiento de la agresividad, que no puede expresar contra la persona con la que tiene el apego traumático, pero sí contra otros, aunque sea inmotivada o mínimamente motivada.
 4. Transformación o pérdida del sentido del self o sí mismo, con tendencia a considerarse como merecedor de maltrato y abuso, indigno de amor y consideración y culpable por cualquier mínimo fallo o defecto.

Desde una perspectiva totalmente diferente, Schore (2004) considera el apego traumático como causa temprana de alteraciones psicopatológicas próximas al síndrome borderline y describe la base biológica de este desarrollo patológico. Según su teoría, el apego traumático se produce por alternancia de estados de hiperexcitación neurovegetativa (*hiperarousal*) y de disociación afectiva, lo cual modifica de manera permanente las relaciones entre el sistema neurovegetativo, el sistema límbico y el hemisferio cerebral no dominante. Una vez establecidas, estas anomalías neurobiológicas alteran de manera permanente la capacidad de establecer lazos afectivos, regular los sentimientos y modular la respuesta de estrés. La aportación de Graham en este contexto es el descubrimiento de que el maltrato duradero puede tener efectos patológicos persistentes no sólo en niños, sino también en adultos. Lo mismo que ocurre en la patogenia neurobiológica del trastorno de estrés postraumático, las precondiciones del síndrome de Estocolmo pueden producir alteraciones persistentes de las funciones neurobiológicas cerebrales.

9.5. El síndrome de “luz de gas”

Tiene una cierta relación con el Síndrome de Estocolmo, aunque no necesita de situaciones de cautividad física para producirse. Hacer “luz de gas” a alguien consiste en intentar conseguir que dude de sus sentidos, de su razonamiento y hasta de la realidad de sus actos. La expresión fue popularizada por la película *Gaslight*, titulada en español *Luz de gas, luz que agoniza*. La acción se sitúa en el Londres victoriano de finales del siglo XIX, una época relativamente moderna, pero en la que la iluminación de las casas todavía se hacía por gas. Aunque el ambiente general es el de una trama policíaca, *Gaslight* es en realidad un brillante estudio psicológico, que bien merece dar su nombre al síndrome de estrés que consideramos. Javier Marías detalla así en qué consiste hacer a alguien “luz de gas”: “...persuadir a una persona de que su percepción de la realidad, de los hechos y de las relaciones personales está equivocada y es engañosa para ella

misma. Negarle que lo ocurrido y presenciado haya ocurrido; convencerla de que en cambio hizo o dijo lo que no hizo ni dijo; acusarla de haber olvidado lo efectivamente acaecido; de inventarse problemas y sucumbir a sus suspicacias; de ser involuntariamente tergiversadora, de interpretar con error siempre, de deformar las palabras y las intenciones, de no llevar razón nunca, de imaginar enemigos y fantasmas inexistentes, de mentir –sin querer– constantemente”. En la historia paradigmática que escenifica el proceso de hacer luz de gas, el maltratador establece con la víctima una relación privilegiada, enamorándola con seductoras atenciones y casándose con ella, para a continuación limitar su vida social, confinándola en casa y evitando visitas, para aislarla de otras influencias; manipular su realidad, introduciendo circunstancias anómalas, como reducir el suministro de gas para que las luces parpadeen y agonicen, producir extraños ruidos, hacer desaparecer objetos, etc.; invalida su percepción, convenciéndola, cuando ella correctamente percibe los extraños acontecimientos, de que sus sentidos la engañan e introduciendo soterradamente la duda sobre todos sus actos y procesos mentales, llevándola poco a poco a cuestionar seriamente su cordura. Entonces aprovecha los arrebatos y las crisis de nervios que empieza a sufrir la víctima para cargarse de razón, ocultando que, en realidad, ella está sucumbiendo al estrés de la situación que él ha creado. Finalmente, intenta deshacerse de la víctima, lo cual es difícil que ésta pueda impedir por sí misma, dado su estado psicológico, y siendo necesaria una enérgica intervención externa para salvarla.

Secuencia de agresión por luz de gas

1. Seducción en una relación privilegiada.
2. Aislamiento de otras influencias.
3. Manipulación de la realidad.
4. Invalidar percepciones y razonamientos.
5. Hacer dudar sobre salud mental.
6. Aprovechar crisis de nervios como prueba.
7. Deshacerse de la víctima.

Al ser sometida de manera inescapable a una situación de “luz de gas”, la víctima va desarrollando de manera progresiva una serie de síntomas que acaban por configurar un síndrome característico. Tiene en común con el Síndrome de Estocolmo su dependencia afectiva y confianza en el maltratador que produce la situación y la inhibición de la agresividad contra él, pero difiere en algunos otros aspectos, como son la ansiedad y dificultad creciente en las relaciones interpersonales, las tendencias a rumiaciones obsesivas de culpa e inferioridad y la presencia ocasional de arrebatos emocionales sin razón aparente.

Síntomas de luz de gas

1. Aislamiento progresivo de relaciones y amistades.
2. Ansiedad e insomnio.
3. Ensimismamiento, tendencias obsesivas.
4. Crisis de nervios, arrebatos emocionales.
5. Confianza en el acosador.
6. Inhibición de su agresividad contra el acosador.
7. Dependencia creciente en el acosador.

9.6. El Síndrome Metabólico

Es una de las consecuencias psicosomáticas más graves e importantes del estrés crónico. Numerosos estudios prospectivos confirman la relación entre factores crónicos de estrés y enfermedades cardiovasculares como la hipertensión arterial y la cardiopatía isquémica (Greenwood *et al.*, 1996). Mientras que los efectos cardiovasculares del estrés agudo (estudiados en el [capítulo 7, apartado 7.2](#)) están relacionados con alteraciones neurovegetativas y desequilibrio de la sintonía simpático-vagal, los del estrés crónico se ejercen a través de modificaciones metabólicas lentas y progresivas, que acaban dañando el endotelio arterial. Además, es frecuente que las personas que sufren estrés crónico desarrollen hábitos de vida nocivos, como sedentarismo y abuso de tabaco, alcohol y alimentos grasos, lo cual complica aún más el problema. Los efectos psicosomáticos más importantes del estrés crónico incluyen alteraciones del metabolismo graso, aumento de la tensión arterial y aumento de la resistencia de los tejidos a la acción de la insulina, lo cual a su vez causa hiperglucemia. El Síndrome Metabólico se define como la presencia de al menos tres de las siguientes características:

1. Obesidad abdominal, con un perímetro superior a 102 cm en los hombres y 88 cm en las mujeres.
2. Alto nivel de triglicéridos, por encima de 150 mg/dl.
3. Bajo nivel de colesterol HDL, por debajo de 40 mg/dl en los hombres y de 50 mg/dl en las mujeres.
4. Presión arterial por encima de 130/85 mm Hg.
5. Niveles de glucemia en ayunas por encima de 110 mg/dl.

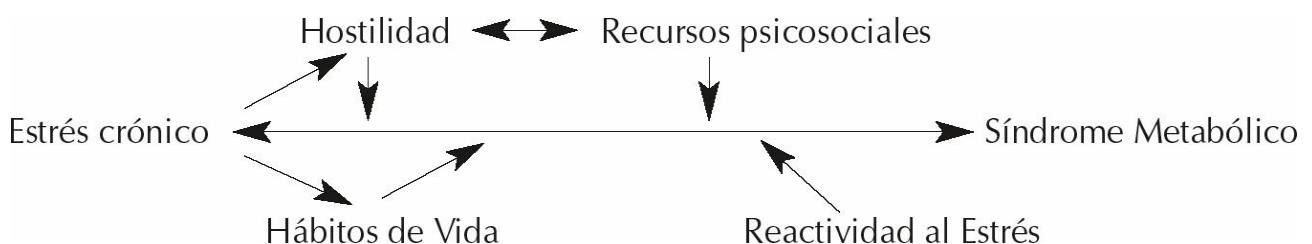


Figura 9.2. Del Estrés Crónico al Síndrome Metabólico.

Además de la permanencia en una situación de estrés crónico, favorecen la aparición del síndrome metabólico varios *factores moduladores*, algunos de tipo psicológico, como la dificultad en la gestión de los sentimientos, sobre todo de la agresividad, y otros psicosociales, como los déficits en el apoyo social, la educación y los recursos socioeconómicos. La presión arterial basal es más elevada en personas con tendencia a reprimir o ignorar sus sentimientos agresivos. Este mismo factor correlaciona con un estado permanente de hostilidad persistente generalizada, lo cual tiene un efecto negativo en la sociabilidad y en la creación y mantenimiento de redes sociales de apoyo. El sentimiento de agresividad revela una activación de circuitos límbicos y equivale a la opinión del cerebro interno de que las circunstancias que entorpecen la existencia han de ser eliminadas. Es por lo tanto normal que en situaciones de estrés crónico la frustración genere agresividad, lo cual puede ayudar a mejorar la situación, si se expresa de manera adecuada y bien dirigida. El problema de la regulación de la agresividad no consiste en su intensidad ni en su expresión, sino en la manera en que éstas se gestionan. Entre los factores internos de estrés, Treserra *et al.* (1994) han descubierto una relación directa clara entre el subfactor vegetativo del Índice de Reactividad de Rivera y los niveles de triglicéridos. Tanto los factores internos de estrés como los factores moduladores de estrés condicionan la respuesta al estrés crónico susceptible de producir el síndrome metabólico y, a partir de allí, aumentar el riesgo de lesiones cardiovasculares crónicas, como la insuficiencia coronaria y la hipertensión.

El síndrome de desgaste profesional

Llamado también "burnout", o síndrome del profesional quemado, fue descrito inicialmente por Freudenberger (1974) y más ampliamente conceptualizado por Maslach (1981), que elaboró el primer y más utilizado instrumento para su medida. Es la consecuencia de un estrés crónico experimentado en el contexto laboral. Se presenta en personas cuyo trabajo se desarrolla en situaciones de exigencia emocional y que requiere el trato directo y continuado con el público. Se está reconociendo de manera creciente su importancia en todos los ámbitos laborales y profesionales (Golembiewski *et al.*, 1986), aunque su incidencia es máxima en profesiones sanitarias, educadores y agentes de apoyo social.

10.1. El estrés laboral

La sobrecarga laboral puede ser inespecífica, derivada de las propias condiciones de trabajo, por ejemplo cuando éste es excesivo o apremiante o cuando debe realizarse en circunstancias de alta responsabilidad y de baja información o cuando los recursos son insuficientes o inapropiados para llevar a cabo la tarea asignada. O puede estar específicamente relacionada con pautas de relaciones interpersonales anómalas o exigentes, en cuyo caso tenemos la sobrecarga psicosocial, propiamente dicha.

Entre las fuentes inespecíficas de estrés en el trabajo, Kanner *et al.* (1978) describen 17 aspectos que, cuando están presentes, lo convierten en una experiencia positiva y 14 cuya presencia hace que sea una experiencia negativa. Las condiciones positivas compensan, en parte, las negativas. En general, las características positivas están relacionadas con oportunidades, premios y experiencias de logro; las negativas, con exigencias y presiones. La ausencia de condiciones positivas es, en sí misma, estresante.

Características positivas del trabajo

1. Relativa diversidad de tareas, que no haya monotonía.
2. Grado idóneo de dificultad y complejidad (ni mucha, ni poca).
3. Autonomía para organizar el propio trabajo.
4. Realizar tareas con sentido, que se entienda para qué sirven.
5. Ver que el esfuerzo da resultados, experiencia de éxito en las actividades.
6. Feedback, información frecuente sobre los resultados que se están consiguiendo.
7. Posibilidad de autoexpresión y de manifestar sus ideas, actitudes y preferencias.
8. Posibilidad de autorrealización, de aprender y desarrollar los propios recursos personales y profesionales en el trabajo.
9. Posibilidad de influir en la organización y en la política de la empresa.
11. Recompensas tangibles y materiales.
11. Sentirse apreciado.
12. Flexibilidad de libranzas y permisos.
13. Buenas relaciones interpersonales.
14. Apoyo incondicional, sentirse parte integrante del conjunto, consideración incondicional positiva.
15. Sensación de comunicar y compartir con los compañeros.
16. Sintonía emocional con los compañeros.
17. Ambiente físico confortable.

Características negativas del trabajo

1. Amenazas de castigo.
2. Cambios frecuentes en la forma de hacer las cosas.
3. Poca actividad.
4. Mucha actividad.
5. Tener que demostrar la propia valía continuamente.
6. Tener que tomar muchas decisiones.
7. Riesgo físico.
8. Presión ambiental estresante.
9. Interferencias burocráticas.
10. Complicaciones administrativas.
11. Sentimientos de culpabilidad.
12. Respuesta emocional excesiva.
13. Excesivo compromiso con el trabajo.
14. Exigencias conflictivas por parte de otras personas.

El estrés laboral de origen específicamente interpersonal puede proceder de dos fuentes:

- a) De los receptores del esfuerzo laboral, es decir, de los clientes o personas atendidas por el trabajador, o
- b) de sus propios compañeros o de la estructura organizativa en la que se encuadra su labor.

En el primer caso puede desarrollarse el síndrome de desgaste profesional o “burnout”. En el segundo, el de acoso psicológico en el trabajo (APT) o mobbing, definido como *“el mantenimiento persistente e intencional de pautas de maltrato psicológico, que tienen lugar de manera injusta y desmedida, sin posibilidad de escape ni defensa, favorecidas o permitidas por el entorno en el que tiene lugar, y cuya finalidad última es eliminar al acosado o destruir su salud y sus capacidades”*. En realidad, ambas situaciones son compatibles y es frecuente que coincidan. Las organizaciones que ofrecen adecuado apoyo institucional previenen y minimizan el desgaste profesional, mientras que aquellas que descuidan las necesidades emocionales de sus miembros lo favorecen, sobre todo si además permiten pautas de interacción laboral persecutorias, desconsideradas o malévolas.

Cuadro 10.1. *Tipos de estrés laboral*

TRAUMÁTICO: profesiones en riesgo de exposición a trauma psíquico (militares, policías, servicios de emergencia médica).
INESPECÍFICO: Sobrecarga laboral por trabajo excesivo, apremiante o descontrolado.
DESGASTE PROFESIONAL (<i>Burn Out</i>): Sobrecarga interpersonal producida por la propia actividad en sí.
ACOSO PSICOLÓGICO (<i>Mobbing</i>): Sobrecarga interpersonal producida por los compañeros o por la organización.

El instrumento de medida de la sobrecarga psicosocial laboral más conocido es el Inventario de Maslach (MBI), específicamente concebido para detectar el desgaste profesional (ver apéndice de cuestionarios). El enfoque primordial de este cuestionario es la respuesta personal y los efectos que la situación tiene en el individuo. Otro cuestionario muy empleado es el de clima laboral de Moos, que pretende valorar factores externos relacionados con acontecimientos y estructuras del entorno laboral. El LIPT-60 o cuestionario de estrategias de acoso laboral es específico para mobbing. Aplicando el instrumento de Moos, Pastora Cuevas (1996) ha demostrado la relación entre clima laboral y psicopatología, siendo ésta mayor cuando peor es el primero. El Índice de Reactividad al Estrés de Rivera, factor interno de estrés propio del individuo, también

tiene efecto sensibilizador, agravando las consecuencias del estrés psicosocial en general y del mal clima laboral en particular. Por el contrario, el apoyo social, que depende de la riqueza y calidad de las redes sociales extra laborales, tiene claro efecto protector.

10.2. Definición de burnout

La expresión “burn out”, de antiguo uso popular en inglés, se aplica a estados de desánimo, fatiga, desilusión y pérdida de la vocación profesional. Un antecedente medieval es la “Acedia” o pereza monástica, descrita en religiosos que perdían todo interés por sus prácticas rituales y por el ejercicio de la caridad cristiana. El famoso novelista Graham Greene relata en “A Burn-Out Case” la historia de un arquitecto que, en un arrebato de decepción con su vida cotidiana, lo abandona todo para retirarse a la selva africana. Freudenberger, psiquiatra en un centro de salud norteamericano, utilizó por primera vez el término en un contexto profesional en 1974, al describir de esta manera su propia experiencia y la de algunos de sus compañeros:

El diccionario define el verbo “burn-out” como “desgastarse, quedar exhausto por excesivas exigencias de energía, esfuerzo, o recursos”. Y eso es exactamente lo que ocurre cuando un miembro del staff se quema y se vuelve inoperante para toda intención y propósito... Los signos físicos son fáciles de ver. Para empezar, hay un sentimiento de agotamiento y fatiga, incapacidad para superar un resfriado, dolores de cabeza frecuentes y molestias gastrointestinales, dificultad para dormir y ahogos... Signos adicionales son la facilidad para enfadarse y la irritación y frustración frecuentes. En cuanto a su manera de pensar, la persona se convierte en un libro cerrado, se vuelve excesivamente rígida, testaruda e inflexible...

Más o menos por la misma época, la psicóloga Cristina Maslach emprendió una extensa investigación en trabajadores de servicios sanitarios y asistencia social, entre los que detectó altos niveles de estrés. En base a estos estudios, elaboró su instrumento de medida, bastante utilizado en la actualidad, y describió el “Burn-Out” como un fenómeno característico de profesionales que, por la naturaleza de su trabajo, debían permanecer en contacto directo y continuado con personas necesitadas de atención o asistencia. Desde entonces, se ha reconocido de manera creciente la importancia del síndrome en diversos contextos laborales y profesionales. Otros constructos relacionados con el burnout son el “Tedio Laboral”, de Pines y Aronson y el “desequilibrio esfuerzo-recompensa en el trabajo” de Sigerist.

En España se ha despertado un interés reciente por el estudio del burnout en el ambiente sanitario, en el que es, desgraciadamente, muy frecuente (De las Cuevas, 1997, Mingote y Pérez-Corral, 1999; Crespo *et al.*, 2005). El burn-out se denomina en nuestro idioma, más correctamente, “síndrome de desgaste profesional”, y se puede definir como *el resultado de un estrés crónico experimentado en el contexto laboral, producido por una interacción negativa entre el trabajador, el lugar de trabajo, el equipo, staff o*

unidad en que se integra, la estructura organizativa y la labor en sí misma. Mingote y Rivera coinciden, desde puntos de vista diferentes, en que el maltrato psicológico laboral genera un ambiente psicosocial tóxico, en el que es frecuente el síndrome de “burn-out”. Esta asociación ha sido confirmada empíricamente por las investigaciones de Van Dick y Wagner en profesores alemanes.

Bernardo Moreno, profesor de Psicología de la Universidad Autónoma de Madrid, lo define así: “*El Desgaste Profesional es un riesgo psicosocial del trabajo con una dinámica procesual específica de cada grupo profesional, donde el componente motivacional y de expectativas profesionales juega un importante papel explicativo*”. En coherencia con su definición, Moreno ha elaborado cuestionarios específicos para la detección del burnout en distintos grupos profesionales, como médicos, enfermeras y maestros de escuela. Otros grupos en los que el síndrome se considera frecuente son los funcionarios de seguridad, sobre todo en prisiones, y los trabajadores sociales.

Desde los estudios iniciales, en los que se consideraba que el excesivo compromiso emocional con los pacientes o clientes era la causa principal del *burnout*, el concepto se ha ido ampliando para incluir otras posibilidades, tales como la manera en que el individuo encaja en la organización, las relaciones interpersonales entre el staff, las presiones administrativas y la discrepancia, por un lado, entre la motivación y expectativas del trabajador y, por otro, la realidad de su contexto laboral. Teniendo en cuenta este último factor, Tizón ha propuesto, de manera ingeniosa, cambiar el nombre del síndrome de desgaste profesional por el de “síndrome de *desengaño* profesional”.

El resultado final de los conflictos e incoherencias en todas estas áreas es un síndrome multidimensional, en el que predominan el agotamiento y los estados disfóricos relacionados con la actividad laboral y con el lugar de trabajo.

10.3. Clínica

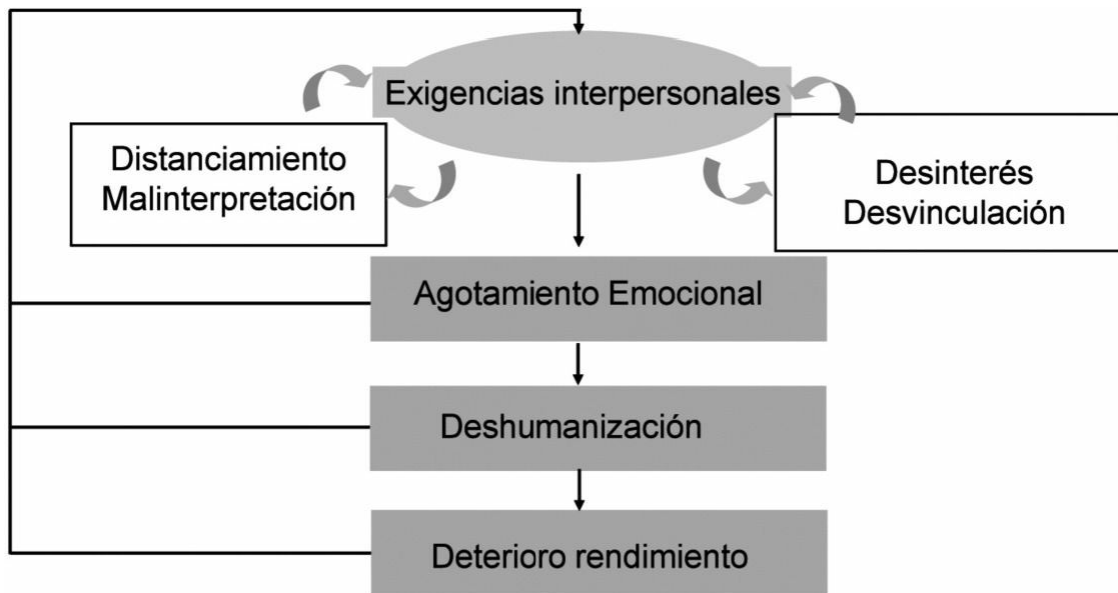
Las primeras manifestaciones son subjetivas, con sentimientos de estar desbordado, agotamiento, sensación de pérdida de recursos para amortiguar el estrés que el trabajo implica y entorpecimiento de la capacidad adaptativa en general. De manera reactiva aparece, como autoprotección, una tendencia al distanciamiento interpersonal, con frialdad y desinterés por las personas a su cargo. Finalmente, todos estos factores se van combinando hasta influir de manera objetiva en el trabajo, con disminución evidente del rendimiento y del compromiso laboral. Una vez establecido el cuadro, el síndrome se caracteriza por la tríada descrita por Maslach: Agotamiento emocional, inhibición empática y disminución de la realización personal.

1. Cansancio emocional, que se traduce por agotamiento físico y psíquico, abatimiento emocional, sentimientos de impotencia y desesperanza, actitudes

negativas hacia el trabajo y la vida en general, dificultad en levantarse de la cama por las mañanas, pérdida de la motivación y del entusiasmo profesional, frustración, y sensación de que cualquier exigencia laboral es excesiva. Es un síntoma muy próximo a la depresión, pero el matiz de tristeza suele ser menos relevante que los sentimientos de agresividad, hostilidad e irritabilidad.

2. Inhibición empática, con evitación y aislamiento de los demás. La actitud emocional se vuelve fría, distante y despectiva, y aparecen conductas de evitación laboral, como absentismo, ausencia a reuniones y a otras actividades laborales, resistencia a relacionarse con el personal o a atender al público. Maslach denomina a este síntoma “despersonalización”, y con este nombre ha sido repetido por muchos autores, sin tener en cuenta que no se corresponde para nada con el síntoma de despersonalización de la psicopatología clásica, que es expresión de una alteración en la vivencia del sí mismo, afín a la desrealización. En todo caso, se podría llamar “deshumanización”, en el sentido de que se caracteriza por una inhibición de la normal capacidad empática y por desinterés por los demás seres humanos. La desconexión y el aislamiento emocionales suelen ser pasivos, consistiendo simplemente en bloquear la normal resonancia afectiva y en desentenderse o no prestar atención al entorno humano. En ocasiones pueden aparecer también componentes de rechazo activo, como, por ejemplo, interpretar demandas de ayuda de los clientes o intervenciones bienintencionadas de los compañeros como imposiciones intolerables que provocan respuestas de enfado.
3. Baja realización personal, con sentimientos de inadecuación personal y profesional, con deterioro progresivo de la capacidad laboral y pérdida de todo sentimiento de gratificación personal con el trabajo. El sujeto sufre por el contraste entre su adecuación emocional previa y la sensación actual de pérdida de eficacia. Como se da en grupos profesionales en los que se valora altamente la capacidad de relación interpersonal, es frecuente el desarrollo de un auto-concepto negativo. Inicialmente, este tercer elemento puede manifestarse de manera paradójica, encubriéndose con una actitud compensadora de aparente entusiasmo y exceso de dedicación, que no hace sino empeorar el cuadro al aumentar el agotamiento general.

Cuadro 10.2. *Modelo de Burnout de Maslach*



Fuente: Maslach, 1981.

Además de la tríada de Maslach, otros síntomas frecuentes son:

4. Alteraciones cognitivas, con dificultad de concentración y fallos de memoria, derivadas de la inhibición emocional de la atención y de la creatividad.
5. Alteraciones de la personalidad, con incremento de las tendencias a la irritabilidad y el descontento, pérdida de los sentimientos de solidaridad con los compañeros, tendencia a la soledad, con disminución de la gratificación interpersonal.
6. Alteraciones psicosomáticas, con disminución de la resistencia inmunológica, mayor frecuencia de resfriados y otras patologías médicas. En casos prolongados, y si se añaden otros factores de riesgo, el desajuste psicosomático puede expresarse por cuadros más graves, como hipertensión arterial o síndrome metabólico.
7. Alteraciones de la conducta, generalmente de tipo adictivo, como abuso de alcohol, sedantes y otras drogas y, en ocasiones, conductas autodestructivas, que incluyen conducción arriesgada, abandono de la carrera profesional y/o del lugar de trabajo, desinterés por conservar los derechos adquiridos, etc.

10.4. Evolución

Las agrupaciones sintomáticas difieren según los distintos estudios y observaciones

clínicas, probablemente como consecuencia de las características específicas del entorno laboral y de los diferentes perfiles de personalidad y grados de severidad de las personas afectadas. Como patología reactiva secundaria a estrés crónico progresivo, es de esperar que el síndrome de desgaste profesional siga una evolución progresiva desde un estado de máximo ajuste a la situación psicosocial hasta otro de máximo desajuste, con varios pasos intermedios. El concepto de evolución en estadios es clave para comprender las múltiples manifestaciones del síndrome, aunque, en el fondo, todas deriven de la misma raíz patogenética. Por otra parte, esta manera de considerar el síndrome tiene importantes implicaciones para su prevención y detección precoz.

Wulf Rössler, profesor de Psiquiatría Social de la Universidad de Zúrich, distingue las siguientes fases en la presentación del síndrome de burnout:

FASE 1. Síntomas premonitorios

- a) Excesivo compromiso con los objetivos, con hiperactividad, trabajar horas extras sin compensación económica, sensación de falta de tiempo, negación de las propias necesidades (no tomarse descansos, no pedir ayuda...), negación de los fallos y fracasos, limitación de los contactos sociales a los estrictamente profesionales...
- b) Reacciones vegetativas y agotamiento. Fatiga crónica, falta de energía, incapacidad para relajarse y descansar, tensión nerviosa, mareos, taquicardias, alteraciones digestivas, ansiedad.

FASE 2. Reducción de compromiso

- a) En la interacción: Desilusión, distanciamiento, evitación social, tendencia al uso de clichés y frases hechas, pérdida de empatía, cinismo, dificultad en escuchar y comprender a los demás.
- b) En el trabajo: Actitudes negativas y pasivo-agresivas, absentismo, preocupación por las condiciones materiales como obstáculo para la satisfacción con el trabajo, interesarse por actividades de ocio durante el tiempo laboral.
- c) A nivel personal. Aumento de exigencias: concentración en las propias necesidades, pérdida de idealismo, sensación de poco reconocimiento y/o de ser explotado, envidias, problemas de relación en el trabajo y en casa...

FASE 3. Reacciones emocionales

- a) Depresión: Sentimientos de culpa y de insuficiencia. Pérdida del sentido del humor, cambios bruscos de estado de ánimo, sentimientos de vacío, pesimismo, fatalismo, desvalimiento e indefensión. Apatía. Reconsideración vital, con especial atención a errores y fracasos, que puede conducir a ideación autodestructiva. Sentimientos difusos de ansiedad y nerviosismo, ataques de llanto o ganas de llorar, inquietud, pérdida de la robustez y resistencia emocional, sensación de debilidad.
- b) Agresión: Atribución de culpabilidad a los demás o al sistema, reproches, impaciencia, intolerancia, incapacidad de transigir, desconfianza, irritabilidad, rabia, conflictos interpersonales frecuentes.

FASE 4. Reducción de funciones psicológicas

- a) Capacidad cognitiva. Dificultades de concentración y de memoria, dificultad en resolver problemas o realizar tareas complejas, desorganización, incapacidad para tomar decisiones o para dar instrucciones claras.
- b) Motivación. Pérdida de iniciativa y de creatividad. Limitarse a lo rutinario.
- c) Creatividad. Pérdida de imaginación y de flexibilidad
- d) Discriminación. Tendencia a verlo todo de manera extrema, en blanco y negro. Resistencia a la innovación y el cambio.

FASE 5. Reducción de funciones psicosociales

- a) La vida emocional, con indiferencia, afecto monótono y plano.
- b) La vida social, pérdida de la capacidad de simpatía, evitación de contactos informales, poco interés por conversar, tendencia a la soledad.
- c) Intereses extralaborales, hobbies y otras actividades, aburrimiento y anhedonia.

FASE 6. Reacciones psicósomáticas

- a) Tensión muscular, dolores, problemas digestivos.
- b) Hiperreactividad vegetativa, palpitaciones, taquicardia, sofocos, mareos,

- ahogos, tics.
- c) Alteraciones del sueño, adelgazamiento o sobrepeso, dificultades sexuales, reducción de la competencia inmunológica.
 - d) Consumo excesivo de café, de tabaco, de alcohol y de sustancias psicotropas.
 - e) Incapacidad para relajarse y para disfrutar de actividades de ocio.

FASE 7. Desesperación

- a) Actitud negativa hacia la vida en general.
- b) Pérdida de significado, sentimientos de futilidad, de que nada importa.
- c) Desesperación existencial.
- d) Intentos o ideas de suicidio.

Aunque, por definición, los síntomas de desgaste profesional se circunscriben a las circunstancias laborales, es frecuente que en sus estadios más avanzados desborden este ámbito y se compliquen con disfunciones conyugales, problemas con los hijos, alejamiento o desinterés por actividades extralaborales, etc. Por otra parte, las fases evolutivas no siempre se cumplen exactamente en la secuencia descrita, pudiendo haber solapamientos y alternancias entre ellas.

10.5. Diagnóstico

No existen pautas oficiales de diagnóstico para el síndrome de desgaste profesional o “bur-nout”, pero la experiencia clínica y la revisión de la literatura permite sugerir los siguientes criterios, todos de obligado cumplimiento:

1. aparece de manera insidiosa y progresiva en un profesional previamente bien adaptado, e incluso entusiasta, en su trabajo,
2. que se queja de desinterés, desilusión, desengaño o disconformidad con sus tareas,
3. así como de cansancio, agotamiento o fatiga fácil,
4. presenta inhibición de una capacidad empática previamente existente,
5. así como una disminución objetivable de sus logros y rendimiento y
6. cuyos síntomas están predominantemente referidos a su compromiso laboral y mejoran con vacaciones o alejamiento de su profesión o entorno habituales.

Como ocurre con la mayoría de los síndromes de estrés crónico, el desgaste profesional o burnout no está específicamente reconocido como tal en los sistemas internacionales de clasificación. El diagnóstico oficial más próximo de la CIE-10 es el de Neurastenia, F48, cuyos tres criterios generalmente cumple: 1) Molesto cansancio tras esfuerzo mental o fatigabilidad fácil. 2) Por lo menos dos síntomas de esta serie: dolor y molestias musculares, mareos, cefaleas de tensión, trastornos del sueño, incapacidad para relajarse, irritabilidad, dispepsia y 3) no cumplir criterios de otro trastorno, como depresión o somatización. En caso de aplicar este diagnóstico debe hacerse constar, además, la clara relación con la actividad laboral, añadiendo el epígrafe Factores laborales que influyen en el estado de salud, Z56.

Aunque esta solución no es completamente satisfactoria, parece la que mejor se ajusta a las características del burnout. A pesar de ser conceptualmente un síndrome de estrés, en el estado actual de las clasificaciones psiquiátricas es difícil su inclusión en esta categoría, por cuanto que no cumple los criterios ni de estrés postraumático, F43.1 ni de otros trastornos de estrés grave, F43.8. El diagnóstico de trastorno adaptativo F43.2 tampoco es apropiado, por cuanto que no se presenta al principio o durante los primeros momentos de la integración en una nueva actividad, sino después de un tiempo de generalmente muy satisfactoria adaptación. Quizá sería apropiada la inclusión dentro de esta categoría de un nuevo epígrafe que reconozca la desadaptación tardía o reactiva a situaciones en las que previamente el sujeto ha estado bien integrado.

Naturalmente, debe establecerse el diagnóstico diferencial con otros cuadros próximos, como los trastornos depresivos. Las diferencias más importantes son las siguientes:

1. En el desgaste profesional los síntomas están claramente relacionados con la situación laboral y el paciente puede sentirse feliz y productivo en otras áreas de su vida; en la depresión los síntomas son más pervasivos y generalizados.
2. Las emociones más fácilmente demostrables en el desgaste profesional son la hostilidad, el desengaño y el enfado; en la depresión, la tristeza y la culpa.
3. Aunque el agotamiento emocional también está presente de manera significativa en la depresión, los componentes de inhibición empática (despersonalización, en la terminología de Maslach) y de disminución del sentido de realización personal no guardan correlación con los estados depresivos.

10.6. Tratamiento

La psicoterapia psicodinámica focalizada está muy indicada, con el objetivo de favorecer

la ventilación de las experiencias frustrantes y la comprensión de la contribución de las propias actitudes personales a la génesis del trastorno. Aunque se trate de un patología reactiva, es decir, de origen externo, la persona afectada debe concentrar sus recursos en la modificación de aquellos factores sobre los que tiene mayor influencia, es decir, sobre sí mismo.

La psicoterapia autógena y otras formas de meditación son eficaces, gracias a un triple mecanismo de acción:

- a) Reducción de reactividad neurovegetativa al estrés en general
- b) Facilitación de la introspección y descubrimiento de la contribución de las propias dinámicas personales a la génesis y mantenimiento del síndrome
- c) Desactivación de la reactividad emocional y conductual al estrés interpersonal

En cuanto a los tratamientos farmacológicos, los antidepresivos del grupo de los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina han sido recomendados y parecen ser eficaces, por lo menos en las primeras fases del síndrome. Es cierto que estos fármacos aumentan de manera inespecífica la resiliencia o tolerancia al estrés, pero cabe hacerse la pregunta ética de si es apropiado recomendar un tratamiento biológico de un trastorno cuyo factor etiológico es tan claramente de naturaleza psicosocial. Dicho de otra manera, si tratamos cada caso individual ignorando el contexto que favorece la aparición del síndrome, puede que estemos favoreciendo una expansión epidémica.

10.7. Prevención

Gracias a la experiencia acumulada en diversos estudios, ya han sido identificados varios factores de riesgo, cuya consideración debe facilitar la instauración de medidas preventivas adecuadas. Aunque todos ellos están interrelacionados, es conveniente clasificarlos al triple nivel individual, de equipo o grupo de trabajo y organizacional.

A) A nivel individual

La Reactividad al Estrés y el locus externo de control son algunos de los rasgos psicológicos que aumentan la susceptibilidad al estrés en general, y al desgaste profesional en particular, mientras que la robustez psicológica (*hardiness*) y el apoyo social la disminuyen. Mientras que el locus de control y la robustez psicológica son variables difíciles de modificar, la reactividad al estrés disminuye en relativamente poco tiempo con psicoterapia autógena, por lo que esta técnica debe ser tenida en cuenta no

sólo como terapia, sino también en todo programa preventivo. Por otra parte, es muy de aconsejar el mantenimiento de las redes sociales, es decir, de los contactos regulares con los amigos y la familia y la participación regular en aficiones, actividades de ocio y deportes. El conocimiento de que éstos no son meras diversiones y pérdidas de tiempo será útil a más de un adicto al trabajo (*workholic*), que puede así motivarse a cuidar su propia salud para mantener una alta capacidad de rendimiento.

B) A nivel de equipo de trabajo

Las buenas relaciones interpersonales en el equipo son la mejor vacuna contra el desgaste profesional. Su contrario, las relaciones distantes, rígidas e inarmónicas son un factor de riesgo. Sin necesidad de llegar a la instauración de *grupos Balint* (que también son una buena idea), la discusión y puesta de acuerdo en común de procedimientos y modos de funcionar garantiza una mejor cooperación y cohesión, previene malentendidos y, cuando éstos se producen, facilita su resolución. Las sesiones clínicas, aunque primariamente centradas en el estudio de la evolución de los pacientes o receptores de ayuda, también ofrecen una buena oportunidad para el apoyo, el consejo y el reconocimiento mutuo entre los miembros del equipo. Adicionalmente, es muy aconsejable dedicar una reunión específica semanal para detectar y resolver fricciones y fortalecer la cultura de cooperación y aprecio en lugar de la de competición y rencor. El programa OMIE de formación en análisis de grupos que dirige el Profesor José Guimón ofrece una excelente oportunidad para la sensibilización de los miembros clave del equipo en esta tarea.

C) A nivel institucional

En el caso de los médicos, y probablemente también en el de otros profesionales sanitarios y de ayuda, este nivel debe comenzar desde sus estudios pregraduados. La adecuada formación del médico debe incluir:

- a) una buena adquisición de pautas de comunicación y relación interpersonal,
- b) un buen conocimiento de sus propias dinámicas personales, en especial las que le han llevado a la elección de su profesión
- c) el desarrollo de una actitud de ayuda profesional eficaz, que le permita sentirse cómodo y establecer con facilidad una relación “cuasi-diádica” (en el sentido de Lain) con el enfermo.

Tradicionalmente, esta tarea se confía a la asignatura de Psicología Médica, pero la experiencia parece indicar que los créditos de que dispone dicha asignatura son insuficientes para llevarla a cabo de manera satisfactoria. Es necesario aminorar el predominio de las enseñanzas conceptuales y técnicas para aumentar el tiempo dedicado a la preparación de los futuros médicos en la relación médico-enfermo y otros aspectos fundamentales del arte médico.

En cuanto a las instituciones sanitarias, es doloroso reconocer que la mayoría de ellas, sobre todo las hospitalarias, no reúnen las características organizacionales necesarias para favorecer el bienestar psicológico de sus empleados. De hecho, los entorpecimientos burocráticos y las insensibilidades administrativas son algunas de las causas más frecuentes del desgaste profesional del médico. El poco y equívoco interés que los programas de formación en gestión dedican a estos aspectos debe revertirse. No es lógico que un sistema que quema a sus profesionales pretenda ofrecer una buena atención sanitaria. El Ilustre Colegio Oficial de Médicos de la Comunidad de Madrid, a través de la Comisión de Ayuda y Prevención a la Salud del Médico (CAYPAM) que preside el Dr. Vicente Arias, ha emprendido un ambicioso programa para atender y prevenir los problemas psicosociales relacionados con el ejercicio de la profesión. Los resultados de la última encuesta realizada por esta Comisión son devastadores, y apuntan a la urgente necesidad de revisar los aspectos humanos de nuestro modelo sanitario.

10.8. El síndrome del cuidador

Afecta a personas dedicadas al cuidado continuado de inválidos y enfermos crónicos o incapaces y comprende síntomas físicos, como cansancio y dolores crónicos, mentales, como irritabilidad, decaimiento y tristeza, y sociales como aislamiento y conflictos interpersonales, todo ello junto con el deterioro progresivo de la capacidad de ocuparse eficientemente de la persona a su cargo. Descrito sobre todo en familiares de pacientes con Alzheimer, guarda cierta relación directa con la intensidad de las alteraciones psicológicas de éstos, sobre todo de la agitación e insomnio. Puede considerarse una variante del síndrome de desgaste profesional, del que se distingue porque el cuidador no es generalmente un empleado profesional sino un familiar de la persona asistida. El perfil típico en España es una mujer de unos 50 años de edad, generalmente hija de la persona cuidada, cuya dedicación excede las 40 horas semanales, sin actividad laboral y con mínima actividad social externa. La ayuda que recibe del resto de los familiares y/o de la sociedad es limitada y las discusiones al respecto son frecuentemente otro factor de estrés sobreañadido. Según Alterra (2005) el 55% de los cuidadores presenta síntomas de sobrecarga intensa y el 23 % de sobrecarga moderada. En gran número de los casos, la sintomatología persiste mucho tiempo después de haber dejado de cuidar del enfermo.

La instauración del síndrome es paulatina y sigue las siguientes fases:

1. Aceptación de la carga familiar, con convencimiento de la propia capacidad para llevarla adelante. Generalmente no hay previsión ni del esfuerzo que va a ser necesario ni del tiempo que éste va a durar.
2. Tensión y agobio ante la percepción progresiva de la insuficiencia de los recursos que posee, psicológicos, materiales, de ayuda externa, de conocimientos, etc.
3. Aparición de los primeros síntomas: ansiedad, irritabilidad, fatiga. Desatención de las propias necesidades, de su vida social, de su proyecto vital.
4. Agresividad creciente en general y tensión con los ayudantes y auxiliares que pueda tener. Se agravan los síntomas de estrés, aparece insomnio, aumentan las dificultades interpersonales con familiares y amigos. Suele recurrir a tratamiento psicofarmacológico.
5. Distanciamiento progresivo del paciente y deseos de que desaparezca. Remordimientos y sentimientos de culpa. Pobre autoestima. Aislamiento social. Afecto rígido y depresivo, con inhibición del sentido del humor y de la capacidad empática.

Es relativamente frecuente que el síndrome del cuidador se complique con trastornos psiquiátricos tras el fallecimiento del familiar cuidado, generalmente de tipo depresivo. El núcleo patogenético suele ser un duelo patológico, con incapacidad de superar la pérdida, culpabilidad exagerada, rumiaciones obsesivas y tendencias autodestructivas. El tratamiento psicoterapéutico del síndrome del cuidador es más eficaz que el farmacológico, con el que sin embargo se puede combinar. Como en todos los casos de duelo patológico, los sentimientos ambivalentes hacia la persona cuidada, que el cuidador intenta negar o contra los que se defiende con intensos sentimientos de culpa y necesidad de autocastigo, deben ser explorados de manera cuidadosa y neutralizados con técnicas apropiadas. La combinación de psicoterapia cognitiva y métodos autógenos es el tratamiento de elección.

El síndrome de acoso psicológico en el trabajo o “Mobbing”

El Acoso Psicológico en el Trabajo es una forma de estrés psicosocial crónico, constituido por la acumulación prolongada de microtraumas interpersonales repetidos que tienen lugar en el medio laboral. Cada uno de estos acontecimientos estresantes puede no parecer particularmente agresivo ni tener importancia patógena en sí mismo, pero es su acumulación y repetición en el tiempo lo que les da su poder traumático. Su componente principal es el *maltrato psicológico*, proceso activo por el cual una persona infringe daño psicológico a otra de manera intencional, persistente y deliberada, mediante comentarios, actitudes y manipulaciones ambientales y psicosociales, sin recurrir a medios de agresión física. Algunas de las conductas de maltrato más frecuentes son amenazar, criticar, ridiculizar, acechar, perseguir a una persona, inducir en ella sentimientos negativos, como miedo, desánimo, preocupación, crearle inseguridad, interferir en sus dinámicas mentales, dificultar la realización de sus actividades y tareas, sobrecargarle con exigencias y expectativas que no puede cumplir. Su estudio, prevención y tratamiento ha sido declarado una prioridad por el Parlamento Europeo, ya que la “European Foundation for the Improvement of Working and Living Conditions” reporta en 2005 que afecta al 12% de los trabajadores europeos.

Cuadro 11.1. Maltrato psicológico

Interacción dañina o afectivamente perjudicial, consistente en alguna de las siguientes pautas:

- a) Amenazar, insultar, criticar, despreciar, menospreciar, ridiculizar, ignorar a una persona
 - b) Acechar, perseguir, vigilar, controlar innecesariamente
 - c) Inducir sentimientos negativos, como, miedo, desánimo, preocupación, frustración, inferioridad, inseguridad
 - d) Interferir con las dinámicas mentales del otro, dificultar la realización de sus actividades y tareas
 - e) Sobrecargarle con exigencias y expectativas que no puede cumplir
-

11.1. Evolución y definición del concepto

En 1984 Heinz Leymann, psiquiatra alemán afincado en Suecia, publicó su primer estudio piloto sobre la violencia psicológica en el trabajo, fenómeno ya conocido y estudiado con anterioridad, aunque de manera menos sistemática (Brodsky, 1976). El término “Mobbing”, largamente utilizado por los etólogos, fue introducido por Leymann en la clínica humana. A pesar de sus resonancias anglosajonas, son los europeos continentales los que más lo utilizan, mientras que los ingleses y los norteamericanos siguen prefiriendo la palabra “bull-ying”, tomada de la psicología escolar. Westhues (2004) propone una sutil diferencia, denominando bullying a los casos en los que el maltrato es la acción aislada de un individuo más poderoso que la víctima, y mobbing a aquellos en los que es una actividad colectiva, en la que participan también compañeros e incluso subordinados. En todo caso, está alcanzando fortuna creciente el término “work harassment” o “work place harassment”, equivalentes al español “acoso laboral” o, mejor, *acoso psicológico en el trabajo (APT)*.

Otro sinónimo es *acoso moral*, expresión popularizada en Francia por Marie France Hiri-goyen, aunque algunos autores españoles, como Pablo Aramendi (2005), proponen restringir el término *acoso moral* a aquellos casos en los que claramente se pretende la renuncia del trabajador a su puesto de trabajo. Otra variante de aplicación restringida es el *Acoso Institucional* (Rivera, 2000, 2005), que se da en organizaciones compactas y cohesivas que priman el poder, la conformidad y el control por encima de la autonomía, la satisfacción y la productividad. El término de acoso institucional se aplica a situaciones grupales en las que un sujeto es sometido a persecución, agravio o presión psicológica por uno o varios miembros del grupo al que pertenece, con la complicidad o la aquiescencia del resto, que acepta esta dinámica como necesaria para mantener la estabilidad del grupo. Este fenómeno es conocido desde antiguo como “síndrome del chivo expiatorio” y “síndrome del rechazo de cuerpo extraño”.

El estudio del Acoso Psicológico en el Trabajo y de la patología consecuente es muy reciente, aunque el uso de su sinónimo “mobbing” en otros contextos es muy antiguo. En la jurisprudencia anglosajona, mobbing significa asamblea o reunión de gentes para propósitos violentos e ilegales, que incluyen causar lesiones a personas, destruir propiedades y sembrar el terror y la alarma en la población. Por extensión, se usa con la acepción de ataque indiscriminado por parte de un grupo desestructurado. En 1990 Heinz Leymann lo difundió aplicado a la psicología laboral en el Congreso sobre Higiene y Seguridad en el Trabajo de Hamburgo, dándole un nuevo significado, que ha hecho fortuna desde entonces. En 1993 publicó en alemán su libro *Mobbing*, traducido en 1996 al francés. Poco después, aparecieron otras dos obras más con el mismo título, ambas claramente influidas por Leymann (Davenport *et al.*, 1999; Piñuel, 2001). El impacto mediático del tema ha convertido mobbing en una palabra internacional, como internet o parking.

La definición que da Leymann de mobbing es la siguiente:

El mobbing o terror psicológico en el ámbito laboral consiste en comunicación hostil y sin ética, dirigida de manera sistemática por uno o varios individuos contra otro, que es así arrastrado a una posición de indefensión y desvalimiento, y activamente mantenido en ella. Estas actividades tienen lugar de manera frecuente (como criterio estadístico, por lo menos una vez a la semana) y durante largo tiempo (criterio estadístico: por lo menos seis meses). A causa de la elevada frecuencia y duración de la conducta hostil, este maltrato acaba por resultar en considerable miseria mental, psicosomática y social.

La “comunicación hostil y sin ética” a la que se refiere Leymann incluye no sólo los insultos directos, que son agresiones demasiado obvias, sino también las insinuaciones, comentarios y “puntas” o comentarios aparentemente inocentes, pero que activan por asociación experiencias traumáticas o conflictivas en la otra persona, así como actos de no-comunicación, como ignorar un saludo, no responder a una pregunta y, en general, actuar como si la otra persona no existiera. La descripción operativa de 45 actividades características de mobbing constituye el primer instrumento de medida de las Estrategias de Acoso Psicológico en el Trabajo, denominado LIPT (Leymann Inventory of Psychological Terrorization), del que derivan todos los demás.

Las organizaciones sanas, por su propia naturaleza, están dotadas de mecanismos eficaces para la erradicación de pautas destructivas que puedan surgir en su funcionamiento. Por eso, el acoso psicológico puede considerarse como un síndrome psicosocial complejo, derivado de la interacción entre el acosador, la víctima y el grupo al que ambos pertenecen.

Considerando todas las perspectivas descritas, podemos definir el Acoso Psicológico en el Trabajo (APT) como

el mantenimiento persistente e intencional de pautas de maltrato psicológico, que tienen lugar de manera injusta y desmedida, sin posibilidad de escape ni defensa, favorecidas o permitidas por el entorno en el que tienen lugar, y cuya finalidad última es eliminar al acosado o destruir su salud y sus capacidades (Rivera, 2005).

Cuadro 11.2. *Acoso Psicológico*

-
1. Maltrato psicológico o presión injusta y desmedida
 2. Frecuente, repetido y persistente
 3. Sin posibilidad de escape ni defensa
 4. Favorecido o tolerado por el entorno
 5. Cuya finalidad es eliminar al acosado o destruir su salud y sus capacidades
-

11.2. Las estrategias de acoso

En algunos lugares sumamente primitivos puede que sigan utilizándose ataques físicos para atemorizar, ahuyentar o someter a los trabajadores, pero estas estrategias son hoy en día muy raras en entornos civilizados. En el primer estudio sobre estrategias de acoso realizado en España con la versión modificada del instrumento de Leyman (Rivera y Rodríguez-Abuín, 2003, 2005) sólo el 2,6 % de los trabajadores afectados refieren sufrir ataques físicos directos, aunque un porcentaje algo mayor (11,4 %), refiere *amenazas* de ataques físicos, que no llegan a realizarse. En contraposición, las estrategias de acoso psicológico son mucho más frecuentes ([cuadro 11.3](#)). Incomunicar, intimidar, desprestigiar y entorpecer el progreso del acosado mediante maniobras que no dejan huella corporal y, a ser posible, tampoco documental, son las formas de maltrato laboral más habituales.

El primer listado de estrategias de acoso fue elaborado por Leymann y aplicado en sus estudios en fábricas suecas en 1980. En total consta de 45 actividades concretas, que se clasifican en cinco grandes apartados:

1. Limitar la comunicación: El acosador impone con su autoridad lo que puede decirse y lo que no. A la víctima se le niega el derecho a expresarse o a hacerse oír (preguntas 1-11 del LIPT)
2. Limitar su contacto social: No se dirige la palabra a la víctima, procurando además que nadie lo haga. Se le cortan las fuentes de información, se le aísla físicamente de sus compañeros (preguntas 12-16 del LIPT)
3. Desprestigiar su persona ante sus compañeros: Bromas y burlas sobre la víctima, su familia, orígenes, antecedentes y entorno (preguntas 17-31)
4. Desprestigiar y desacreditar su capacidad profesional y laboral : Se asigna a la víctima tareas muy por debajo o muy por encima de su capacidad, o no se le permite hacer nada; se le critican los más mínimos errores o defectos; se desprecia su trabajo y sus capacidades profesionales (preguntas 32-38)
5. Comprometer su salud: Aparte de ataques directos, el mero sometimiento a un régimen de acoso psicológico ya tiene efectos negativos, psicológicos y psicosomáticos, pero lo que se evalúa en este cuestionario son las conductas del acosador/es, no su repercusión en el acosado (preguntas 39-45)

Las estrategias de mobbing cambian un poco en distintos medios y países, por lo que el listado de Leymann no debe de tomarse como una biblia, sino más bien como un instrumento adaptable y perfectible según las circunstancias. Así, por ejemplo, en Alemania, Carmen Knorz y Dieter Zept han recopilado una lista de actividades de mobbing, a la que han dado el nombre de “Cuestionario de Actos Negativos” (*Negative Acts Questionnaire*). Rolf van Dick y Ulrich Wagner, también alemanes, han simplificado enormemente el cuestionario de Leymann para sus investigaciones sobre el estrés en los maestros de escuela. Es interesante que los resultados obtenidos con su miniescala, de sólo cuatro ítems, son muy informativos sobre el grado de estrés por acoso a que están sometidos los maestros, y guardan una alta correlación con la presencia en ellos de

síntomas psicológicos y psicosomáticos. En España, Piñuel ha elaborado el Cuestionario Cisneros (acrónimo casi perfecto de Cuestionario Individual sobre PSicoterror, Negación, Estigmatización y Rechazo en Organizaciones Sociales). Bien es verdad que todos estos cuestionarios guardan una notable similitud con el de Laymann, del que repiten muchos ítems, aunque agreguen algún otro.

En la adaptación española del cuestionario de Leymann (Rivera y Rodríguez-Abuín, 2003, 2005) se descubrieron 15 estrategias más, algunas más frecuentes que las reportadas en el instrumento original, de ahí su nombre de LIPT-60. La aparición de estas nuevas estrategias puede deberse a cambios en la organización y hábitos de trabajo a lo largo de los 20 últimos años. Por ejemplo, la estrategia 47, “Manipulan sus herramientas” (por ejemplo, borran archivos de su ordenador) no podía ser muy frecuente en los tiempos de Leymann, entre otras cosas porque los ordenadores no estaban nada difundidos como herramientas de trabajo. También pueden jugar un papel las diferencias culturales entre España y los países de la Europa Nórdica. Por ejemplo, algunas de las nuevas estrategias requieren la cooperación entre superiores y subordinados de la víctima, que así se encuentra atrapada en sándwich o tenaza. Este fenómeno “tenaza” es frecuente en España, pero no parece ser demasiado común en las áreas geográficas (Suecia, Alemania) donde se realizaron los primeros estudios. Otra mejora importante del LIPT-60 es la modificación de las posibilidades de respuesta, de tipo dicotómico en el instrumento original, para incluir la valoración por el sujeto de la intensidad con que experimenta cada una de las estrategias de acoso. De esta forma, se obtiene una escala tipo Likert que proporciona información tanto de la frecuencia como de la intensidad de las estrategias de acoso percibidas, en un rango que se extiende desde cero (la conducta no ha tenido lugar, no la ha experimentado) hasta cuatro (conducta experimentada con intensidad máxima).

Cuadro 11.3. *Estrategias de acoso más frecuentes en trabajadores afectados de APT (Rivera y Rodríguez-Abuín, 2005)*

<i>Estrategia de acoso</i>	<i>% (n=79)</i>	<i>Intensidad</i>
Sus superiores no le dejan expresarse	91,1	2,46
Cuestionan y contrarían sus decisiones	84,8	2,04
Le interrumpen cuando habla	83,5	2,06
Critican su trabajo	82,3	2,15
Ocultan sus habilidades y competencias	82,3	2,28
Ignoran su presencia, no le responden	82,2	2,02
Exageran sus fallos y errores	79,7	2,01
Minimizan sus esfuerzos y logros	78,5	2,18
Informan mal sobre su permanencia y dedicación	77,2	2,01
Le gritan o le regañan	77,2	2,02
No le miran o le miran con desprecio	77,2	1,95
Provocan reacciones emocionales	75,9	2,22
Circulan rumores falsos	75,3	2,05
Evaluación parcial, injusta	73,1	1,92
Le cortan iniciativas	72,3	2,25
Le calumnian y murmuran	72,1	1,99
Amenazas verbales	70,9	1,77

Del estudio factorial del LIPT-60 (Rivera y Rodríguez-Abuín, 2005), que ha servido de base para la estandarización del *Cuestionario de Estrategias de Acoso en el Trabajo* (Editorial EOS, 2005) se derivan 6 factores, que constituyen otras tantas subescalas de distintas manifestaciones de acoso. Éstas son:

1. Desprestigio laboral (DL): Estrategias de acoso en las que se produce un descrédito o desprestigio de la actividad del trabajador, bien a través de distorsión en la comunicación, como rumores o calumnias, medidas restrictivas de agravio comparativo con el resto de los trabajadores, minimización de sus logros, etc.
2. Entorpecimiento del progreso (EP): Bloqueo sistemático de la actividad laboral, degradando al trabajador con tareas inapropiadas a sus competencias en la forma o en el contenido.
3. Incomunicación o bloqueo de la comunicación (BC): Limitar o falsear su contacto con los demás, tanto dentro de la organización como hacia y desde el exterior de la organización.
4. Intimidación encubierta (IE): Amenazas y daños encubiertos, que no dejan “huella” o se realizan de manera “limpia”, sin que se puedan delimitar responsables específicos.
5. Intimidación manifiesta (IM): Amenazas o restricciones que se imponen de forma directa, no disimulada, incluso en público, tales como amenazas

verbales, gritos o ponerle en ridículo.

6. Desprestigio personal (DP): Descrédito o desprestigio de la vida personal y privada (no la laboral), mediante la crítica, burla y desprecio de su forma de ser, vivir y pensar.

Además de estos seis subíndices específicos, el LIPT-60 permite la obtención de tres indicadores globales de acoso:

1. El número total de diferentes estrategias de Acoso Psicológico (NEAP): Contaje simple de todas las respuestas distintas de cero.
2. El índice global de acoso psicológico (IGAP): Suma de los valores asignados a cada estrategia de acoso psicológico, dividida entre el número total de estrategias posibles (60 si todas son válidas).
3. La intensidad media de acoso psicológico (IMAP): Suma de los valores asignados a cada estrategia, dividida por el número total de respuestas positivas.

11.3. Patogenia

La aparición del Síndrome de Acoso Psicológico en el Trabajo requiere la acción de factores externos de estrés específicos sobre una persona que responde con una secuencia de síntomas característicos. A diferencia de otras situaciones de estrés, en las que los factores externos de estrés pueden ser accidentales o creados de manera involuntaria, en el APT son producidos de manera voluntaria, deliberada y motivada para dañar a una persona concreta, por lo que es necesaria la acción de un acosador que genere las estrategias de acoso, que son los factores externos de estrés propios de este síndrome. Como quiera que tienen lugar en un contexto organizacional, es además necesario que dicho contexto promueva, permita o, al menos, no interfiera con estas estrategias. Por otra parte, aunque es actualmente aceptado por la mayoría de los investigadores que cualquier trabajador puede ser objeto de acoso psicológico, es más probable que éste se ejerza sobre aquellos cuyas características psicológicas o su posición en la organización favorezcan su elección como diana.

En consecuencia, para que se produzca el Síndrome de APT, se requiera la conjunción de tres grupos de dinámicas, que corresponden, respectivamente, al acosador, al *acosable* y a la organización de la que ambos forman parte. Los rasgos que definen al acosador son la necesidad de control, la envidia y la pobre capacidad para apreciar y estimular la excelencia; los del acosable, el interés prioritario por su propia autenticidad, una cierta incapacidad para percibir y gestionar la envidia y malevolencia ajenas y la necesidad de ser querido y apreciado. Para el acosador, todos los rasgos del acosable son

detestables: la autenticidad la percibe como desprecio por la autoridad, desinterés por el colectivo y tendencia a ir a lo suyo; la inocencia psicológica, como una actitud orgullosa e insolente que no tiene en cuenta las pretensiones y el estatus de los demás; la dependencia afectiva, como una debilidad, que hay que aprovechar como primer punto de ataque. La víctima, inmersa en su propio trabajo y proyección personal, no tiene particular postura hacia el acosador, y se siente desconcertada y sorprendida cuando la actitud de éste le hace pasar de acosable a acosada. En sus intentos por comprender y aclarar la situación comete todos los errores necesarios para empeorar la situación y, de paso, desarrolla una reacción psicológica de estrés con síntomas ansiosos, psicosomáticos y depresivos. El factor catalítico clave en el inicio y desarrollo del acoso es el resto de la organización. Sin la participación de este “tercer factor” el acoso no tendría lugar, porque ni el acosador alcanzaría posiciones decisorias, ni sus estrategias de acoso serían permitidas.

Cuadro 11.4. *Factores del acoso psicológico en el trabajo (Rivera, 2002)*

ACOSADOR (síndrome MIA)

- Mediocridad
 - Envidia
 - Control

ACOSABLE

- Autenticidad
- Inocencia psicológica
- Dependencia afectiva activa

ENTORNO

- Aislamiento del exterior
 - Cohesión interna
 - Improductividad
-

11.3.1. Factores del acosador

Para que el acoso exista, sobre todo en su modalidad institucional, es necesaria una persona que asuma el papel de perseguidor principal, investida de la suficiente autoridad o carisma como para movilizar las dinámicas grupales persecutorias. Su personalidad presenta una peculiar combinación de rasgos narcisistas y paranoides, que le permiten autoconvencerse de la razón y justicia de su actividad destructiva. Hirigoyen lo describe

como una forma asexual de perversión, Field como una modalidad de sociopatía agresiva, Scott Peck como “personalidad maligna” y Rivera (1997) como “trastorno por mediocridad inoperante activa”. Los principales rasgos definitorios específicos de la personalidad del acosador son: la mediocridad, la envidia y la necesidad de control.

- a) Mediocridad. La mediocridad como patología del carácter se define por primera vez en Rivera (1997): “La mediocridad es la ausencia de interés, aprecio o aspiración hacia lo excelente”. Existen tres grados de mediocridad creciente, la mediocridad simple, la pseudocreativa y el trastorno por mediocridad inoperante activa o Síndrome MIA. Mientras que las dos formas menores presentan simplemente incapacidad para valorar la excelencia, el tipo III o MIA procura además destruirla por todos los medios a su alcance, desarrollando los sistemas de persecución y entorpecimiento que constituyen las estrategias de acoso.
- b) Envidia. En su manifestación más sencilla consiste en “el sufrimiento por el bien de otro”. En su versión más maligna, al sufrimiento por el bien ajeno se añade el goce por su mal, que el envidioso procura propiciar por todos los medios a su alcance.
- c) Control. Erich Fromm describió dos dinámicas de personalidad: la llamó “Biofilia”, literalmente, amor por lo vivo, y la “Tanatofilia”, amor por lo inanimado. Cuando predomina la biofilia la empatía y el afecto vienen antes que el orden en la escala de valores. A las personas tanatófilas les ocurre exactamente lo contrario: les gusta lo mecánico, lo rígido, lo predecible y lo controlable. En el acosador tipo hay gran exceso de tanatofilia y, aunque pueden parecer amables y educados, tienden a aplicar en sus relaciones la *deshumanización*, un proceso por el cual se niega a otro la condición humana. La deshumanización simplifica la vida y la hace mucho más controlable. En su grado más leve se expresa en *ninguneo*, que no niega totalmente la condición humana del otro, sino solamente su capacidad de servir como interlocutor. Su extremo más grave es la cosificación o *desvitalización* total, con la que las personas quedan reducidas a simple número, elemento material de un proyecto, “recurso humano” sin voluntad ni sentimientos.

11.3.2. Factores de la víctima

El individuo señalado para el acoso combina un mérito evidente para su tarea con una notable incapacidad para ganarse el afecto (“hacer la pelota”) de sus superiores y evitar la envidia de éstos y de sus compañeros. El *acosable* combina varios rasgos que le

identifican como sujeto en alto riesgo: la autenticidad, la ingenuidad o inocencia psicológica y la dependencia afectiva activa.

- a) Autenticidad. Consiste en el compromiso con sus propias dinámicas de desarrollo interno, sin grandes consideraciones por conveniencias materiales y sociales. Naturalmente, esta actitud despierta desconfianza y oposición, que la víctima no puede prever ni evitar a causa de su segundo rasgo, la inocencia psicológica. A diferencia de las personas preocupadas por el control y la predictividad, el individuo auténtico persigue, ante todo, la autorealización y el autoconocimiento, aun a costa de la propia comodidad y seguridad.
- b) Inocencia psicológica. Inocente es el que no es capaz de dañar, y, por extensión en pasiva, el que no es capaz de detectar en los demás la capacidad de dañar. Ser un inocente es creer que todo el mundo es bueno, lo cual, dado que existe el mal, es un evidente error. *La inocencia psicológica es la relativa incapacidad para percibir en profundidad las intenciones ajenas, especialmente las melévolas.* Dado que los acosables suelen ser personas inteligentes y capaces, su inocencia no es del tipo que se da en niños y retrasados mentales, sino que está relacionada con procesos defensivos inconscientes (ver Rivera, 2002, págs. 101-110).
- c) Dependencia afectiva activa. Todo acosable tiene un matiz depresivo y dependiente, que le hace susceptible a las técnicas del acosador tipo. A diferencia de otros tipos de dependencia, que se caracterizan por sumisión y pasividad, la dependencia del acosable es *activa*, llevándole a intentar ganarse el aprecio de los demás mediante su capacidad y competencia. Precisamente por eso, la profunda insatisfacción consigo mismo que el acosado experimenta ante la evidencia de no ser querido le lleva a toda clase de esfuerzos y renunciaciones, sin poder reconocer que está siendo atacado por aquellos cuyo afecto busca.

11.3.3. Factores del entorno

Cuando el acoso se desarrolla en un contexto social, como es el caso del acoso laboral, resulta imprescindible la colaboración y permisividad del resto del personal de la organización. La persecución psicológica se desarrolla en medio del silencio e inhibición de los observadores, que se abstienen de intervenir, sea por complicidad con el plan de eliminación del acosado, sea para evitar convertirse ellos mismos en objeto de represalia. En las organizaciones patológicas, algunos individuos generan una “reacción de cuerpo extraño” porque son diferentes, en aspecto, conducta, valores, actitudes, etc., con

respecto al grupo general y/o porque su mera presencia implica un cuestionamiento implícito sobre los símbolos y valores que dan homogeneidad al grupo. Schuster clasifica a las personas que cumplen estos criterios en tres grupos:

1. *Los envidiables*, personas brillantes y atractivas, cuya mera presencia amenaza los sentimientos de superioridad de los líderes del grupo.
2. *Los vulnerables*, individuos con alguna peculiaridad o defecto, o, simplemente, depresivos necesitados de afecto y aprobación, que dan la impresión de ser inofensivos e indefensos y
3. *Los amenazantes*, activos, eficaces y trabajadores, que ponen en evidencia lo establecido y pretenden imponer reformas o implantar una nueva cultura.

Los tres elementos organizativos que definen una organización patológica proclive a las “reacciones de cuerpo extraño” que favorecen las actuaciones de acoso son: su aislamiento, su cohesión interna y la improductividad o ausencia de presión hacia el rendimiento y la creatividad.

- a) Aislamiento social. Es una situación en la que tanto la entrada como la salida de información en una estructura social es mínima o, en todo caso, no libre, estando sometida a procesos de filtro y selección. Esta tendencia puede haberse ido manifestando de manera progresiva, estableciéndose usos y pautas culturales internos que bloquean la libre comunicación y la difusión de información. Su origen puede estar en razones elitistas, como para protegerse de la contaminación con elementos inferiores externos, o en razones meramente defensivas, para protegerse de toda disonancia que arriesgue o cuestione la cultura interna de la institución. Algunas estrategias que permiten a las organizaciones generar activamente su propio aislamiento son las siguientes:
- Existencia de procedimientos que privilegian la admisión de miembros que cuentan previamente con vínculos internos (o sea, enchufados).
 - Reglamentos específicos que limitan el acceso de observadores, árbitros o evaluadores externos a la institución.
 - Cultura institucional que rechaza injerencias extrañas y pretende mantener los acuerdos, decisiones y desavenencias “en la casa”.
 - Inhibición de la democracia interna, sea por inexistencia de órganos apropiados, sea por el fraudulento manejo de los mismos, lo cual es aceptado por la cultura interna de la institución.

La consecuencia y objetivo de todas estas medidas es el mantenimiento de una organización autárquica, integrada por personas cuya fidelidad está garantizada, entre otras cosas, a causa de su reducida capacidad para

integrarse en otro grupo alternativo.

- b) Cohesión. Es consecuencia y acompañante necesario del aspecto anterior. El aislamiento facilita y fuerza la unión entre los miembros de la organización, al limitar las opciones de vinculación exterior. Además de intensas, las vinculaciones que garantizan y definen la cohesión de un grupo se caracterizan por ser irresponsables, es decir, se establecen y mantienen por exigencias o razones de orden superior a la voluntad del individuo, por lo que éste no tiene responsabilidad real sobre su naturaleza y efectos. Además son inalienables, es decir, irrenunciables e incuestionables. Las relaciones que se establecen por inclinación o gusto personal, por interés mutuo o por colaboración en la persecución de un mismo fin, son de base personal. En cambio, las relaciones entre los miembros de un grupo cohesivo son de base institucional, porque derivan su fuerza de un principio institucional, que supera la responsabilidad, preferencia o conveniencia personal. Los miembros del grupo cohesivo se reconocen unos a otros a través de su identificación con este principio, estado que se llama “*ser de los nuestros*”.
- c) Improductividad. El acoso psicológico es más probable en organizaciones cuya cultura interna considera el poder y el control como valores prioritarios sobre la productividad y la eficacia. Por eso, dentro del ámbito laboral, parece darse con más frecuencia en universidades, escuelas, hospitales, ONG, fuerzas armadas y en la función pública, aunque ninguna entidad, pública o privada, está a salvo del problema. Sin embargo, las empresas que han de autofinanciarse para sobrevivir no pueden permitirse el desperdicio de energía, tiempo, emociones e inteligencia que se requiere para mantener situaciones de acoso. Si la empresa es lo bastante grande o está suficientemente financiada externamente, puede resistir largo tiempo, durante el cual se objetivan importantes pérdidas económicas, entrada y salida rápida de profesionales que están poco tiempo en la empresa, altos índices de absentismo, prolongadas bajas por enfermedad y elevada conflictividad legal de tipo laboral.

11.4. Las fases del acoso

Desde que Heinz Leymann describió el síndrome de acoso laboral o mobbing han quedado bien claras las cuatro fases progresivas de que consta su desarrollo completo (López García-Silva, 1999). Esta evolución destructiva puede detenerse en cualquiera de sus pasos, sea por intervención externa, sea por autocorrección del equipo directivo, sea por la acción enérgica y decisiva del propio afectado. Esta última posibilidad es la menos frecuente, porque el acosado va sufriendo una transformación progresiva a lo largo del

proceso, perdiendo poco a poco su fortaleza psíquica, su capacidad de decisión y de esfuerzo, su influencia sobre su entorno e incluso su salud mental y física. Si no consigue revertir la situación en la primera fase, o, lo más tarde, al principio de la segunda, ya es difícil que pueda por sí solo salir con bien del asunto. Éstas son las 4 fases:

1. Perversión del Conflicto. El conflicto es inevitable en las organizaciones y por eso todas tienen mecanismos para regular su expresión y para buscarles solución. Una buena gestión del conflicto puede ser creativa y beneficiosa, lo mismo que una crisis personal, bien llevada, puede favorecer el desarrollo y fortalecimiento del carácter. El origen del acoso está en la perversión del conflicto: Lo que hubiera podido arreglarse con una simple explicación o con una oportuna intervención bien intencionada, se convierte en un problema irresoluble y creciente, precisamente porque alguien bloquea los mecanismos de resolución de conflictos y logra que funcionen al revés. El tema se saca de contexto, se exagera, se difunde de manera inadecuada, innecesaria y tendenciosa, y acaba por utilizarse como excusa para motivar, justificar y potenciar el acoso psicológico del trabajador. En ocasiones ni siquiera es necesario que exista un conflicto real; puede crearse a partir de la tergiversación de un incidente o malentendido, en el que el papel de la víctima es secundario o nulo.
2. Estigmatización (del latín stigma, marcar con hierro candente en señal de infamia). Los comentarios sobre el conflicto inicial y la actuación del acosado se van difundiendo a lo largo de la organización. Pronto empiezan a surgir rumores sobre su carácter, su competencia profesional y sus actuaciones laborales. Las estrategias de desprestigio son las primeras en ponerse en marcha en esta fase y el acosado empieza a ser objeto de crítica en ambientes cada vez más amplios. Las actitudes de desatención, rechazo y desprecio hacia él se hacen cada vez más patentes. Después de cierto tiempo de ser objeto de desprecios, feos y desatenciones, diana de comentarios y rumores, la víctima empieza ya a resultar molesta para todo el mundo. Sus amigos, que se han ido alejando para no verse implicados, están avergonzados de su comportamiento. Los que están participando en el acoso sin estar del todo convencidos, se sienten culpables e incómodos. Los no quieren meterse en nada se sienten inquietos por el revuelo que se está armando. El acosado mismo está tenso y depresivo, tiene crisis de nervios en público, se vuelve irascible y, en general, da muestras de que la situación le está afectando psicológicamente. Éste es el momento preciso que marca el comienzo de la tercera fase.
3. Intervención. Los directivos y superiores inmediatos, el jefe de recursos humanos, las personas responsables de la organización, van consensuando entre sí que hay que hacer algo. La situación está afectando a mucha gente, el asunto está trascendiendo, la víctima se está quejando demasiado, tal vez

está buscando coaliciones, intentando abrir algún frente nuevo para protegerse... Ha llegado el momento oportuno para actuar institucionalmente. La estigmatización ha convencido a todos de que el acosado es un problema, un inadaptado conflictivo y difícil. En ocasiones, se recurre a la mediación del médico de empresa, de un directivo bondadoso, de un representante del comité de empresa o de otra persona básicamente bienintencionada. Sin embargo, por muy sensatas y razonables que puedan ser sus recomendaciones, lo más probable es que sean utilizadas como argumento adicional en contra del acosado. Así, si se sugiere un cambio de puesto, se le enviará a otro todavía peor; si se diagnostica un estado ansioso o depresivo, se le tildará de enfermo mental; si el acosado se muestra desconfiado o reticente, se dirá que es un paranoico o que no pone de su parte para resolver el problema. Según progresa el acoso, la víctima va encajando cada vez más claramente en la posición de culpable. Incluso los que reconocen que está recibiendo un trato injusto, lo atribuyen a su mal carácter y modos, o a que “algo habrá hecho”. La estigmatización preparatoria ha ido culminando en un consenso y ya sólo queda acumular pruebas para justificar una declaración oficial de indeseabilidad. Hacia el final de esta fase ya empiezan a tomarse acuerdos y decisiones que afectan al acosado sin su conocimiento ni participación. Su versión de los hechos no es escuchada, sus superiores no le reciben, o lo hacen con dificultad y demora. Sus escritos de aclaración, protesta o queja no son atendidos, o se entresaca de ellos fuera de contexto todo lo que pueda ser utilizado en su contra.

4. Eliminación. El acosado va siendo marginado internamente, asignado a tareas y puestos carentes de contenido, privado de toda responsabilidad e influencia e ignorado para cualquier reunión sobre la organización o políticas internas. Pronto puede venir el despido, más o menos pactado, generalmente injusto, en la confianza de que la afectación psicológica de la víctima le impedirá defenderse de la manera apropiada. En ocasiones, el acosado permanece en la organización, vegetando lo mejor que puede hasta que le llegue el retiro por edad. Otra posibilidad frecuente es que el empleado se vaya autoeli-minando mediante bajas por enfermedad cada vez más prolongadas, que pueden concluir en una declaración de incapacidad permanente o en la jubilación anticipada. Como la situación favorece los actos de huida y las alteraciones depresivas y psicosomáticas, la fase de eliminación puede acabar con la renuncia brusca al puesto laboral, con la incapacidad psicológica o médica e incluso con muerte por afección física grave.

11.5. Clínica

Sea cual sea su personalidad, historia laboral y nivel de adaptación previo, la persona que sufre acoso psicológico en su trabajo experimenta, de manera progresiva, importantes alteraciones en su salud mental, en su capacidad laboral y en sus relaciones interpersonales. Los síntomas que configuran el cuadro clínico del Síndrome de APT se van instaurando a través de una serie de estadios, de duración muy variable. En general, cada uno de los distintos estadios clínicos se corresponde más o menos con las sucesivas fases de acoso, como una respuesta reactiva frente a ellas ([cuadro 11.5](#)). En algunos casos la evolución puede ser muy rápida, apareciendo casi desde el primer momento los síntomas propios del estadio final. En otros, el sujeto permanece en el primer estadio clínico durante todas las fases del acoso. En la forma evolutiva completa se pueden distinguir los siguientes estadios:

1. Estadio de autoafirmación, que corresponde a la fase inicial de conflicto. La víctima todavía no sabe que lo es, está convencida de que tiene razón, y presenta resistencia y confrontación a las acusaciones, multiplicando sus esfuerzos por demostrar su competencia, capacidad y valía y buscando toda clase de medios para aclarar y deshacer lo que interpreta como un malentendido. Esta actitud empeora las cosas y, si no desencadena el mobbing, ciertamente lo facilita. La clínica no es todavía relevante, aunque puede haber cierta inquietud, ansiedad, agresividad moderada y posibles alteraciones del sueño. La reacción de estrés, en el sentido clásico de respuesta de lucha-huida de Cannon, es evidente en este primer estadio, siendo la consiguiente activación simpático-suprarrenal responsable de muchas de las alteraciones observadas, tales como los trastornos en la conciliación del sueño, los sentimientos de inquietud, tensión y ansiedad y las manifestaciones psicósomáticas (taquicardia, ahogos, molestias digestivas...).
2. Estadio de desconcierto. Hacia el final de la fase de conflicto y principio de la de estigmatización, el acosado entra en estadio clínico de *desconcierto*. No puede comprender lo que está pasando y empieza a dudar de sus propias percepciones e interpretaciones del conflicto. Su humor varía de apocamiento, timidez e inseguridad a agresividad, inquietud y agitación. Dependiendo de su accesibilidad a los rumores que ya están circulando sobre él y de su sensibilidad al progresivo distanciamiento de sus compañeros, puede experimentar sentimientos de desconfianza e ideación autorreferencial, susceptibles de acabar desembocando en auténticas manifestaciones de paranoia reactiva. El efecto *paranógeno* del mobbing se empieza a notar ya en el segundo estadio clínico, pudiendo progresar hasta niveles claramente patológicos cuando la estabilización crónica se establece a

- costa de un desarrollo hostil-paranoide.
3. Estadio de depresión. La pérdida de confianza en sí mismo, la erosión de la autoestima y la falta de apoyo social conducen paulatinamente al tercer estadio clínico o *depresivo*. La autoafirmación, la motivación por el trabajo, la capacidad para las relaciones interpersonales y el sentido de adecuación personal para su actividad profesional o laboral van desapareciendo. La clínica de este estadio guarda similitudes con la del síndrome de desgaste profesional, con el que a veces se presta a confusión.
 4. Estadio traumático. En este cuarto estadio se añaden los síntomas clínicos característicos del estrés traumático. Cada incidente de acoso constituye un micro-trauma que, en su confluencia conjunta, acaba por sobrepasar la capacidad de procesamiento cerebral, generándose los síntomas característicos de este estadio. Considerados aisladamente, estos incidentes no tienen entidad suficiente por sí mismos para generar un síndrome traumático, pero su frecuencia y persistencia en el tiempo acaban por desencadenar la constelación sintomática característica, con dificultades de la atención, la concentración y la memoria, rumiaciones obsesivas de daño, recuerdos intrusivos y pesadillas recurrentes sobre las experiencias de acoso, conductas de evitación del entorno laboral y *presión focalizada del pensamiento*, un síntoma bastante patognomónico, objetivada por la necesidad imperiosa e imparable de relatar sus experiencias traumáticas, independientemente de lo apropiado que ello sea al contexto. Esta tendencia monotemática, sin escuchar a los demás ni dejarse interrumpir, puede ser causa de conflicto con sus allegados y genera cansancio y desinterés en quien intenta ayudarle ([cuadro 11.6](#)).
 5. Estadio “de estabilización crónica”. Después de un cierto tiempo, durante el cual el deterioro personal y laboral es cada vez más evidente y son frecuentes los conflictos familiares, el cuadro clínico tiende a estabilizarse, con una mezcla de síntomas depresivos, ansiosos, obsesivos y psicosomáticos. La importancia de síntomas de tipo hostil e hipersensitivo es un hallazgo reciente y plantea problemas de diagnóstico diferencial con síndromes paranoides. Después de estudiar un buen número de casos en los que tiene lugar este desarrollo, Rodríguez-Abuín (2005) y Rivera y Rodríguez-Abuín (2006) han establecido una serie de criterios que facilitan el diagnóstico diferencial entre el paranoidismo estructural, de origen previo e independiente a las dificultades laborales y el paranoidismo reactivo, secundario a esas mismas dificultades. Otros tipos de evolución crónica, tanto o más frecuentes, son el depresivo, el psicosomático y el mixto. En cualquier caso, la patología sigue un curso incapacitante, sin grandes cambios a mejor ni a peor, independiente de las mejoras que puedan tener lugar en el entorno laboral.

Cuadro 11.5. Correspondencia entre fases organizativas y estadios clínicos en el desarrollo del Síndrome de Acoso Psicológico

FASES CLÍNICAS	CLÍNICA DEL VICTIMIZADO	FASES ORGANIZATIVAS
AUTOAFIRMACIÓN	Inquietud, ansiedad Agresividad moderada Caben alts. del sueño	ESTIGMATIZACIÓN
DESCONCIERTO	Duda sobre su versión Duda sobre situación Menor autoconfianza Peor síntomas fase 1	
DEPRESIVO	Pierde eficacia, autoestima Motivación; se culpabiliza Nuevas estrategias conducta Aislamiento y evitación	
TRAUMÁTICO	Estrés-ansiedad Intrusiones obsesivas Conflictos familiares	INTERVENCIÓN
ESTABILIZACIÓN CRÓNICA	Aumento grande de bajas Mejor hasta cerca del alta Pensamiento focalizado Temor a lugar y recuerdos "Está ido" (memoria, concentración...)	

Fuente: Rivera, J. L. G. de y López García-Silva, J. A., 2003.

Cuadro 11.6. Síntomas del estadio traumático del Síndrome de Acoso

- Presión focalizada del pensamiento
- Dificultad de concentración
- Breves episodios disociativos
- Intrusiones obsesivas
- Sueños recurrentes
- Dificultad en levantarse por la mañana

- Temor al lugar de trabajo
- Ansiedad-depresión
- Síntomas psicósomáticos

Cuadro 11.7. *Tipos de evolución crónica del síndrome de acoso*

NEGACIÓN: El afectado pretende que no pasa nada y que la vida es así.

DEPRESIVO: Como un trastorno por Depresión Mayor.

HOSTIL-PARANOIDE: Con predominio de rasgos de hipersensibilidad y vengatividad.

PSICOSOMÁTICO: Con predominio de trastornos funcionales, que suelen ser, sobre todo, de tipo muscular, articular, digestivo o cardiovascular.

MIXTO: Síntomas de todo tipo presentes, sin predominio claro de ninguno de ellos. Frecuentemente diagnosticado como “Trastorno ansioso-depresivo”.

Una vez estabilizado, el síndrome de acoso es un trastorno grave, altamente incapacitante, que tiende a seguir un desarrollo crónico y resistente al tratamiento. En un estudio de 194 afectados, Rivera y Rodríguez-Abuín (2006) encuentran un perfil general de psico-patología bastante severo, con mucha mayor puntuación en todas las escalas psicopatológicas, comparativamente con la población general e, incluso, valores más altos que la media hallada en pacientes psiquiátricos ambulatorios en las dimensiones de hostilidad, ideación paranoide, síntomas obsesivo-compulsivos y depresión.

Cuadro 11.8. *Psicopatología en sujetos afectados de APT, en comparación con la población general (Rivera y Rodríguez-Abuín, 2006)*

	<i>APT</i> <i>(n = 194)</i>	<i>Población</i> <i>general</i>
Somatización	1,6	0,55
Obsesión-Compulsión	1,9	0,6
Hipersensibilidad	1,5	0,46
Depresión	2,1	0,72
Ansiedad	1,7	0,5
Hostilidad	1,4	0,46
Fobias	0,9	0,25
Paranoidismo	1,7	0,47
Psicoticismo	1	0,22

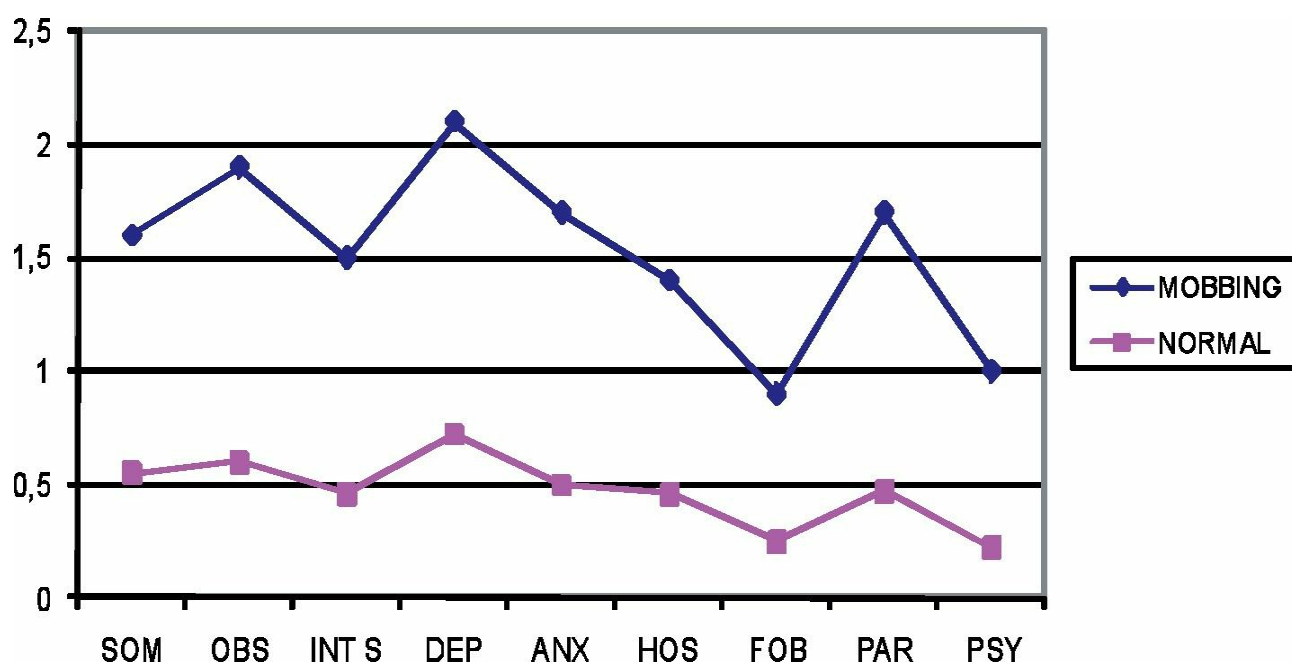


Figura 11.1. Perfil psicopatológico de víctimas de mobbing, en comparación con la población general.

11.6. Conclusión

El acoso psicológico en el trabajo o mobbing produce un cuadro clínico psiquiátrico y psicosomático que puede llegar a ser muy grave e incapacitante, de instauración progresiva y tendencia hacia la evolución crónica. Su respuesta al tratamiento es pobre con las técnicas habituales, aunque ofrece cierta esperanza la aplicación de métodos derivados del tratamiento de las crisis traumáticas.

Los trastornos adaptativos

El concepto de adaptación fue introducido en biología por Darwin, como elemento esencial de su teoría de la evolución. *The survival of the fittest* es un bien conocido eslogan darwiniano, que significa que las especies que mejor se adaptan a su medio ambiente tienen mayor probabilidad de sobrevivir. En psicología social el concepto ha venido a referirse al éxito y predominancia de quien mejor se adapta o “encaja” en su entorno (*to fit*, en inglés, significa, literalmente, encajar). Una confusión frecuente es afirmar que las ventajas evolutivas están a favor “del más fuerte”, lo cual no siempre es cierto, como la historia de los dinosaurios demuestra. El que mejor encaja (“fit”) en su ambiente es aquel que es más capaz de aprovechar los recursos, protegerse de depredadores e inclemencias, modificar el entorno a su conveniencia y, cuando las cosas se ponen particularmente negativas, buscar otros entornos más favorables. Otro error es confundir adaptación con conformidad o pasividad. La adaptación es un proceso activo, que incluye no sólo los esfuerzos por cambiarse a sí mismo, sino también al entorno físico y humano. Los procesos de adaptación promueven el desarrollo personal y se mantienen durante toda la vida del individuo. Los procesos de adaptación pueden clasificarse en tres grandes grupos:

- Autoplásticos, mediante los que las dinámicas psíquicas internas se modifican hasta constituir un entramado cognitivo, conductual, emocional y psicofisiológico capaz de tolerar y responder a las exigencias del exterior. La persona se cambia a sí misma.
- Aloplásticos, mediante los cuales el individuo modifica las estructuras y dinámicas externas para constituir un entorno más propicio. La persona cambia su ambiente.
- Heteroplásticos, mediante los cuales el individuo se traslada de su entorno habitual a otro, en busca de condiciones psicosociales más adecuadas a sus dinámicas personales. Ésta es la forma adaptativa expresada en la migración humana, la persona cambia de ambiente, de lugar o de cultura.

Es decir, cada vez que una nueva circunstancia impone una sobrecarga al individuo, éste intenta adaptarse a ella y gracias a este esfuerzo tienen lugar tres grandes fenómenos humanos: el desarrollo y maduración de la personalidad, la evolución de la cultura y las migraciones. Ninguno de los tres prototipos adaptativos es mejor o peor en sí mismo y, con frecuencia, se requiere una combinación o cooperación entre ellos. En ocasiones, lo que parece una mala adaptación en el momento puede demostrar ser óptima a largo plazo, y viceversa. La capacidad de decidir, aplicar y combinar las estrategias adaptativas óptimas ante las diversas circunstancias indica madurez en el desarrollo personal y la relativa incapacidad o fracaso de estos procesos sugiere un probable trastorno de personalidad u otra patología psiquiátrica. Por otra parte, los procesos de adaptación requieren esfuerzo y pueden constituir, por sí mismos, factores de conflicto y sobrecarga, dando lugar a trastornos adaptativos. Como es lógico, la comorbilidad entre trastorno de personalidad y trastorno adaptativo es elevada, teniendo más riesgo los pacientes con trastorno de personalidad de desarrollar un trastorno adaptativo ante eventos importantes que las personas normales.

12.1. Concepto y definición

Las alteraciones patológicas generadas como consecuencia del esfuerzo de adaptación reciben el nombre de Trastornos Adaptativos. Los trastornos adaptativos ocupan un lugar especial entre los síndromes de estrés, de los que forman parte por ser generados en respuesta a un factor externo de estrés. Deben diferenciarse tanto de las recaídas en un proceso patológico previo, frecuentes en situaciones estresantes, como de los cuadros específicos generados por traumas, acúmulos de acontecimientos vitales estresantes y sobrecarga psicosocial. Sus características principales son:

- a) La circunstancia que los provoca no puede ser considerada como un acontecimiento traumático ni tampoco como un acontecimiento vital ordinario, sino que se trata de un *evento*, en el sentido de Mestrovic (1985), es decir, de un cambio, interrupción o modificación en el curso normal de la biografía personal. El acontecimiento estresante tiende a ser del tipo que afecta al sentimiento individual de identidad y pertenencia, como por ejemplo, una ruptura de la trama habitual de apoyo social, o un cambio significativo de los valores y claves de interpretación de la realidad, como ocurre en el llamado "shock cultural" de los emigrantes. Los rápidos cambios sociales que tienen lugar en la actualidad pueden también ser causa de trastornos adaptativos, como se ve en el caso de revoluciones, crisis económicas, inseguridad ciudadana e invasiones militares. El diagnóstico de una enfermedad médica grave o la hospitalización pueden ser eventos suficientes para producir este trastorno en algunos individuos, así como

problemas serios laborales, económicos y de pareja. Entre las clasificaciones nosológicas oficiales, la CIE-10 incluye el duelo, o reacción emocional ante la pérdida de un ser querido, entre los trastornos adaptativos, mientras que la DSM-IV lo excluye expresamente y lo considera en una categoría aparte.

- b) El cuadro clínico es relativamente inespecífico y no reúne las características suficientes como para ser identificando entre los demás síndromes de estrés, aunque sí pueden estar presentes algunos síntomas del estrés traumático, como la desorganización emocional y la hiperactividad simpática. En general, recuerdan a otros trastornos psiquiátricos, como los trastornos por ansiedad o los trastornos depresivos, de los que se diferencian por su naturaleza claramente reactiva (ver [capítulo 6](#) sobre el concepto de *reacción psicopatológica*).
- c) Más marcadamente que en los demás trastornos de estrés, las características personales del sujeto juegan un papel importante, tanto en la vulnerabilidad al trastorno de adaptación como en su patoplastia. Algunos rasgos de personalidad relativamente normales en su contexto social, como la rigidez obsesiva y la dependencia pasiva, aumentan la predisposición a padecer el trastorno, mientras que otros, como la curiosidad y la flexibilidad intelectual, tienen un papel protector. Algunos autores sugieren que los trastornos adaptativos requieren una cierta predisposición individual, es decir, que las capacidades de adaptación del individuo que los desarrolla no son precisamente óptimas, lo cual explica la alta comorbilidad entre los trastornos de personalidad y los trastornos adaptativos. En cualquier caso, la sensación de control sobre el evento disminuye el riesgo de reacciones adaptativas, aunque éstas pueden ser más agudas si esta sensación de control se rompe bruscamente (Gottlieb, 1997). Así, por ejemplo, emigrantes electivos que persiguen su progreso profesional, social o cultural y llegan al país de destino con contrato de trabajo son menos susceptibles a trastornos adaptativos que los inmigrantes forzados que llegan sin este apoyo. Pero, ante circunstancias adversas de desilusión o fracaso en el proceso de integración en la nueva cultura, el cuadro tiende a ser más frecuente en el primer grupo que en el segundo.

Las clasificaciones internacionales dan dos definiciones similares, de las cuales la más descriptiva y mejor elaborada es, sin duda, la de la Organización Mundial de la Salud:

- DSM-IV: Los trastornos adaptativos son reacciones emocionales o conductuales que se presentan en los tres meses siguientes a un estresante psicosocial identificable y desapaecen en menos de 6 meses tras la terminación del evento causal. En ocasiones, no está clara la terminación del evento causal o de sus consecuencias. Por eso, se acepta que los síntomas

pueden durar más de seis meses, en cuyo caso el trastorno adaptativo se considera crónico.

- CIE-10: Los trastornos adaptativos son estados de malestar subjetivo acompañados de alteraciones emocionales que interfieren con la actividad social y que aparecen en el periodo de adaptación a un cambio biográfico significativo o a un acontecimiento vital estresante de cierta importancia.

La segunda definición trasmite mejor el concepto, porque indica las características especiales del evento susceptible de originar el trastorno y, además, relaciona de manera explícita su génesis con alteraciones del proceso de adaptación.

12.2. Epidemiología

Comoquiera que las dificultades, sufrimientos e inhibiciones ante cambios que requieren un esfuerzo adaptativo son universales, la frecuencia de este trastorno depende, obviamente, de la amplitud de criterio con que se aplique su diagnóstico. Por estas razones, hay mucha variabilidad entre los diferentes estudios, tanto de población general como de población atendida. Lo que sí es evidente es que su frecuencia es mayor en niños y adolescentes, con un ligero predominio de mujeres en todas las muestras. Así, Bird *et al.* (1988) encontraron en la población general de Puerto Rico una prevalencia del 7,6% en adolescentes, de la que el 60% (4,2% de la muestra total) corresponden a trastorno severo con notable incapacidad funcional. Los datos en población psiquiátrica varían entre el 10% y el 40%, aunque, en general, son poco consistentes y fiables (Mezzich *et al.*, 1989). Lo que sí es notable es el grave riesgo de conductas peligrosas, violentas y suicidas en adolescentes con este trastorno, habiéndose calculado que el 19% de los suicidas adolescentes presentaban este diagnóstico (Runeson, 1989).

En cuanto a la respuesta ante eventos específicos, no existen estadísticas fiables sobre la frecuencia del trastorno en conflictos laborales, pérdida de estatus, discordias familiares y duelo por fallecimiento o rotura vincular, aunque se estiman relativamente elevadas, al menos en sus formas breve y subclínica. Mucho mejor documentada es su ocurrencia tras el diagnóstico y la hospitalización por enfermedades graves. Así, se ha demostrado su presencia en el 73% de los pacientes con síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) (Pozzi *et al.*, 1999), en el 60% de los enfermos ingresados por quemaduras graves (Pérez-Jiménez, 1992) y en el 30% de jóvenes recién diagnosticados de diabetes (Kovacs y Pollock, 1995). Su frecuencia entre inmigrantes es también alta, aunque generalmente se presenta con tal abigarramiento de síntomas que es difícil su diagnóstico diferencial con otros trastornos. Achotegui (2002) describe un cuadro psiquiátrico en inmigrantes, el “síndrome de Ulises”, en el que se complican los aspectos del trastorno adaptativo con síntomas de estrés postraumático y de somatización.

12.3. Clínica

La sintomatología es bastante variada e inespecífica, sin que ninguno de los síntomas presentes lo esté con la intensidad y duración suficiente como para justificar otro diagnóstico. Lo más característico del cuadro son las alteraciones emocionales y la impresión subjetiva de sufrimiento, desesperación o malestar. Los sentimientos depresivos son los más frecuentes, seguidos de cerca por los de ansiedad o por una combinación de ambos. La irritabilidad y las expresiones de ira son menos comunes, aunque, cuando se dan, pueden ser dramáticas. Otras manifestaciones importantes son las rumiaciones o preocupaciones no resolutivas, rumiaciones suicidas o de actos de violencia, sentimientos de ineficacia, incapacidad, desamparo y de no poder soportar la situación, incapacidad para planificar el futuro, inhibición social, dificultad en llevar a cabo el trabajo o la rutina diaria, con deterioro del rendimiento laboral o académico. La intensidad de este deterioro puede oscilar de mínima a total. Las alteraciones del sueño, sobre todo dificultad en conciliar y mantener el sueño nocturno, están presentes en más de la mitad de los casos.

Sobre todo en adolescentes, pueden añadirse al cuadro tendencias antisociales y actuaciones psicopáticas. Se estima que el 75% de los adolescentes presentan alteraciones de la conducta, incluyendo abuso de drogas, mientras que esto sólo ocurre en menos del 25% de los adultos. Además, el riesgo de actuaciones suicidas en los adolescentes es mucho más frecuente que en los adultos. En los niños son frecuentes las tendencias regresivas, como enuresis nocturna, mimosería, quejas somáticas, etc.

Particular atención está siendo dedicada al estudio de los factores prodrómicos de vulnerabilidad a los trastornos de adaptación. A diferencia de lo que ocurre con los traumas causales del trastorno de estrés postraumático, los eventos causales del trastorno adaptativo, aunque importantes, son de una naturaleza tal que la adaptación a ellos debería ser la norma en personas sanas. La sensación de control sobre los eventos, la confianza en las propias capacidades y la toma de responsabilidad sobre la propia vida han demostrado ser factores protectores, por lo que es lógico deducir que su ausencia aumenta el riesgo de padecer un trastorno adaptativo. Sin embargo, no puede decirse que la relativa ausencia de estos rasgos sea en sí misma patológica, aunque sí indicativa de una inmadurez subclínica de la personalidad. Por otra parte, no se trata de rasgos discretos cuya presencia o ausencia pueda determinarse de manera dicotómica, sino más bien de características continuas cuyo gradiente se distribuye desde la más completa carencia hasta la más abrumadora presencia. La mayoría de las personas normales se encuentran en alguno de los puntos intermedios, mientras que ambos extremos corresponden a probables estados patológicos. Además, influyen en la vulnerabilidad otros factores, como el apoyo social y el estado psicofisiológico del organismo en el momento de ser consciente del evento.

Características personales que aumentan el riesgo de trastorno adaptativo:

1. Las defensas psicológicas de *externalización*, mediante las cuales el sujeto tiende a atribuir de manera sistemática todos sus estados disfóricos a agentes externos (echa la culpa a los demás de lo que le pasa).
2. La reactividad emocional elevada, o tendencia a dejarse arrastrar por las propias emociones, con poca tendencia a recurrir a sus propios procesos cognitivos y buscar estrategias de resolución de problemas.
3. La dependencia pasiva. Desconocimiento del propio poder sobre las circunstancias y tendencia a esperar y exigir soluciones de los demás.
4. La ausencia de dependencia sana. Dificultad en aceptar y buscar orientación, ayuda y apoyo de otras personas.
5. Insuficiente responsabilidad por la propia vida, que considera más un efecto de causas externas ajenas a su control que una creación personal.

12.4. Clasificación

Entre los trastornos adaptativos se distinguen varias formas clínicas, según el predominio relativo de las diferentes constelaciones sintomáticas. Existen mínimas discrepancias entre las dos nosologías oficiales, de las cuales la más importante es la exclusión expresa del duelo por pérdida de un ser querido como trastorno adaptativo por la DSM-IV, mientras que la CIE-10 lo acepta plenamente. Otra diferencia está en el criterio temporal. Ambos sistemas coinciden en que la duración típica de un trastorno adaptativo es de seis meses *desde la terminación del evento estresante*, pero que puede ser mayor si éste es persistente, es decir, si no hay una terminación clara del período de exposición al evento estresante o sus consecuencias. Difieren sin embargo en que la CIE-10 sólo acepta la duración prolongada del trastorno adaptativo para la forma depresiva, mientras que la DSM-IV la acepta para todas las formas clínicas, que pueden ser agudas, si duran menos de seis meses, o crónicas, si duran más.

Formas clínicas de los trastornos adaptativos:

1. Reacción depresiva. Puede ser a su vez *breve*, si no dura más de un mes, o *prolongada*, si dura más tiempo, hasta un máximo de dos años, en cuyo caso debe reconsiderarse el diagnóstico. Se caracteriza por tristeza, abatimiento, desilusión, desánimo, baja autoestima, hiposomnia e ideas autodestructivas. La ideación con respecto al evento causal está relacionada con temas de pérdida, fracaso, incompetencia personal y abandono.
2. Reacción de ansiedad. Sólo la DSM-IV acepta esta categoría, mientras que la CIE-10 la incluye en “trastorno con predominio de otras emociones”. Se caracteriza por ansiedad generalizada, con picos de ansiedad situacional o fóbica en lugares o circunstancias relacionadas con el evento causal.

También hay inquietud psicomotriz, moderado estado de alerta e insomnio, sobre todo de conciliación. Pueden aparecer preocupaciones y anticipaciones temerosas. La ideación con respecto al evento es de miedo y peligro.

3. Reacción mixta de ansiedad-depresión. Es más frecuente que la reacción pura de ansiedad. Los síntomas ansiosos y depresivos están mezclados, y pueden presentarse concomitantemente o de manera alternante. El paciente puede levantarse muy ansioso por la mañana, tener una crisis de llanto al mediodía y encerrarse en sí mismo con ánimo abatido y pensamientos suicidas por la tarde. Otro paciente, en cambio, puede experimentar agitación y llanto al mismo tiempo y mezclar en su narrativa temas de miedo y de tristeza.
4. Reacción con predominio de otras emociones. De manera más prominente que la ansiedad o la depresión se presentan otras emociones, como ira, odio, agresividad, disgusto, vergüenza, etc. El paciente puede tener ideas destructivas u homicidas, rumiaciones de daño y venganza o desentenderse y despreocuparse de relaciones sociales e institucionales, hacia las que expresa desencanto y desprecio. La narrativa del paciente con respecto al evento encaja con las alteraciones emocionales que presenta.
5. Reacción con predominio de alteraciones disociales. La vivencia emocional está reducida, lo mismo que la capacidad de narrativa con respecto al evento causal. Las emociones son actuadas antes que sentidas, por lo que los síntomas principales son alteraciones del comportamiento. Entre ellos destacan la impulsividad, los arrebatos agresivos ante provocaciones mínimas y la pobreza de la capacidad de introspección. Esta forma clínica es más frecuente en niños y adolescentes que en adultos.
6. Reacción mixta emocional y disocial. Las alteraciones emocionales suelen ser mixtas, con combinaciones variables de ansiedad, depresión, agresividad, desconfianza y hostilidad. Las actuaciones psicopáticas más frecuentes son la tendencia a mentir compulsivamente, la cleptomanía, las conductas agresivas y destructivas y el abuso de alcohol y drogas. Es frecuente observar que breves periodos de alteración emocional preceden las actuaciones disociales, por lo que éstas pueden entenderse como estrategias para evitar la experiencia de sentimientos displacenteros.

12.5. Evolución

Implícito en el propio concepto de trastorno adaptativo está su naturaleza transitoria, es decir, la de tener un comienzo y un final. El comienzo puede ser *brusco*, inmediatamente tras la presentación del evento precipitante, *tardío*, en el curso de los primeros meses de su ocurrencia, *anticipatorio*, cuando el evento y sus complicaciones son conocidos de

antemano, como durante los preparativos para emigrar a otro país, etc. y *progresivo*, que es lo más común, cuando los síntomas empiezan a instaurarse lenta e insidiosamente, generalmente a medida que el impacto del evento va haciéndose notar en la organización mental del individuo. Normalmente, el cuadro tiende a ceder por sí solo en relativamente pocos meses, aunque en ocasiones persiste después de este tiempo, pudiendo tratarse en este caso de un paso hacia la cronificación del trastorno adaptativo, o bien de un *desarrollo*, en sentido jasperiano, hacia otro trastorno mental (ver [capítulo 6](#)).

Puesto que la causa del trastorno está en la adaptación a un evento importante (cuya naturaleza ya ha sido discutida más arriba), es lógico que, con frecuencia, los síntomas no empiecen inmediatamente, puesto que un cierto tiempo puede ser necesario para que los mecanismos de adaptación se revelen insuficientes. Los sistemas nosológicos internacionales, en su necesario afán de proporcionar criterios claros y bien definidos, establecen que los síntomas debe ser evidentes antes de que se cumpla un mes del evento, en el caso de la CIE-10, o tres meses, en el caso de la DSM-IV. Sin embargo, el clínico debe ejercer su buen criterio práctico, puesto que lo importante es la relación clara entre la adaptación al evento y la patología subsecuente.

Otro problema viene dado por la dificultad en precisar el momento exacto de la ocurrencia del evento. En efecto, no se trata tanto de su realidad objetiva, sino de la manera en que lo vive la persona afectada. En algunos casos, su mera anticipación puede poner en marcha un esfuerzo adaptativo patógeno: en otros, puede pasar mucho tiempo hasta que el sujeto sea consciente de lo seriamente que afecta a su vida habitual. Algunos mecanismos de defensa psicológica, como la negación, pueden proteger falsamente al individuo durante cierto tiempo, previniendo la vivencia psicológica del evento y retrasando el inicio de los procesos de adaptación.

En cuanto a la duración del trastorno adaptativo, tanto la CIE-10 como la DSM-IV coinciden en que los síntomas deben abatir en los seis meses siguientes a la terminación del evento. Sin embargo, ambos sistemas admiten que la duración puede ser mayor, de ahí la diferencia entre trastorno adaptativo agudo (menos de seis meses) y crónico (más de seis meses) que establece la DSM-IV. La CIE-10 acepta la *reacción depresiva prolongada*, hasta de dos años de duración, pero es menos tolerante en cuanto a mantener el diagnóstico de trastorno adaptativo en las otras formas clínicas del mismo. Las aparentes contradicciones sobre la duración del trastorno adaptativo se disipan cuando se tiene en cuenta que el criterio temporal de duración se aplica a partir de la *cesación* del evento causal. Los eventos biográficos de importancia y sus consecuencias no suelen tener un final claro y preciso, siendo frecuente que se mantengan en cierta medida y, en consecuencia, también lo hace la reacción adaptativa frente a ellos. Algunos estudios de seguimiento evolutivo han confirmado que los síntomas de un trastorno de adaptación pueden persistir durante varios años. De todas maneras, se acepta que una duración de más de dos años debe hacer dudar al clínico de la certeza del diagnóstico.

12.6. Tratamiento

Por definición, los trastornos adaptativos son transitorios y autolimitados, por lo que cabría suponer que la recuperación espontánea es la regla y, en consecuencia, el tratamiento sólo es necesario en los casos más graves. Sin embargo, solamente está indicado no tratar cuando los síntomas son leves y el riesgo de estigmatización supera los beneficios esperables del tratamiento. Aun así, debe ofrecerse una cita de revisión y dejar abierta la posibilidad de seguimiento. Las principales razones para tratar el trastorno adaptativo son las siguientes:

- Obviamente, para disminuir los síntomas y el sufrimiento que ocasionan
- Para prevenir daños secundarios en la vida personal del paciente, en su trabajo o estudios, en sus relaciones interpersonales y en su economía
- Para prevenir evoluciones perniciosas, como tentativas de suicidio, renunciaciones prematuras e innecesarias a estudios o puesto de trabajo, discordia familiar
- En el caso, por otra parte frecuente, de que el trastorno adaptativo complique un trastorno de la personalidad o se instaure en una personalidad inmadura, la circunstancia es óptima para favorecer el insight y tratar las características personales de vulnerabilidad, expuestas más arriba al final del [apartado 12.3](#)

El método terapéutico principal de los trastornos adaptativos es la psicoterapia. Ocasionalmente, pueden ser de utilidad fármacos como benzodiazepinas durante corto tiempo, sobre todo para facilitar la inducción del sueño nocturno. En el caso de reacciones depresivas intensas y/o prolongadas, es conveniente considerar la indicación de antidepresivos del tipo de los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina. De todas formas, el uso de fármacos no debe tomarse como una alternativa a la psicoterapia, sino como un complemento temporal. Los trastornos adaptativos, especialmente los de comienzo brusco, son una clara indicación para la aplicación de técnicas de intervención en crisis, que se discuten en el capítulo siguiente. La psicoterapia de orientación cognitiva es útil para ayudar al sujeto a reestructurar sus expectativas con respecto al nuevo entorno y a focalizar su atención más en la planificación del futuro y en las nuevas posibilidades que el cambio ofrece que en la añoranza de lo perdido. La psicoterapia de apoyo también tiene su utilidad, sobre todo en las formas leves y autolimitadas. Como en todos los síndromes de estrés, la psicoterapia autógena está indicada, especialmente si predominan los síntomas de ansiedad, desesperación o inquietud. En los pacientes con alta reactividad emocional y baja tolerancia a sentimientos disfóricos está indicado el entrenamiento en la percepción emocional, técnica conocida como “sentir el sentimiento”, que se describe en el [capítulo 15](#).

Crisis emocionales

En primera aproximación puede considerarse la crisis como una experiencia transitoria de estrés, que en algunos casos llega a ser traumática, y que viene precipitada por un cambio vital. Pero lo que hace distintiva a la crisis de otros fenómenos de estrés es la convicción o decisión interna en quien la sufre de que la situación es insostenible y de que es preciso hacer algo para superarla. El interés por su estudio procede del movimiento de la psiquiatría social de mediados del siglo XX, cuando se constató que la intervención oportuna en las crisis puede prevenir trastornos psicológicos y descompensaciones psiquiátricas. La mayor parte del tiempo, la vida es una sucesión de acontecimientos más o menos importantes, cada uno de los cuales modifica relativamente poco la experiencia cotidiana. Cuando uno de estos cambios adquiere un significado especial que pone en cuestión la integración personal en el entorno habitual puede considerarse una crisis, es decir, una situación transitoria de estrés que el sujeto tiene que resolver aunque no sabe cómo. La conciencia de disparidad entre las exigencias de la situación y los recursos habituales genera una fuerte reacción emocional, otro de los componentes importantes de la crisis. Caplan (1961), pionero de la psiquiatría comunitaria, propone definir la crisis como “un obstáculo que el sujeto encuentra en la consecución de metas importantes y que no puede ser superado mediante sus estrategias habituales de resolución de problemas”. El principal efecto psicológico de las crisis está relacionado con la vivencia de incapacidad para afrontar y superar la situación. En el mejor de los casos, el individuo logra mejorar sus recursos y sale fortalecido de la crisis; en el peor, puede acabar con una desorganización masiva de sus capacidades de adaptación y defensa y una renuncia total a su proyecto vital

13.1. El concepto de crisis

Es frecuente asociar la idea de crisis con dificultad, riesgo y peligro; sin embargo, la

esencia del concepto está más próxima a la de cambio crucial de importantes consecuencias, no necesariamente negativas. Su etimología se traza hasta la raíz sánscrita *skibh-* *cortar, separar, distinguir*, de la que se deriva la voz griega *krisis*, *decidir*. Hipócrates dio categoría científica al término, al aplicarlo al momento evolutivo en el que una enfermedad cambia su curso, para bien o para mal. El diccionario de Corominas mantiene este significado, al definirla como “mutación grave que sobreviene en una enfermedad, para mejoría o para empeoramiento”. Como segunda acepción da otra definición más amplia: “momento decisivo en un asunto de importancia”. En resumen, la crisis marca un antes y un después, una interrupción brusca en el discurrir habitual de un proceso, a partir de la cual, si éste continúa, lo hace de manera diferente a como lo había hecho hasta ese momento. Con este significado, el concepto de crisis encuentra su aplicación en múltiples ámbitos, desde la meteorología hasta la economía, pasando por la psicología de la personalidad. En términos generales, puede definirse de la manera siguiente:

Crisis es una condición inestable, que se presenta en el curso de un proceso, y cuya resolución condiciona y modula la continuidad del mismo.

La crisis implica la inevitabilidad de una transformación y su ocurrencia indica que una organización continua y fluida se ha vuelto inestable y transitoria. De ahí el matiz perentorio, incluso angustioso, con el que el concepto se aplica a los asuntos humanos. La diversidad de posibilidades y la incertidumbre con respecto a la evolución posterior de cada una de ellas añade dos matices importantes:

- el riesgo que implica cualquier acción que se tome en una crisis, incluyendo no hacer nada y
- la responsabilidad de quien decide o ejecuta los intentos de resolución.

Una crisis puede marcar el empeoramiento o la destrucción de un proceso, pero también su optimización y fortalecimiento. Como dice Shakespeare en su obra *Julio César*, “*Hay un flujo y reflujo en los asuntos de los hombres, que, si se toma en la subida, lleva a la fortuna, y, si se descuida, toda la travesía de la vida queda encallada en bajíos y en miserias*”. Eso es una crisis vital. El sinónimo “crisis emocional” se debe a la gran activación psicológica que con frecuencia producen las situaciones críticas.

13.2. Psicología de la crisis

La relevancia del concepto de crisis en salud mental se deriva de la importancia que para el ser humano tiene la vivencia de continuidad psíquica. Es propio de la naturaleza

humana buscar una lógica interna a la existencia, que permita entender cómo va evolucionando la propia vida y, hasta cierto punto, anticipar su transcurso futuro. En el desarrollo normal de la persona, todas las experiencias se van integrando en un mundo interno, de cuya percepción depende la consciencia de la realidad. La continuidad psíquica es la experiencia básica subyacente a todas las demás, que las une entre sí y las dota de sentido. Su integridad es la trama común que unifica la consciencia y permite formar una identidad personal autodefinitoria. El sentido de la vida depende de la lógica interna que mantiene la vivencia de continuidad; en su ausencia se experimenta la vivencia del absurdo, con sus consecuencias auto-destructivas de apatía y desesperación.

La crisis introduce un cambio brusco que rompe el flujo continuo de la existencia. Cuando falla bruscamente el principio de continuidad se crea un vacío angustioso, que es preciso compensar de alguna forma. En ocasiones, tiene lugar todo un replanteamiento vital para lograr la construcción de un nuevo sentido y hasta de una nueva autodefinition. Desde esta perspectiva, podemos definir la crisis como una experiencia puntual, que fuerza al individuo a reconsiderar, en un plazo breve de tiempo, el sentido de su vida.

Cuando el proceso de resolución de crisis fracasa, la conciencia se fragmenta, las contradicciones internas se acumulan, el sentido personal de identidad se vuelve frágil y provisional. El primer intento de compensación consiste en rechazar las circunstancias que amenazan la vivencia de continuidad, negando los cambios críticos y las dificultades que les acompañan. Tienen lugar entonces el autoengaño, la aceptación de soluciones fantasiosas, la renuncia a la propia identidad personal y la aceptación de un rol falso pero conveniente para asegurarse una definición social.

Cuando la defensa de negación fracasa, la percepción de una vida sin sentido conduce a sentimientos autodestructivos de futilidad y de desesperación. Para evitarlos se pone en marcha una segunda línea de defensa, que consiste en intentar escapar de la crisis mediante el paso al acto, la huida hacia otra circunstancia o la provocación de cambios en el entorno. Las consecuencias de esta estrategia pueden ser desastrosas, pero en ocasiones pueden solucionar la situación, al menos de momento. Puede servirnos de ejemplo el siguiente caso clínico:

M. A., mujer soltera de 19 años, ingresa en el servicio de urgencias en un estado de intoxicación moderada por hiperingestión de fármacos. Como acontecimientos vitales relevantes, revela que viene teniendo discusiones frecuentes con su novio durante los últimos meses, que culminan en la ruptura definitiva hace pocos días. M. A. añade que, inicialmente, se consolaba pensando que todo el problema era pasajero y que su novio la quería a pesar de las peleas. Ante la imposibilidad de mantener el autoengaño, dice que “se le acabó la vida”. Después de varias actuaciones impulsivas, acabó por recurrir a la tentativa suicida que motivó su ingreso. De manera apropiada, su familia reaccionó a la ampliación de la crisis, movilizando sus recursos de apoyo, ofreciendo toda una serie de alternativas más o menos realistas y haciendo intervenir a las estructuras sanitarias. Finalmente, una intervención psicoterapéutica breve logró restaurar la autoestima de la paciente y su capacidad de afrontar pérdidas, manteniéndose asintomática a la revisión un año después.

Discusión: Este caso es un ejemplo del llamado “grito de socorro” (*cry for help*), con que se designan actuaciones bruscas e intempestivas a las que en ocasiones recurren personas en situaciones críticas, a falta de una estrategia mejor. Los gestos suicidas, tentativas menores o parasuicidios, sobre todo en adolescentes, responden con frecuencia a este mecanismo y no revelan estados depresivos profundos ni auténticos deseos de muerte. Deben considerarse más bien formas desesperadas de buscar una salida a una situación que les desborda. La correcta interpretación del caso permite plantear las intervenciones psicosociales apropiadas, con el objetivo de ayudar al paciente a ampliar sus capacidades cognitivas y emocionales y a desarrollar estrategias más eficaces para adaptarse a los cambios importantes y superar las situaciones estresantes. Catalogar el fenómeno como “manipulación histérica”, “querer llamar la atención” o estigmas despectivos similares y desinteresarse de él no sólo es inhumano sino sobre todo técnicamente erróneo.

Las consideraciones negativas sobre la patogenicidad de las crisis no deben hacernos olvidar sus potenciales efectos beneficiosos. Toda crisis es un riesgo, pero también una oportunidad. La intervención del profesional debe buscar, no sólo la prevención de mayores males, sino también la optimización de los recursos personales. De ahí la importancia de los programas de sensibilización y educación psicológica de la población. Sin ellos, los dispositivos sanitarios atenderán las situaciones de crisis con baja eficacia, e incluso con un posible grado de iatrogenia.

Desde el punto de vista existencial, se define la *crisis vital* como “una experiencia puntual, que fuerza al individuo a reconsiderar, en un plazo breve de tiempo, el sentido de su vida”. Descrita de una manera psicológica más operativa, puede definirse de la manera siguiente:

La crisis emocional es un cambio inesperado y brusco en la biografía personal que

- a) Interrumpe la vivencia de continuidad psíquica.
- b) Requiere una intervención, decisión o transformación del sujeto que la vive.
- c) Activa la reactividad emocional.
- d) Obliga a replantearse el sentido de la vida.
- e) Tiene en sí la potencialidad de conducir a consecuencias que pueden ser beneficiosas o perjudiciales.

13.3. La evolución de una crisis

El desarrollo de la crisis en fases es un fenómeno bien aceptado, que se considera autolimitado a un tiempo habitualmente inferior a ocho semanas. La motivación hacia el cambio es una respuesta apropiada a la percepción subjetiva de la naturaleza del estado de crisis y se manifiesta claramente en su evolución, especialmente en la tercera de las

fases que describe Caplan (1974). Algunos autores han descrito desarrollos específicos para distintos tipos de crisis, pero las fases mas aceptadas, en términos generales, son las siguientes:

Primera fase: Shock o Impacto agudo. Algo ocurre, generalmente de manera súbita, o, por lo menos, eso le parece al sujeto, que se siente afectado profundamente, sin poder evitarlo ni superarlo de la manera habitual en que hace frente a otros problemas. Junto al estrés propio de la situación, se añaden pronto sentimientos de confusión, impotencia, desamparo y desvalimiento. Inicialmente, cada individuo reacciona según sus pautas características, descritas en los estudios sobre reactividad al estrés en la población general (Rivera, 1993). Aunque las pautas de reactividad más frecuentes incluyen la ansiedad, la irritabilidad y las manifestaciones psicósomáticas, algunos individuos experimentan entusiasmo y aumento de energía, otros inhibición, desinterés y tristeza y algunos conductas psicopáticas o de abuso de sustancias (incluyendo el alcohol).

Segunda fase: Desorganización crítica. Cuando todas las estrategias habituales de afrontamiento y resolución de problemas fallan, la tensión emocional aumenta hasta niveles insoportables. En este estado, diversas actividades pueden ser emprendidas, no para mejorar las cosas o resolver la situación, sino, simplemente, para escapar de ella o para descargar la tensión acumulada. Así, no son infrecuentes en esta fase conductas psicopáticas o “fuera de carácter”, abuso de tóxicos, conductas autodestructivas y arrebatos emocionales. Característicamente, el sujeto despliega también actividades de búsqueda de ayuda, que pueden ser apropiadas y bien programadas, o, por el contrario, gritos de socorro (“*cry for help*”) ineficaces y atropellados. Según empieza a hacerse evidente la inadecuación de los recursos personales y su insuficiencia para responder a las exigencias de la situación, cada vez se hacen más prominentes sentimientos depresivos de indefensión y fracaso. France (1982), aplicando la teoría de Seligman, distingue distintos grados de indefensión en una crisis, de acuerdo a tres parámetros dicotómicos:

- a) Según que el sujeto considere la crisis como un problema personal o como un problema universal, que afecta a todo el mundo.
- b) Según que la situación crítica se considere como permanente o como algo transitorio.
- c) Según que la persona considere que la crisis le afecta de manera global o solamente en algún aspecto específico.

El mejor pronóstico de superación de una crisis se da cuando ésta se considera como un problema universal, que puede afectar a cualquiera, de naturaleza transitoria y circunscrita a un aspecto limitado concreto de la vida del individuo. El peor, cuando la crisis se toma de manera personal (*¿por qué esto me tiene que ocurrir sólo a mí?*), de

duración permanente o indefinida y afectando globalmente a toda su vida. En este último caso, la persona en crisis se considera en máximo estado de indefensión e incompetencia, incapaz de afrontar una situación que los demás podrían resolver, sin perspectivas de recuperación y amenazada en todas las áreas de su vida.

Tercera fase: Resolución. Entre las múltiples actividades que el sujeto despliega ante el impacto de la situación, alguna puede tener éxito, y la crisis se resuelve casi sin llegar a plantearse. Pero en el desarrollo típico de una crisis, los primeros intentos de afrontamiento suelen fallar, y el individuo continúa sintiendo una creciente presión interna por hallar una solución. La urgencia de la situación puede estimular su creatividad, llevándole a descubrir nuevas estrategias de afrontamiento; o bien, puede encontrar nuevas fuentes de ayuda, formar nuevas relaciones o trabajarla con profesionales o consejeros. Esta fase es el núcleo central de la crisis, en la que se toma una decisión, que puede significar la salida a través de la creación de nuevos recursos personales y de un crecimiento interno acelerado, o, por el contrario, la consolidación de mecanismos maladaptativos de evitación, retraimiento y estructuración patológica. Lo cierto es que, en un plazo de tiempo limitado, el sujeto llega a una formulación más o menos consciente de la situación y de sí mismo con respecto a ella.

Cuarta fase: Retirada final. Si la crisis no se resuelve, bien o mal, en las fases anteriores, se llega a la fase final, que parece en cierta forma análoga al estadio de agotamiento de la reacción general de adaptación de Selye. La retirada puede ser total, como a través del suicidio, o parcial, que puede ser interna, como a través de una desorganización psicótica o una estructuración delirante, o externa, como en un cambio radical de entorno, relaciones, actividad y hasta de nombre. En cualquiera de estos casos, la crisis se termina, sea por la muerte, sea por la negación de sí mismo que supone la psicosis, sea por la renuncia a todo lo vivido hasta el momento de la crisis y el inicio de una nueva vida. Las tentativas de suicidio que tienen lugar en la fase cuatro buscan directamente la muerte como mejor opción ante la crisis y deben diferenciarse de las que tienen lugar en la fase dos, que representan llamadas de ayuda o intentos desesperados de forzar una solución. En todo caso, es preciso tener en cuenta que las tentativas de suicidio son frecuentes en las situaciones de crisis, sobre todo en adolescentes. Gilead y Muhlaik (1983) consideran el suicidio como un riesgo intrínseco a la crisis normativa de la adolescencia, urgiendo a los sistemas asistenciales y preventivos a actuar en consecuencia. Sin embargo, los fallos en la detección del riesgo de suicidio son frecuentes, lo cual indica fallos subsanables en la formación de los equipos asistenciales. La exploración del riesgo de suicidio, empezando por una buena historia de posibles tentativas anteriores, debe formar parte de toda intervención en crisis.

13.4. Condicionantes de la crisis

Las manifestaciones de una situación de crisis dependen de la personalidad del sujeto, de sus experiencias con crisis anteriores, de su entorno socio-cultural, de la fase en que llegue a la atención del profesional y del tipo de situación que precipite la crisis.

1. *Personalidad del sujeto.* Como es de suponer, los rasgos de personalidad colorean la forma de afrontar la crisis. En primer lugar, determinan qué acontecimientos serán considerados como críticos (es decir, bloqueantes de las metas importantes del sujeto) y cuáles no. Así, la aparición de arrugas en la piel puede precipitar una crisis en una mujer con rasgos histriónicos, mientras que pasará inadvertida en un intelectual obsesivo. En segundo lugar, una vez inmerso en la situación de crisis, los rasgos de personalidad condicionan la preferencia por determinadas estrategias de afrontamiento y de resolución de problemas, tema que ha sido admirablemente tratado por MacKinnon y Michels (1971). Los individuos simpaticotónicos, con alta reactividad al estrés y con formaciones inestables de personalidad, tienden a responder de manera exagerada, tanto en cuanto a la intensidad como en su sensibilidad en cuanto a la consideración de cualquier cambio o problema como una crisis. Desde el punto de vista de la teoría de la crisis, la personalidad se considera en equilibrio dinámico, estructurada por las decisiones y pautas de adaptación desarrolladas en experiencias previas, siempre predispuesta a reorganización, ampliación y transformación para poder responder a nuevas crisis. Los dos parámetros de personalidad que más condicionan la respuesta ante la crisis son su madurez y su flexibilidad. Entendemos por madurez el nivel de estabilidad del autoconcepto y de la identidad psicosocial. La flexibilidad es el grado o facilidad con que pueden formarse nuevas estrategias y decisiones, renunciando a otras que ya no cumplen el propósito por el que fueron creadas. A mayor madurez de la personalidad, mejor capacidad resolutoria, menor duración de la crisis y mejor salida de la misma. Es posible que la mayoría de los pacientes que llegan a la atención clínica en las fase II o IV de una crisis presenten diversos grados de inmadurez, lo que es tanto como decir de vulnerabilidad a la crisis. Por eso, las mejores medidas preventivas ante las crisis son aquellas que conducen al fortalecimiento y desarrollo de la personalidad, es decir, una buena educación psicológica. Sin embargo, desde el punto de vista terapéutico práctico inmediato, la intervención en la crisis no puede aspirar a influir de manera estructurante en la personalidad, debiendo conformarse con apoyar la frágil identidad comprometida, identificar pronto el área en que debe concentrarse el trabajo psicoterapéutico y estimular las capacidades creativas del paciente para hacer frente a las necesidades del momento. La flexibilidad de la personalidad viene dada por el grado en que el sujeto está abierto a nuevas experiencias y por su disposición al cambio interno. El consolador argumento sobre el valor curativo de las crisis reposa

en que, si todo sale bien, no sólo ésta será superada, sino que el sujeto avanzará en su desarrollo personal, corrigiendo rasgos de vulnerabilidad y tendencias patológicas.

2. *Experiencias anteriores.* Cada nueva crisis actúa no solamente por sí misma, sino además como un recordatorio de crisis previas. En la medida en que éstas hayan sido mal resueltas, su reactivación será un estrés sobreañadido a la situación crítica actual. Por el contrario, en la medida en que la resolución de crisis anteriores haya sido eficaz, el sujeto enfrentará la nueva con mayor confianza y mejores herramientas. Una historia de fracasos repetidos en la resolución de crisis es de mal pronóstico para la crisis actual, a menos que se consiga poner estos fracasos en perspectiva, elaborar las dificultades y bloqueos que impidieron una resolución satisfactoria, e incluir entre las decisiones que se deben formar durante la nueva crisis la de “que no vuelva a pasar lo mismo”. Es por eso importante, en la evaluación de un paciente en situación de crisis, obtener una buena historia, especialmente en lo que se refiere a su actitud ante situaciones similares anteriores. Las pautas de enfrentamiento y las consecuencias de crisis anteriores nos dan una clara predicción de las probabilidades en la situación presente, y nos orientan hacia las avenidas terapéuticas más eficaces.

A pesar de que, en teoría, una crisis se resuelve en un plazo determinado, generalmente estimado entre dos y ocho semanas, hay muchos casos en los que la crisis queda fuera de la consciencia y de las preocupaciones inmediatas, encapsulada, pero activa y pendiente de resolución. Cuando una nueva situación evoca una crisis pendiente, la reacción conjunta puede parecer catastróficamente exagerada. El terapeuta bien informado debe ser consciente de que está asistiendo a la resolución, no sólo de la crisis actual, sino, sobre todo, de la crisis fantasma o “asignatura pendiente”. De hecho, acontecimientos aparentemente banales pueden desencadenar una crisis porque sirven de gatillo disparador de un problema largamente larvado, que ya no puede mantenerse por más tiempo fuera de la consideración consciente inmediata.

3. *Condicionantes socioculturales.* La educación, la cultura y las circunstancias personales influyen en que una situación se considere como crítica o no. La pérdida del trabajo del cabeza de familia, por ejemplo, es una grave crisis en la mayoría de los casos, pero en algunas comunidades rurales, con fuertes y amplios lazos familiares y acceso a otros medios de subsistencia, es posible afrontarla mejor que, por ejemplo, en una familia inmigrante urbana. El apoyo social, en todos sus aspectos, es un importante modificador de la crisis, amortiguando el estrés e incrementando los recursos de afrontamiento, tanto directa como indirectamente. Las pautas culturales de afrontamiento y resolución de crisis, compartidas por la comunidad y avaladas por una larga tradición, son sumamente útiles y constituyen un

sistema organizado de intervención y prevención en muchas crisis previsibles y normativas. No es lo mismo perder a un ser querido en la factoría de salud de un hospital urbano que en una comunidad que conserva sinceramente los rituales de duelo, atención a los moribundos y apoyo a los supervivientes. Las pautas culturales establecidas guían a la persona que se enfrenta a la crisis en cuanto a su correcta conducta y actitud, favorecen la adecuada expresión emocional, aseguran el apoyo de familiares, amigos y extraños, garantizan la transmisión de las responsabilidades sin culpa, y, sobre todo, reconocen que se trata de una crisis personal importante, a la que hay que dedicar tiempo y sufrimiento. La moderna (o postmoderna) tecnología de la enfermedad, la muerte y del duelo no facilita ninguna de estas cosas, y es responsable de la masiva negación de aspectos esenciales de la vida, con graves consecuencias en cuanto a la salud mental de la población.

El afrontamiento y resolución de crisis también se puede aprender y compartir. La familia, como organización protectora responsable inmediata de la educación del individuo, juega en ello un papel principal. Como en tantas otras cosas, es más el ejemplo viviente que la normativa verbal lo que cuenta: Las crisis ajenas cuya resolución es presenciada desde temprana edad son mucho más estructurantes que todos los consejos preventivos que puedan darse. Una familia funcionante tiene capacidad para repartir entre sus miembros el peso de una crisis, tanto si es global como si afecta principalmente a uno de ellos. Entre las posibilidades más frecuentes se incluyen: a) la distribución de papeles de afrontamiento ante la crisis, b) la potenciación colectiva de los recursos individuales, c) el descargo del rol familiar de la persona más afectada en otro miembro, d) el apoyo emocional desculpabilizante y creativo. Una familia disfuncional puede fácilmente pervertir los mecanismos de la familia sana, por ejemplo a) descargando el conjunto de sus problemas individuales en un chivo expiatorio, que se convierte así en el depositario de las insuficiencias familiares; b) ventilando las tensiones derivadas de la crisis en agresiones internas y reproches culpabilizantes; c) exigiendo despiadadamente al miembro en crisis el cumplimiento de sus responsabilidades, familiares u otras, o d) por el contrario, eximiéndole de manera extrema de las mismas, lo cual acaba convirtiéndose más en una forma de descalificación que de ayuda.

El entorno académico o laboral también juega un papel condicionante, a favor o en contra, como depositario de pautas de apoyo o de desprecio en tiempos de crisis. El crecientemente reconocido fenómeno de acoso psicológico institucional merece ser tenido en cuenta, no tanto por su reconocida participación en la génesis de estados críticos, sino, sobre todo, por el efecto inhibidor que tiene sobre las capacidades de afrontamiento y resolución de la persona afectada. El terapeuta avisado debe explorar esta posibilidad, y no asumir que toda victimización está sólo en la mente del

paciente o que ha sido causada por él mismo. La posibilidad de verbalizar, compartir y comprender una posible experiencia de acoso es vital para recuperar la moral y la confianza ante una situación de crisis.

13.5. Clasificación de las crisis

Las crisis se pueden clasificar según que su origen sea interno o externo al individuo, según que afecte a una o a varias personas, según sea el área de la vida principalmente afectada (familiar, laboral, creencias, vital o total...), según que sean imprevisibles, como los accidentes y las catástrofes, o relativamente previsibles, como los cambios entre las edades críticas de la vida o la muerte de un familiar largamente enfermo. Las crisis previsibles están relacionadas con propiedades de la vida humana, las estructuras sociales en las que se desarrolla, los usos y costumbres de su tiempo y lugar, y el entorno cultural inmediato o dominante en que se integra. Naturalmente, cuanto mejor esté organizada una sociedad y cuanto mejor funcionen los mecanismos culturales de adaptación, menos frecuentes y menos intensas serán estas crisis.

13.5.1. Clasificación topográfica

La presentación de una crisis emocional depende de una conjunción –o disyunción– peculiar entre las dinámicas del entorno y la manera como el individuo funciona en él. En algunos casos, la disrupción que da origen a la crisis ocurre fuera del individuo –*crisis externas*–; en otros, son sus propios procesos internos los que han ido cambiando por sí mismos, con relativa independencia de su entorno, hasta dar el salto cualitativo que define una *crisis interna*. Finalmente, cambios externos relativamente poco importantes pueden entrar en disyunción con procesos internos no necesariamente anómalos o disruptivos en sí mismos, pero inadecuados a la nueva situación. Éstas son las *crisis de adaptación*.

Aunque la teoría general se aplica a todos los tipos de crisis, es importante tener en cuenta las circunstancias concretas en que pueden surgir, tanto en cuanto a su contenido como en cuanto a sus aspectos formales. Con respecto a estos últimos, es útil distinguir entre:

- a) Crisis generalizadas, que afectan a todo un grupo o familia, y crisis personales, que afectan sólo a un individuo concreto;
- b) Crisis imprevisibles o accidentales, como catástrofes, accidentes de tráfico,

etc., en las que no es posible una preparación previa, y crisis anticipadas o previsibles, como la muerte de un familiar mayor, un divorcio largamente anunciado, etc.;

- c) Crisis normativas, que son un tipo especial de crisis previsible, relacionada con la emergencia de funciones y necesidades nuevas en las diferentes edades críticas de la vida;
- d) Transiciones, cambios vitales importantes no incluibles en los apartados anteriores, cuya característica principal es que son, en gran medida, conscientemente autogenerados. Veremos a continuación estos apartados:

- Las *crisis generalizadas* son las que afectan a todo un grupo, comunidad u organización, y sus causas tienden a ser relativamente objetivas y externas. Estas circunstancias ponen a prueba la calidad del liderazgo establecido y permiten la emergencia del héroe, entendido como el individuo que toma sobre sí la carga y los problemas de la comunidad para resolverlos. Por el contrario, las *crisis personales* o privadas afectan a una persona concreta, de manera relativamente independiente al acontecer sociocultural general. Aunque obviamente importantes para ella, los problemas a resolver no afectan de manera central a la comunidad a la que pertenece el individuo, cuya respuesta es variable, pudiendo llegar a no responder en absoluto. Con frecuencia, el origen de las crisis personales está relacionado con una particular combinación de carácter, oportunidad y destino, más que con las circunstancias. Algunas personas atraviesan repetidamente crisis personales que pueden entenderse como la externalización de problemas que llevan en su interior.
- Las *crisis accidentales* pertenecen, en su mayoría, al campo del estrés traumático, que ha sido estudiado en páginas anteriores. Las *crisis previsibles* están relacionadas con propiedades de la vida humana y de las estructuras sociales en las que se desarrolla, con los usos y costumbres de su tiempo y lugar y con el entorno cultural inmediato o dominante en que se integran.
- Las *crisis normativas*, descritas inicialmente por Erik Erikson (1959, 1964), son universales, en el sentido de que ocurren en todos los seres humanos, aunque desde el punto de vista de su vivencia son individuales e intrasferibles, consubstanciales con el propio desarrollo personal. Cada ser humano nace con un conjunto general de aptitudes, capacidades y tendencias, que conforman una constelación genética personal y cuya actualización es modulada por las influencias de la educación y del medio ambiente. La maduración plena de la personalidad se logra a través del dominio de las tareas psicosociales específicas de cada etapa del desarrollo, cada una de las cuales

plantea una situación crítica centrada en las relaciones interpersonales más significativas a esa edad. Las fases críticas se suceden a lo largo de toda la vida y es a través de su dominio progresivo como se va logrando la creciente integración y riqueza de la personalidad. La superación de cada crisis normativa se acompaña de la adquisición de una virtud o cualidad humana básica, que Erikson define como “fuerza interna o cualidad activa”.

- Las *transiciones* son crisis relativamente predecibles, relacionadas con el propio proceso de crecimiento y de ajuste personal en un entorno social altamente regulado. Gail Sheehy (1977), desde un planteamiento diferente, coincide con Erikson en la periódica necesidad de cambiar el marco de referencia que nos ha guiado durante una etapa de nuestra vida, para ajustarnos mejor a nuevas condiciones que, de manera bastante predecible, surgen y se establecen cada cierto tiempo. Algunos ejemplos son la constitución de una familia, el nacimiento de los hijos, la emancipación de éstos, las coyunturas laborales y profesionales, la jubilación, las enfermedades graves o crónicas, los cambios fisiológicos relacionados con el climaterio... Desde este punto de vista, es sorprendente que los sistemas educativos no preparen mejor a la población para afrontar crisis que no sólo son inevitables, sino, sobre todo, forman parte del propio proceso vital. Muy por el contrario, la mayoría de corrientes socioculturales actuales parecen favorecer la negación de las crisis normativas y de las transiciones, minando la capacidad natural de adaptación y afrontamiento de la población. Algunos ejemplos de estas tendencias sociodestructivas son el culto a formas artificiales de belleza, el desprestigio del compromiso en favor de la conveniencia, la banalización de la injusticia y la violencia, la perversión de la democracia a través del clientelismo y el culto a la imagen... Aceptar el cambio como parte natural de la existencia facilita enormemente su manejo, y por eso son de recomendar los programas de psicoeducación y gestión creativa del cambio, que enseñen conceptos, habilidades y actitudes que facilitan el control y la dirección del tránsito entre estados, procurando no solamente que el segundo sea mejor que el primero, sino, sobre todo, que la persona que atraviesa el proceso sea al terminarlo mejor de lo que lo era al comenzarlo.

Cuadro 13.1. *Clasificación topográfica de las crisis emocionales*

Crisis	Interna	Estructural Normativa Espiritual
	Externa	Traumática Cambio vital Coyuntural
	Mixta	Adaptativa

13.5.2. Clasificación social

Una crisis puede ser tan amplia como para afectar a toda una población o tan limitada que afecte a un sólo individuo, pasando por las que son de extensión intermedia, como las que afectan a una familia o a un grupo concreto. Las causas de las crisis generalizadas agudas son relativamente objetivas y externas, como las catástrofes, inundaciones, terremotos y grandes atentados. Las disrupciones históricas o crisis socioculturales son crisis generalizadas difusas, producidas en el curso de la propia dinámica socio-cultural de las generaciones afectadas. Son éstas las circunstancias que ponen a prueba la calidad del liderazgo establecido, y permiten la emergencia del héroe, entendido como el individuo que toma sobre sí la carga y los problemas de la comunidad. La focalización en temas concretos es el primer paso en la resolución de las crisis generalizadas. Las crisis personales o privadas afectan a una persona particular, de manera relativamente independiente al acontecer sociocultural general. Los problemas a resolver no afectan de manera central a la comunidad a la que pertenece el individuo, por lo que la respuesta de ésta es variable, desde no responder en absoluto hasta volcarse en su auxilio. Los servicios sanitarios de los estados modernos han tomado a su cargo, al menos en teoría, la intervención en crisis, con la esperanza de resolverlas a tiempo y prevenir así su evolución hacia trastornos psiquiátricos.

Cuadro 13.2. *Clasificación social de las crisis*

Crisis	Generalizadas	Focalizadas Difusas
	Localizadas	De pareja Familiares Gremiales Laborales Institucionales
	Personales	Traumáticas De crecimiento De adaptación

La distinción entre crisis general y crisis personal no es a veces demasiado clara. Además de su impacto directo, las crisis sociales generalizadas alteran la regulación de vidas individuales y favorecen la eclosión de numerosas crisis personales. Inversamente, una sociedad con fuertes estructuras de continuidad y de estabilidad minimiza las crisis individuales y facilita su resolución. Las crisis derivadas de accidentes, acosos y traumas son personales, excepto cuando ocurren en el marco de una catástrofe y se convierten en múltiples casos concretos de una crisis generalizada aguda. Esta diferencia no tiene gran importancia al nivel individual de la persona afectada, pero sí lo tiene a escala social por tres razones:

1. El halo de la tragedia: Se llama así a los efectos del suceso traumático en personas que no fueron directamente afectadas, pero que sufrieron de manera vicariante, por identificación con los afectados o por relación directa con alguno de ellos. Es también frecuente que muchos de los profesionales que participan en la atención a las víctimas de catástrofes acaben presentando, ellos mismos, síndromes de estrés.
2. La asistencia a las víctimas: La organización de los sistemas sanitarios se vuelve mucho más activa y generosa cuando se presenta una crisis generalizada aguda. Los Responsables Sanitarios toman conciencia clara de la necesidad de intervención y se esfuerzan en establecer dispositivos adicionales que complementen a los habituales.
3. Los medios de comunicación: La cobertura de las crisis generalizadas agudas tiende a ser exhaustiva, repetitiva y centrada en los aspectos más morbosos e impactantes del suceso. Además de contribuir a generar nuevas víctimas, este tipo de periodismo tremendista descompensa a los afectados iniciales, reactivando continuamente sus vivencias traumáticas.

Las crisis estructurales son crisis personales cuyo origen tiene que ver, más que

con las circunstancias externas, con una particular combinación de carácter y de oportunidad. Algunos individuos atraviesan de manera repetida crisis que parecen relacionadas con problemas de su entorno, pero que no afectan a nadie más que a ellos. Es como si las provocaran o las aprovecharan para ensayar en la vida real soluciones para los problemas que llevan en su interior. Independientemente de la forma que adopten, las crisis estructurales proceden de la propia organización de la personalidad del individuo, que tiene conflicto con dinámicas razonablemente fluidas para el sujeto normal. La personalidad predispuesta a las crisis puede tener su origen en el fracaso en la resolución de crisis normativas, en excesos, carencias o desequilibrios de su desarrollo y, a veces, en simple y pura mala educación, con desconocimiento de pautas apropiadas de conducta para consigo mismo y con los demás.

Las crisis *normativas*, descritas inicialmente por Erik Erikson, son universales, en el sentido de que ocurren en todos los seres humanos, y, al mismo tiempo, personales, en el sentido de que, para cada individuo, su vivencia de cambio es intransferible, consubstancial a su propio desarrollo psíquico. Cada ser humano nace con un conjunto de aptitudes, capacidades y tendencias que conforman su constelación genética, actualizada y modulada por las influencias de la educación y del medio ambiente. La maduración de la personalidad se efectúa por etapas, a través del dominio sucesivo de tareas psicológicas y sociales específicas a cada una de ellas. Erikson plantea cada una de las crisis normativas de la vida como una oposición dinámica entre dos extremos: uno representa la actitud correspondiente a la resolución óptima de la tarea crítica y el otro a su fracaso. En realidad, es difícil encontrar personas que hayan triunfado o fracasado totalmente en alguna etapa del desarrollo, siendo lo normal que todo el mundo alcance un cierto grado de maestría en casi todas ellas. Cada dinámica crítica permite al individuo moverse en un continuo entre dos extremos, más que quedarse atrapado en una dicotomía exacta. Por eso es posible recuperar “asignaturas pendientes”, mejorando, con el tratamiento apropiado, el grado de superación de la crisis normativa en la que uno está relativamente atascado.

La superación de cada crisis normativa se acompaña de la adquisición de una virtud o cualidad humana básica, una “fuerza interna o cualidad activa”, como dice Erikson, rasgos de madurez que dan evidencia del grado de resolución de la tarea psicosocial correspondiente. El razonable éxito en cada tarea crítica en la edad apropiada se acompaña de la adquisición de la habilidad psíquica correspondiente y prepara al individuo para recorrer la siguiente fase de su desarrollo psicosocial. Inversamente, cada fallo relativo en un tarea crítica dificulta el tránsito por las etapas subsecuentes, y va marcando al individuo con sentimientos negativos específicamente asociados con cada una de esas crisis. En el [cuadro 13.3](#) se presentan las etapas correspondientes a cada edad, junto con su crisis psicosocial característica, la persona relacionada con la tarea crítica, su correspondencia con la etapa de desarrollo psicosexual según la clasificación de Freud, y la cualidad moral que se adquiere cuando se resuelve con éxito.

Las crisis espirituales, a pesar de su anticuado nombre, son enormemente actuales. Podría - mos llamarlas también crisis de convicciones o de compromiso psicológico, o de

creencias, pero el término clásico sigue sirviendo bien para transmitir la idea básica del problema. Pueden clasificarse en tres grandes grupos:

1. Negativas. Las creencias y la adscripción a organizaciones de tipo ideológico, religioso, y hasta deportivo, tienen un efecto protector sobre el sentimiento de continuidad personal. Cuando esto se pierde, porque las convicciones y vínculos internos se debilitan o porque entran en conflicto con otras dinámicas, se produce un estado de duda que puede llegar a la ruptura y rechazo de una parte importante de la identidad personal. Aparte del cambio que esto supone, el individuo se encuentra bruscamente desprotegido ante angustias y tensiones que antes eran fácilmente superables con el apoyo de su ideología, afiliación o creencia.
2. Positivas o de conversión. Inversamente, una persona en situación de crisis por razones externas, como una pérdida familiar o un fracaso de gran envergadura, o que se siente perdido por haber pasado una crisis espiritual negativa, puede sentirse bruscamente atraído por afiliaciones y creencias que antes le eran extrañas. Sin descartar la autenticidad de algunos casos, los individuos en esta situación son presa fácil de sectas y de movimientos más o menos sensatos, sobre todo si una cierta inmadurez les hace, además, proclives a crisis estructurales.
3. Místicas o de revelación. Conocidas desde hace mucho tiempo por descripciones de los místicos occidentales y de los gurús orientales, han sido estudiadas recientemente por Jung y Grof, entre otros. Este tercer tipo de crisis o “despertar” espiritual es de origen interno y sus manifestaciones pueden ser, a veces, alarmantes. Más que la adopción o rechazo de creencias, la causa de la crisis es una brusca entrada en contacto con aspectos del mundo interno desconocidos o reprimidos hasta ese momento, con acceso a modos de conciencia no habituales, también llamados en algunos contextos “transpersonales”. La práctica prolongada de técnicas de meditación y el tratamiento con técnicas psicológicas de inducción de estados de conciencia favorece la aparición de estas crisis de emergencia espiritual. Teóricamente, el propio proceso terapéutico va preparando al individuo para el adecuado afrontamiento y superación de estas crisis internas, que se traducen en una progresiva regularización y optimización de la personalidad. Los efectos psicodislépticos de algunas drogas también pueden provocar experiencias de este tipo, lo cual es mucho más peligroso, porque la experiencia puede degenerar en psicosis cuando el sujeto no está psicológica-mente preparado para integrarla.

Las crisis coyunturales dependen totalmente de circunstancias externas, que, sin ser en sí mismas traumáticas, superan temporalmente las capacidades de adaptación y/o resolución de un individuo normal. Pueden ocurrir en algunas circunstancias como, por

ejemplo, cuando se aproxima un examen difícil o una actuación importante, en vísperas de casarse, antes de cambiar a un nuevo empleo... Estas crisis suelen resolverse solas, excepto cuando alguna acción torpe del sujeto que las sufre complica la situación. El objetivo principal de la intervención es mantener a la persona operativa –sin bloquearse– y presente –sin huir– hasta que pase la coyuntura.

Cuadro 13.3. *Fases de desarrollo psicosocial de Erikson, y su relación con las etapas de desarrollo psicosexual de Freud y con la formación de cualidades humanas*

<i>Edad</i>	<i>Crisis Psicosocial</i>	<i>Persona relacionada</i>	<i>Etapas Psicosexual de Freud</i>	<i>Cualidad moral</i>
0-2	Confianza, desconfianza	Madre	Oral	Esperanza
1-3	Autonomía, vergüenza y duda	Padre	Anal	Voluntad
3-6	Iniciativa, culpa	Núcleo familiar	Fálica	Decisión
5-13	Industriosidad, inferioridad	Escuela	Latencia	Habilidad
13-20	Identidad, difusión de la identidad	Grupo de iguales		Fidelidad
18-30	Intimidad, aislamiento	Cónyuge	Genital	Amor
25-50	Creatividad, ensimismamiento	Hijos y dependientes		Ternura, capacidad de cuidar
45-	Integridad, desesperación	Humanidad		Sabiduría

Las crisis adaptativas son parecidas a las coyunturales, en el sentido de que la discontinuidad de la experiencia personal tiene su origen en un cambio importante en el entorno del individuo, pero difieren en que la situación desencadenante es más duradera,

incluso permanente, como tomar residencia en un nuevo país, cambiar radicalmente de profesión o empleo, subir o bajar drásticamente en el nivel social... Admitiendo que las nuevas circunstancias pueden ser difíciles para todos, lo normal es que la mayoría de los individuos se adapten, algunos incluso mejor que a su estado anterior. Se agrupan las crisis de adaptación en la categoría de “mixtas”, porque, aunque aparecen bajo los efectos de circunstancias externas, necesitan de una cierta inmadurez de las estructuras psicológicas del individuo para producirse.

13.6. La intervención en la crisis

Caplan y su escuela son los principales constructores de la teoría y la práctica de intervención en la crisis, pero el origen del concepto debe reconocérsele a Lindemann (1944), que demostró la importancia del tratamiento intensivo breve en reacciones de duelo subsecuentes a crisis inesperadas generalizadas. La intervención en la crisis es un procedimiento específico y global, cuya función es alterar el equilibrio de fuerzas internas y externas que conforman la crisis, intentando inclinar la balanza hacia el lado positivo. Una pequeña corrección de trayectoria en el momento oportuno puede tener mayores efectos que un largo tratamiento fuera de contexto. Existen varios modelos de intervención en la crisis, algunos de los cuales se describen en el apartado dedicado a “Técnicas psicoterapéuticas específicas” en el capítulo “El tratamiento de los síndromes de estrés”. Dos tratados excelentes sobre el tema en nuestro país son el de Robles y Medina (2002) y el de Fernández Liria y Rodríguez Vega (2002). El primero se concentra en la intervención psicológica en las catástrofes, que debe cumplir los requisitos de inmediatez, proximidad al lugar de la catástrofe, simplicidad y expectativa de una pronta recuperación. Inmediatamente después de una catástrofe es importante prevenir las consecuencias de la respuesta inicial de estrés, que son la pasividad, el aislamiento, la angustia y la desesperación. Para ello es importante evitar el desconcierto y el aislamiento, mantener a los presentes ocupados en tareas sencillas, aportar apoyo emocional y asegurar que lo que se está experimentando es una reacción transitoria normal ante una situación anormal y excepcional. Fernández Liria y Rodríguez Vega tratan principalmente de la intervención en las crisis de la vida cotidiana, especialmente las de tipo personal-traumático. Es muy interesante su clasificación de los tipos de crisis según su “narrativa”, es decir, según el tema principal que la persona en situación crítica quiere hablar con su terapeuta. La intervención en la crisis es un procedimiento específico cuyo objetivo principal es modificar la relación de fuerzas que conforman una crisis, haciendo más probable que la balanza se incline hacia el lado positivo. Una pequeña corrección de trayectoria en el momento oportuno puede producir grandes efectos. Las cualidades del psicoterapeuta son cruciales para este tipo de trabajo, por la extrema susceptibilidad del paciente a la calidad de la relación y por su extremada

influenciabilidad en la situación en que se encuentra. En el [capítulo 15](#) se dan indicaciones generales al respecto y en los [capítulos 16](#) y [17](#) se describen métodos específicos.

TERCERA PARTE

Las intervenciones

Psicometría del estrés

Psicometría, en su definición etimológica, significa “medición psicológica” (del griego psyche= mente; metron= medida). Para medir y cuantificar los factores de estrés disponemos de varias herramientas, cada una con sus ventajas e inconvenientes, tanto en lo que se refiere a los sesgos, rapidez, economía y objetivos de evaluación. El estrés, como se ha visto en el [capítulo 4](#), es un constructo complejo que depende de tres diferentes tipos de factores ([cuadro 14.1](#)).

- Factores internos propios del individuo que interviene directamente en la respuesta de estrés.
- Factores externos, propios del entorno que rodea al individuo y que también inciden directamente en la respuesta de estrés.
- Factores moduladores, que condicionan la respuesta de estrés, el efecto de los factores externos en el organismo y la relación entre factores externos e internos.

Los factores internos a su vez pueden dividirse en factores de estado y factores de rasgo. Un estado de estrés se caracteriza por ser transitorio y reactivo a una situación –por ejemplo, un estado de activación psicofisiológica ante una amenaza–. Un factor interno de rasgo se caracteriza por ser relativamente estable y consistente ante un amplio rango de situaciones –por ejemplo, la reactividad al estrés, entendida como el patrón de respuesta habitual de un individuo ante las situaciones de estrés.

Los factores externos son clasificables en agudos o crónicos atendiendo a su temporalidad y a su intensidad. Los agudos se presentan puntualmente en el tiempo y son transitorios, teniendo generalmente una alta intensidad. Un ejemplo de estresores agudos son los acontecimientos vitales estresantes descritos en la Escala de Holmes y Rahe (1967). La muerte de la pareja, cambios de domicilio o divorcios son ejemplos característicos. Los factores externos crónicos, por el contrario, tienen lugar de manera continuada y/o sistemática durante un periodo de tiempo prolongado, es decir son

persistentes. A diferencia de los estresores agudos, que están más ligados a cambios o acontecimientos vitales, los estresores crónicos están ligados al concepto de sobrecarga. Un ejemplo de estresor crónico puede ser una tarea difícil o una carga de trabajo excesiva durante un tiempo prolongado, o un mal clima psicosocial laboral. Muchas formas de estrés laboral que han sido descritas en los últimos 20 años como el “bullying” o “mobbing”, constituyen ejemplos de situaciones de estrés crónico. En los estresores crónicos la intensidad puede variar. Por ejemplo, un ambiente hostil en el trabajo puede ejercerse a través de amenazas directas intensas con violencia verbal, o a través de una constante negación de permisos o discriminación con otros compañeros, sin que la violencia sea manifiesta e intensa.

Cuadro 14.1. Factores de estrés

<i>Factores</i>	<i>Tipo</i>	<i>Variables</i>
Internos	Rasgo Estado	Reactividad al estrés, activación psicofisiológica, reactividad endocrina, reactividad al cambio
Externos	Agudos Crónicos	Sucesos vitales, estrés cotidiano, estrés crónico
Moduladores	Amortiguadores estrés Potenciadores estrés	Locus de control, amabilidad, apoyo social depresión, hostilidad-ira

Los factores moduladores son aquellos que, sin estar directamente relacionados con la respuesta de estrés, la condicionan o modifican y, por lo tanto, potencian o amortiguan sus efectos. Por ejemplo, es cierto que la muerte de la pareja es un estresor externo con una alta carga vital. Ahora bien, el impacto será amortiguado, si existe un alto apoyo social percibido por parte del sujeto, e incrementado, si se siente solo y aislado. En otras palabras, las redes sociales percibidas, aunque no son factores determinantes directos de estrés, sí modulan el efecto de otros factores de estrés y las interacciones entre ellos.

Cualquiera que sea el método utilizado, es importante llevar a cabo una recogida de datos con instrumentos que tengan una buena fiabilidad y validez. Medir un factor de estrés de forma fiable quiere decir que el instrumento aplicado lo hace con precisión, minimizando al máximo los errores. Si además mide lo que queremos medir, se dice que tiene una alta validez. Dentro de la validez, se puede distinguir entre una validez teórica y una validez empírica o externa.

La validez teórica muestra hasta qué punto el test se corresponde con el constructo a evaluar, es decir, si hay una correspondencia entre el instrumento y el concepto (ej., si estamos utilizando un cuestionario para medir la reactividad al estrés en una persona, su medida debe ser precisa, y además debe valorar ese factor con todas sus diversas expresiones cognitiva, motora, vegetativa y emocional, y no otras variables relacionadas como pueda ser la hostilidad).

La validez empírica o externa muestra si el test predice un determinado valor de la variable según otro criterio independiente. (ejemplo: El cuestionario de reactividad al estrés tendrá una validez externa alta si permite diferenciar a sujetos estresados y no estresados ante una tarea sensible al estrés o si correlaciona con alguna variable de salud o conducta que implique estrés (ej., correlación con el cortisol basal).

Estas dos características de los tests, fiabilidad y validez, se complementan. Un test no puede ser válido si no es fiable. Un test, sin embargo, puede ser fiable, pero puede no ser válido para un determinado objetivo. Por ejemplo, un test de reactividad al estrés puede ser muy preciso en su medida, pero no tener validez para predecir la conductancia electrodermal de un individuo.

Dentro de la psicometría del estrés se distinguen los siguientes métodos y/o técnicas de medición: (1) observación de conductas y autorregistros, (2) cuestionarios, inventarios y escalas, (3) pruebas o tests psicofisiológicos, (4) técnicas endocrinas, (5) técnicas proyectivas; y (6) la entrevista.

14.1. Observación de conductas y autorregistros

La observación de conductas se realiza por uno o varios jueces, y puede hacerse en condiciones naturales o en condiciones controladas como el laboratorio o durante la propia entrevista. La observación de conductas en contextos naturales consiste en el registro sistemático de comportamientos discretos y específicos en unidades de tiempo preestablecidas. Se ha utilizado mucho en las investigaciones etológicas. Aunque se registran comportamientos de forma precisa y sistemática, no informan de muchas variables fundamentales en la valoración del estrés, como las psicofisiológicas o cognitivas. Sólo se accede a las conductas manifiestas que los evaluadores anotan. Además, es fundamental minimizar los efectos de halo o de generalización, la influencia de los estereotipos y de los sesgos personales de los evaluadores en la codificación y valoración de las respuestas. Además de estos inconvenientes, la mera observación directa de conductas es cuestionable si no se tiene en cuenta su intencionalidad y su funcionalidad (Sánchez y Sánchez, 1995).

Una variante de la observación es la autoobservación de comportamientos, en la que se crean autorregistros en los que se anota: a) en qué situaciones y cuándo se presenta la respuesta de estrés, b) cuánto malestar percibe, c) qué pensamientos tiene, d)

qué comportamientos hace, d) qué consecuencias hay y e) qué ocurre al final del proceso. Los autorregistros son muy usados en la evaluación desde el modelo conductual.

Las técnicas de observación de conductas proporcionan información conductual manifiesta motora muy específica. No valoran, sin embargo, unidades o conglomerados de conducta más amplia que son predictores del bienestar de una persona. El autorregistro de conductas, además de implicar una subjetividad en la autoobservación, también sigue este enfoque reduccionista que coloca a la conducta particular como clave en la descripción del estrés.

14.2. Cuestionarios, inventarios y escalas

A los cuestionarios, inventarios y escalas se los ha denominado popular e incorrectamente pruebas objetivas, intentando atribuirles una objetividad que no les corresponde. Realmente, son pruebas subjetivas. El sujeto responde de forma subjetiva a una serie de ítems que conciernen a los diferentes factores de estrés, y lo hace en base a lo que cree o percibe de sí mismo.

Con estos instrumentos de medida se ahorran muchos costes y tiempo en la evaluación; se pueden hacer aplicaciones colectivas –son generalmente autoadministrados– y la corrección es fácil, e incluso está informatizada. Sus inconvenientes son los múltiples sesgos que presentan, tales la deseabilidad social y los modos particulares de respuesta de los individuos, como la aquiescencia, el extremismo o la inhibición de la respuesta, que plantean importantes problemas en la precisión y validez de la medida. Algunos instrumentos presentan escalas de sinceridad o de deseabilidad social para contrarrestar estos efectos, como por ejemplo el Inventario de Personalidad Multifásico de Minnesota (MMPI-II). Las escalas de validez de este test ofrecen información sobre la deseabilidad social y sobre los sesgos de aumento o de disminución de síntomas. Aun así, la información que proporcionan es más verbal que preverbal o corporal y, por lo tanto, está modulada por la apariencia que el sujeto quiera mostrar de sí mismo. Los cuestionarios, inventarios y escalas evalúan más lo explícito, lo que se autopercibe influido por sesgos socio-culturales y personales, lo que abiertamente se quiere reflejar o la imagen pública que el sujeto quiere o supone que debe dar. En esto difieren de las técnicas proyectivas, que se verán más abajo. Estas técnicas detectan los componentes menos obvios y explícitos, que muestran no tanto lo autopercebido, sino lo no percibido, lo que a pesar de los deseos o demanda de imagen pública del sujeto está afectando a su vida cotidiana. Son los aspectos de la personalidad más privados, primitivos, automáticos, probablemente vinculados al proceso de desarrollo psicológico en la formación del carácter, en el que se combinan el temperamento y la experiencia.

A continuación se describen varios instrumentos de medida de los diferentes

factores de estrés, algunos de los cuales se muestran en el apéndice de este libro:

1. Índice de Reactividad al Estrés de Rivera (IRE-32)

La reactividad al estrés se conceptualiza como “el conjunto de pautas habituales de respuesta cognitiva, emocional, vegetativa y conductual ante situaciones percibidas como potencialmente nocivas, peligrosas y desagradables” (Rivera, 1981). Se trata por tanto de un factor interno de estrés que incide directamente en la respuesta de estrés, tanto en su intensidad como en la forma. La reactividad al estrés ha sido evaluada por el IRE-32 (ver apéndice). Ésta es una prueba de papel tipo cuestionario de 32 ítems en la cual se describen reacciones que pueden experimentar las personas ante el estrés, tanto en el plano cognitivo, como en el vegetativo, emocional y conductual o motor. La persona debe señalar sus reacciones habituales ante situaciones de estrés. De las respuestas señaladas se extrae el Índice de Reactividad al Estrés, que constituye un factor de vulnerabilidad al estrés y predisponente al padecimiento de patología médica y/o psiquiátrica. El test se ha aplicado con forma de puntuación dicotómica (el ítem está presente o no) y de forma escalar, en que la persona gradúa su respuesta en una escala de 0 a 4. El IRE 32 ha correlacionado positivamente con variables psicofisiológicas como la actividad electrodermal (Monterrey, 1991) y bioquímicas (Treserra, 1994).

2. Escalas de Apreciación del Estrés. Fernández-Seara, J. L. y Mielgo, M. (1992)

Prueba con cuatro escalas independientes para diferentes ámbitos que valoran el estrés percibido y en qué grado el sujeto se ha sentido afectado, en un gradiente de 0 a 4. Las escalas son las siguientes:

Escala General de Estrés: 53 ítems

Escala de Acontecimientos Estresantes en Ancianos: 51 ítems

Escala de Estrés Socio-Laboral: 50 ítems

Escala de Estrés en la Conducción: 35 ítems

Estas escalas valoran primordialmente factores externos de estrés, sin distinguir entre agudos y crónicos.

3. Escalas de Clima Social-Moos, R, H. Moos, B. S. & Trickett, E. J. (1995).

Escalas de Clima Social. (adaptación española en TEA de Ballesteros, R. y Sierra B.)

Describe 4 escalas que detectan el clima social en Familia, Trabajo, Instituciones Penitenciarias y en el aula o clase. Las puntuaciones son dicotómicas en verdadero o falso. Evalúa la percepción de factores externos de estrés derivados de las relaciones entre miembros de un grupo, de la estructura, organización de la institución o grupo, del grado de control que se ejerce sobre los miembros y de la promoción de desarrollo que aparece en el grupo. Proporciona información tanto individual como grupal, permitiendo evaluar tanto el clima social percibido de la organización como el percibido por cada individuo.

4. Inventario “Burnout” de Maslach y Jackson (Adaptación española de Seisdedos, N., 1997)

Consta de 22 ítems que evalúa el síndrome de desgaste profesional o síndrome del quemado (“burnout”). Maslach y Jackson (1981) crearon un inventario para medir los factores de

- cansancio emocional (“al final de la jornada me siento agotado”, “debido a mi trabajo me siento emocionalmente agotado”)
- deshumanización (“creo que trato a algunas personas como si fueran objetos”, “creo que tengo un comportamiento más insensible con la gente desde que hago este trabajo”)
- realización personal (“Me encuentro animado después de trabajar con las personas”, “he realizado muchas cosas que merecen la pena en este trabajo”). En los ítems el individuo evalúa la frecuencia con la que experimenta los ítems en una escala de 0 (nunca) a 6 (todos los días). Este test refleja los efectos del estrés derivados del tipo de trabajo y ha sido aplicado sobre todo en profesionales de instituciones sanitarias, educativas o sociales

5. Cuestionario PSQ de Levenstein et al. (1993)

Cuestionario de 30 ítems en las que se valora el estrés percibido en el último año y/o en el último mes, valorándose la frecuencia en 4 grados desde casi nunca a casi siempre. Los ítems hacen referencia a respuestas como “se siente cansado”, “se siente frustrado”,

“se siente tenso”, “sus problemas parecen amontonarse”, etc. La mayoría se refieren de manera inespecífica a respuestas relacionadas con el estrés, aunque algunos se refieren a la percepción de factores externos de estrés también de forma inespecífica.

6. *Cuestionario de apoyo social funcional de Duke-UNC (Broadhead et al., 1988, Adaptación española de De la Revilla et al., 1991)*

Cuestionario autoadministrado compuesto por 11 ítems para medir “apoyo social percibido” en una escala tipo Likert. El apoyo social se evalúa en dos áreas: apoyo confidencial (disponer de consejo, guía o información, o compartir problemas con personas) y apoyo afectivo (tener amor, cariño, afecto, estima y sentirse perteneciente a un grupo). Las opciones de respuesta son: 0: Mucho menos de lo que deseo; 1: Menos de lo que deseo; 2: Ni mucho ni poco; 3: Casi como deseo; 4: Tanto como deseo.

7. *Escala de Reajuste Social de Holmes y Rahe (1967)*

Los primeros estudios sobre el impacto de los factores externos comienzan con los estudios de Holmes y Rahe (1967) con su escala de reajuste social (SRRS) –ver apéndice–. En España Rivera y Morera (1983) –ver apéndice– adaptaron la escala a la cultura española obteniendo algunas diferencias e incrementando el número de ítems.

8. *Listado de Experiencias Vitales (Life Experience Survey) de Sarason, Johnson y Siegel (1978)*

Este cuestionario describe 47 sucesos vitales estresantes, que son valorados tanto en su impacto (en una escala desde extremadamente positivo a extremadamente negativo) y en su predictibilidad (desde nada esperado a esperado totalmente).

9. *Cuestionario de Estrés Diario –CED– (Santed, M.A., Sandín, B. y Chorot, P., 1996) –ver apéndice–*

Cuestionario que operativiza 60 sucesos de estrés cotidiano que el sujeto debe valorar positiva y negativamente. Se basa en la Hassless Scale de De Longis et al. (1982). Las

escalas de sucesos vitales cotidianos evalúan los acontecimientos vitales estresantes diarios habituales durante un periodo de tiempo (ejemplo, 1 mes). El sujeto valora subjetivamente la presencia del ítem y el grado de severidad de cada uno de ellos. Los ítems describen situaciones cotidianas referidas al trabajo, vida familiar, social, salud o medio ambiente.

10. DEL (Daily Life Experience Chechklist) de Stone y Neale (1982)

La DEL o listado de experiencias cotidianas contiene 78 ítems, pidiendo al sujeto que describa qué eventos le han sucedido desde el momento en que se ha despertado por la mañana. Además, deben valorar en una escala de 0 a 6 la deseabilidad del suceso y su significatividad en una escala de 0 a 3.

11. La Hassless Scale de Kanner et al. (1981)

Contiene 117 ítems y los sujetos tienen que valorar su ocurrencia, frecuencia y la severidad de los ítems.

12. CAPS (Clinician Administered Postraumatic Stress Disorder Scales)

Escalas para la evaluación del Trastorno por Estrés Postraumático (TEPT) según los criterios del DSM-IV para ser administradas por un clínico. Adaptación Española de Orengo, F. y Ormaechea, J.A. (2003) –ver apéndice–.

Instrumento para la valoración del Trastorno de Estrés Postraumático de acuerdo con los criterios del DSM-IV. No es una escala autoadministrada sino que debe ser completada por un evaluador externo.

13. Versión española (2.0) de la Perceived Stress Scale (PSS) de Cohen, S., Kamarck, T., & Mermelstein, R. (1983), adaptada por Eduardo Remor

Esta escala autoadministrada evalúa el nivel de estrés percibido durante el último mes. Está formada por 14 ítems con un formato de respuesta de una escala de cinco puntos (0 = nunca, 1 = casi nunca, 2 = de vez en cuando, 3 = a menudo, 4 = muy a menudo). La puntuación total de la PSS se obtiene invirtiendo las puntuaciones de los ítems 4, 5, 6, 7,

9, 10 y 13 (en el sentido siguiente: 0 = 4, 1 = 3, 2 = 2, 3 = 1 y 4 = 0) y sumando entonces los 14 ítems. La puntuación directa así obtenida indica un mayor nivel de estrés percibido. Se trata de una escala que evalúa un factor interno de estrés, ya que, aunque hace referencia a situaciones externas, éstas son concebidas de manera inespecífica. Se busca valorar la respuesta percibida, más que la ocurrencia de problemas diversos.

14. Cuestionario de Estrés Laboral (CUEL-34). Hernández L., Romero, M., Rivera, J.L.G. y Rodríguez-Abuín, M.R. (1997)

El Cuestionario de Estrés Laboral (CuEL) es un instrumento que valora factores de estrés, internos, externos y moduladores, en el ámbito laboral (ver apéndice).

15. Escala del Impacto del Suceso de Horowitz (1979) –ver anexo–

El IES (Horowitz *et al.*, 1979) es una escala de 15 ítems que mide el estrés relacionado con traumas. Mide factores internos que caracterizan la respuesta de estrés postraumático. Contiene dos subescalas que evalúan las respuestas intrusivas y las de evitación en el trastorno de estrés postraumático.

16. Escala Revisada del Impacto del Suceso (IES-R) de Weiss (1996), y que han adaptado al español Báguena et al., 2001)

Añade más ítems a la Escala de Horowitz, conformando una nueva subescala de hiperactivación (ej., Ítems: Sentirse irritable y enojado. Sobresaltarse y asustarse fácilmente; Encontrarse como si estuviera funcionando o sintiendo como durante el suceso).

17. La escala de Locus de Control de Rotter (1966)

Mide la variable locus de control, factor modulador del estrés. Define dos formas de afrontar situaciones, que son relevantes para el afrontamiento del estrés y modulan los efectos de éste. La primera, afrontar las situaciones con la percepción de que hay una contingencia entre lo que uno hace y los resultados que se producen (locus de control

interno); la segunda forma, afrontar las situaciones con la percepción de que la relación entre las conductas y los resultados dependen de otras personas o del azar (locus de control externo, suerte). La Escala de Rotter está compuesta de 29 ítems con dos posibilidades de respuesta, una que define el locus interno y otro el externo. Hay adaptaciones españolas como la de Pérez-García (1984), que ha sido baremada. El locus de control modula los efectos de los factores externos de estrés en el individuo. En general, un locus de control interno fomenta la percepción de defensa ante una situación estresante; por el contrario un locus de control externo promueve la percepción de incontrolabilidad del medio ambiente, y genera una respuesta de indefensión. Sin embargo, en muchos casos es adaptativo tener atribuciones externas ante situaciones de fracaso (atribuirlo a la mala suerte por ejemplo), y tener atribuciones internas ante las experiencias de éxito. Se puede decir que el locus de control interno neutraliza los efectos nocivos del estrés, hasta un cierto punto. La búsqueda y percepción constante de control también puede generar efectos adversos.

18. La escala STAXI (inventario de expresión de la ira estado-rasgo) de Spielberger (Spielberger, Tobal, Cano y Casado, 1992)

Valora variables relacionadas con hostilidad, ira y agresión. Contiene 3 escalas que valoran la ira estado (estoy furioso), la ira rasgo (soy irritable, pierdo los papeles habitualmente) y la expresión de la ira. De la escala de ira rasgo se obtienen 2 puntuaciones que valoran el temperamento y la reacción de ira. La escala de expresión de ira tiene 3 subescalas: ira interna (frenar la ira o suprimirla con pensamientos), ira externa (ira hacia personas y objetos) y control de la ira (intentos de controlar la ira, respirar profundamente, visualizar algo agradable).

19. Cuestionario de los Cinco Grandes, de Costa y McRae (1999). Adaptación española de TEA Eds.

Evalúa los cinco grandes factores de la Personalidad desde el Enfoque Léxico: Neuroticismo, Extraversión, Responsabilidad, Amabilidad y Apertura a la Experiencia.

En general, las emociones positivas son factores que neutralizan o modulan los efectos del estrés. La amabilidad define facetas de confianza, franqueza, actitud conciliadora y sensibilidad hacia los demás. Es un factor de la Personalidad que modula el efecto de los factores internos y externos de estrés. Igualmente, la extraversión, relacionada con la capacidad para experimentar emociones positivas, es un amortiguador del estrés. Las redes sociales de las personas extravertidas son más amplias que las de los introvertidos: el apoyo social percibido tiende a percibirse como más alto.

20. *Cuestionario de Estrategias de Acoso en el Trabajo LIPT-60 de Rivera y Rodríguez-Abuín (2005) –ver apéndice–*

Instrumento autoadministrado para valorar las estrategias de acoso. Mide factores externos de estrés derivados de acoso psicológico en el trabajo, con tendencia hacia la cronicidad. También se denomina LIPT-60 en honor a Heinz Leymann, que desarrolló el primer cuestionario dicotómico de 45 para cuantificar estrategias mobbing. Es un cuestionario escalar, que proporciona una información global –frecuencia e intensidad percibida del conjunto de las estrategias de acoso padecidas– y de aspectos parciales de acoso –análisis de respuestas particulares–. Los indicadores generales son el número de estrategias percibidas, la intensidad global del acoso y la intensidad de las respuestas positivas. Los indicadores particulares son las 6 dimensiones descritas en el [capítulo 13](#) sobre el acoso psicológico en el trabajo.

21. *MMPI-II (Inventario de Personalidad Multifásico de personalidad de Minnesota-II de Hathaway y McKinley, 2002)*

Con el MMPI-II se valora el perfil psicopatológico de personalidad en el que hay diferentes escalas relacionadas con el estrés. En individuos con cuadros de estrés postraumático, se ha señalado un perfil 8-2 (SC-D) así como elevaciones en la Escala de Validez F (puntuaciones T por encima de 65 o 70). Además, existe una escala específica de estrés postraumático PK desarrollada por Keane *et al.* (1984), de 49 ítems del MMPI. La información obtenida de estos perfiles, junto con el resto del protocolo, permiten valorar el ajuste de la personalidad para enfrentarse a situaciones de estrés o situaciones desestructuradas.

14.3. Pruebas psicofisiológicas

Las medidas psicofisiológicas evalúan el componente fisiológico de la respuesta de estrés (ver Labrador y García, 1990; García y Roa, 1993). En estas pruebas se registran variables tales como la conductancia o resistencia electrodermal, actividad cardiovascular como la tasa cardíaca, el volumen del flujo sanguíneo (pletismografía) o la temperatura periférica de la piel. Las medidas psicofisiológicas no están influidas por los sesgos de respuesta y por la subjetividad del individuo, inconveniente característico de los cuestionarios. Por eso los tests psicofisiológicos sí que pueden denominarse objetivos, ya que miden una respuesta del organismo que no es producto de las creencias o de la

introspección. Cuando medimos la conductancia eléctrica de la piel, estamos registrando algo concreto, objetivo, más allá de lo subjetivo. Las medidas fisiológicas pueden registrarse en una situación de reposo mostrando la activación basal de un sujeto, o pueden extraerse de forma reactiva a una situación o estímulo. La activación basal detecta el estado psicofisiológico propio del individuo en varios momentos de tiempo en una situación neutra, estableciendo así una medida a partir de la cual se comprueba la variación de la respuesta fisiológica ante determinados estímulos. La medida de la respuesta reactiva a un estímulo necesita el establecimiento de una buena línea base, es decir, de una medida basal relativamente estable. Con este tipo de pruebas psicofisiológicas se eliminan los problemas de subjetividad y deseabilidad social en la respuesta, pero se aumenta el costo económico y de tiempo en la evaluación. Además, no están exentas de inconvenientes, al disminuirse la validez ecológica y al introducirse numerosas variables extrañas (Valdés y De Flores, 1990). Cuando se introducen aparatos de registro con sensores o electrodos, hay una invasión en el ambiente natural del sujeto. Además, factores medioambientales como ruidos o cambios en la iluminación producen oscilaciones y variaciones en las medidas. Por ello, deben tomarse medidas repetidas y promediadas a lo largo del tiempo para contrarrestar estos efectos indeseables. Con los sistemas de registro psicofisiológico se miden dos factores internos de estrés: la activación psicofisiológica y la reactividad al cambio de estimulación:

14.3.1. Activación psicofisiológica

El estrés produce activación psicofisiológica autonómica simpática, de forma que el incremento de activación detecta la respuesta ante los factores externos. Las medidas de activación psicofisiológica que se utilizan en la evaluación del estrés son:

- a) Conductancia electrodermal. Medida de la conductancia de una corriente eléctrica por la piel de los dedos de la mano. El estrés incrementa la producción de sudor, rico en electrolitos, que aumenta la conductancia eléctrica de la piel. En la población española, en una muestra de 111 sujetos, la media de la conductancia electrodermal en situación de reposo es 7,87 mhos d.t=5,37 (Rodríguez-Abuín y Rivera, 2006).
- b) La tasa cardíaca. El incremento de la actividad simpática ante el estrés aumenta la tasa cardíaca.
- c) La respuesta electromiográfica. En estados de activación psicofisiológica producidos por estrés se produce hipertonía muscular, que habitualmente se detecta en los trapecios, frontales o maseteros mediante electromiografía.
- d) Presión arterial. La activación psicofisiológica del estrés produce aumentos de la presión arterial, debida a la activación simpática del músculo liso alrededor

- de la superficie del vaso sanguíneo.
- e) Temperatura dermal. Cuando existe una excesiva activación psicofisiológica, la vaso-constricción periférica dificulta que la sangre llegue a los dedos de las manos con el mismo flujo que en una situación de reposo. Es por ello que hay una disminución de la temperatura en la piel de las partes más distales de las extremidades.

14.3.2. Reactividad al cambio

Si bien las medidas basales psicofisiológicas informan del arousal del sujeto, a veces la activación está desencadenada por determinados estímulos. En un contexto clínico o clínico-forense es útil medir el cambio en medidas psicofisiológicas ante la presentación de estímulos diversos. El procedimiento consiste en medir la respuesta del organismo durante o inmediatamente después de presentarse el estímulo, como máximo 20-30 segundos. Se comparan así las medidas pre-estímulo con la medidas post-estímulo. De esta forma, podemos ver la reactividad ante distintos tipos de estímulos, e incluso establecer una reactividad al cambio promedio. La reactividad al cambio es un factor interno de estrés si se valora el promedio de la reactividad al cambio. Asimismo, se evalúa también la carga de activación fisiológica desencadenada por diferentes estímulos.

14.4. Métodos endocrinos

La implicación del eje hipotálamo-hipófiso-adrenal en el estrés justifica la medición de variables endocrinas. Estos métodos de evaluación del estrés son objetivos y registran variables biológicas. Si bien es cierto que se pueden detectar catecolaminas en sangre o en orina, el procedimiento es costoso y se utiliza más la valoración de cortisol. El cortisol puede ser detectado en el plasma sanguíneo o en la saliva. Suele estar aumentado en situaciones de estrés agudo, excepto en pacientes con TEPT, que tienden a responder de manera poco intensa. Los valores normales medios en sangre son inferiores a 25 mcg/dl a las 8 de la mañana en ayunas. A nivel salivar, los valores medios son de 1,0 a 8,0 ng/ml por la mañana. En el estrés cotidiano prolongado estos niveles pueden estar aumentados. Sin embargo, en personas que han padecido estrés postraumático, que el nivel de cortisol basal puede no estar aumentado, sino incluso disminuir, correlacionando negativamente la intensidad de los síntomas del TEPT con el cortisol salivar (Neylan, Brunet, Nnamdi, Best, Metzler, Yehuda y Marmar, 2005).

El test de Supresión de Cortisol tras administración de dexametasona fue inicialmente utilizado para el diagnóstico del síndrome de Cushing y, posteriormente, de

la depresión mayor. La dexametasona, corticosteroide sintético, normalmente inhibe la producción de ACTH por la hipófisis y, subsecuentemente, de cortisol por la glándula suprarrenal. Esto no ocurre en el síndrome de Cushing, enfermedad en que la producción de cortisol es anormalmente elevada. También en la depresión mayor, para cuyo diagnóstico se emplean dosis de dexametasona menores, se mantiene anormalmente la producción de cortisol. En el trastorno de estrés postraumático se utiliza una dosis aún más baja de dexametasona, entre 0,25 mg y 1 mg. A diferencia de lo que ocurre en la depresión, en el TEPT se produce hipersupresión, reduciéndose los niveles después de una pequeña administración de dexametasona aún más que en los sujetos normales. En el estrés postraumático los niveles de cortisol pueden estar en el límite inferior de la normalidad. La reactividad del eje hipotálamo-hipófiso-adrenal es exagerada, y por eso su respuesta ante la supresión con dexametasona es mayor que la esperable en sujetos normales –hasta 10 veces el valor basal– (Barton, March y Wittert, 2002). En la población normal no clínica el valor de cortisol se suprime hasta la mitad como máximo.

El procedimiento del Test de Supresión de Cortisol por dexametasona a dosis ultrabaja es el siguiente:

- a) Extracción sanguínea o toma de muestra de saliva en ayunas a las 8 horas para detección del nivel basal preadministración
- b) El mismo día a las 23 h, administración de una dosis de 0,25 mg de dexametasona
- c) Al día siguiente, igualmente en ayunas, extracción de sangre o toma de muestra de saliva para establecer el valor cortisol post-dexametasona

14.5. Tests proyectivos

Los tests proyectivos han estado incorrectamente vinculados a la subjetividad cuando, muy al contrario, son producto de un proceso perceptivo objetivo que es lo que se analiza en la moderna metodología. Los tests proyectivos integran dos elementos:

- a) La presentación de estímulos con diferente grado de estructuración y complejidad. El grado de estructuración de los estímulos puede ser muy pequeño, como ocurre en el test de Rorschach, o puede ser más alto, como ocurre en las láminas del TAT de Murray.
- b) El proceso proyectivo, donde intervienen procesos perceptivos y de elaboración cognitiva. El modo en que se integran los procesos perceptivos y cognitivos produce diferencias individuales características secundarias a su relación con el medio ambiente y su estructura psicológica.

La tarea del profesional es valorar cómo el sujeto construye perceptivamente y elabora cognitivamente la estimulación. Este proceso de construcción y elaboración en la tarea proyectiva es influido por los factores de estrés. Con estos tests se suprimen y/o controlan los problemas de subjetividad y sinceridad del sujeto, aunque tienen el inconveniente del tiempo requerido para su aplicación y corrección y, además, la necesidad de una formación técnica apropiada del evaluador. Sin esta formación, los valores de fiabilidad interjueces disminuyen considerablemente y sería muy discutible su validez, por cuanto es muy fácil introducir elementos de subjetividad personal por el evaluador no entrenado. Los tests proyectivos y semiproyectivos, a diferencia de otras técnicas de medición, proporcionan información de segmentos conductuales amplios y en relación entre sí. Un cuestionario, cuando está evaluando un rasgo o un factor de estrés, nos proporciona medida de ese factor de forma estática, pero no de cómo opera en el sujeto; es decir, no nos informa de cómo afecta a otras variables del sujeto y del ambiente. Por ejemplo, de una prueba endocrina podemos obtener el cortisol basal de un sujeto, o de un cuestionario podemos averiguar su reactividad al estrés, pero estos datos están aislados y son insuficientes para el diagnóstico clínico. El test proyectivo, bien administrado, nos informa de cómo su reactividad al estrés repercute en su percepción y elaboración de la realidad, en su interrelación con el mundo y en la asimilación de las experiencias:

Juan y María están experimentando desde hace un año una situación laboral de incertidumbre y hostilidad interpersonal por parte de sus superiores, que les está generando inquietud, desasosiego, irritabilidad y estrés. Por ello, han desarrollado una sintomatología con dificultades para dormir, cansancio y problemas de concentración. Sin embargo, hay diferencias:

- Juan se ha vuelto suspicaz con los demás, está hipersensible y examina todo minuciosamente pensando que toda la gente quiere aprovecharse de él. Tiene problemas con su pareja porque se ha aislado y está a la defensiva sin comunicar sus emociones. Se ha vuelto muy reservado y cualquier contrariedad o frustración en las relaciones con los demás le hace comportarse hostilmente, incluso por situaciones carentes de importancia. Cuando está en una situación de tensión, se hace el fuerte, atacando a los demás y se percibe como un hombre justo y con dignidad.
- María se ha vuelto descuidada, llora a la mínima cuando se le habla de su situación, se siente incomprendida, tiene muchos despistes y ha dejado de hacer cosas que antes hacía. Se percibe inútil y culpable. Su capacidad para disfrutar ha disminuido. Dice no tener fuerzas para discutir y defenderse, y se ha vuelto muy dependiente de su marido e hijos para vivir.

Con tests tipo cuestionario, e incluso las medidas psicofisiológicas de estrés, estas diferencias son difíciles de valorar y cuantificar. Una misma situación de estrés puede derivar en diferentes desarrollos psicopatológicos. En el caso de Juan, el desarrollo es hostil-paranoide con una agudización perceptiva de tipo paranoide-obsesivo; sin embargo, en el caso de María, el desarrollo es depresivo-dependiente. El test proyectivo es capaz de aprehender este desarrollo donde se integran los factores de estrés dentro de la Personalidad que opera con un estilo de afrontamiento personal y característico. Esta

idiosincrasia es accesible desde estos métodos proyectivos, todo ello sin perder el rigor metodológico y de validez que debe caracterizar a cualquier técnica o método de evaluación. Dos tipos de técnicas de utilidad clínica para la valoración del estrés son las técnicas gráficas o de dibujo y el Psicodiagnóstico de Rorschach.

14.5.1. Técnicas gráficas

En estas técnicas el individuo realiza un dibujo, bien sea libre o bien sea con una determinada instrucción. Tras la construcción del dibujo, se le pide una historia de él. Estas técnicas aportan información a partir de los siguientes aspectos: la localización y tamaño del dibujo, la fuerza y tipo de trazo, los contenidos y detalles, la perspectiva y la forma y el contenido de la elaboración de las historias ([cuadro 14.2](#)). Con respecto al estrés, existen una serie de indicadores:

1. Trazo discontinuo: En cuadros de estrés crónico o transitorio con rasgos de personalidad obsesivos con dubitación.
2. Trazo de tensión: En cuadros crónicos de estrés, con hostilidad elevada manifiesta.
3. Borrado y/o repaso: En síndromes de estrés, en los que predomina la inseguridad.
4. Trazo rápido: Junto con trazo tenso, implica estrés agudo que sobrepasa al individuo.
5. Localización superior: Defensas esquizoides de intelectualización ante el estrés.
6. Tamaño pequeño y contenidos dañados: Afectación de la autoestima y la autopercepción en cuadros crónicos de estrés o en estrés postraumático.
7. Contenidos agresivos: Hostilidad manifiesta en el síndrome de estrés.

El resto de indicadores son de interés para configurar la idiosincrasia de cada síndrome de estrés. Puede haber síndromes de estrés con relaciones de dependencia o con relaciones de hostilidad. Los contenidos de los tests gráficos y la verbalización ante los dibujos aclara estos aspectos.

Cuadro 14.2. *Criterios para la valoración de los tests gráficos*

Dr. Manuel R. Abuín. Instituto de Psicoterapia e Investigación Psicosomática de Madrid
www.psicoter.es mra@psicoter.es

A. Indicadores gráficos: Trazo, características gestalt, localización, tamaño, contenidos, puntuaciones cualitativas

1. Trazo: se refiere a las características motoras de la producción gráfica

Continuo (Cn): Trazo con líneas continuas predominantemente largas sin repaso. Sólo se producen paradas en el trazo, para unir partes.

Discontinuo (Dn): Trazo con líneas discontinuas predominantemente cortas, acompañadas o no con repaso.

Repaso (R): Líneas repasadas en el trazo una o varias veces.

Firme (Fir): Trazo de presión media sin discontinuidades.

Débil (Db): Trazo excesivamente suave (presión del lápiz muy fina) que generalmente es discontinuo.

Tenso (Prt): Presión muy fuerte en el trazo del dibujo, que puede incluso romper la punta del lápiz.

Sombreado (Sh): Claro-oscuro en el dibujo bien sólo con el lápiz (oblicuo) o con ayuda de la mano u otra herramienta.

Borrado: Dibujo en el que se utiliza la goma para borrar una parte o el total de la gestalt producida.

Rápido: Trazo generado con gran rapidez motora, para un dibujo de complejidad media (ej., Dibujo de una persona o dibujo de una casa) entre 30 y 60 segundos.

Lento: Trazo generado con gran lentitud motora, para un dibujo de complejidad media, más de 5 minutos.

2. GESTALT

Completa (Cmp): Dibujo real o de ficción con todas sus partes finalizadas.

Parcial (Parc): Dibujo real o de ficción incompleto en alguna de sus partes.

Falta papel (FP): Dibujo completo o parcial al que le falta cierre o conclusión por falta de papel.

Perspectiva (Persp): Dibujo con representación tridimensionalidad, distancia o volumen.

Movimiento (M): Dibujo con algún contenido en movimiento explícito.

Estático (E): Dibujo con algún contenido en posición estática explícita.

Proporcionalidad (Pr): Dibujo que mantiene proporción adecuada o ajustada a la realidad entre sus partes.

Simetría (S): Una parte es reflejo exacto de la otra, bien a partir de un eje vertical, bien a partir de un eje horizontal.

Cerrada o conclusa (Cierr): Dibujo con gestalt cerrada o terminada, es decir, no tiene puntos de apertura irreales.

Abierta o con puntos de fuga: Gestalt no perfectamente cerrada en su contorno, partes no terminadas que están abiertas (ej., Techo sin cerrar) o con puntos mal cerrados (copa de un árbol con puntos de apertura).

Cuadro 14.2. (continuación)

General (Gen): Gestalt realizada sin ningún detalle específico o distintivo.

Detalles (Det): La gestalt es realizada con detalles, que lo diferencian de lo general y le dan idiosincrasia (ej., Figura humana con complementos en ropa).

3. Localización

Superior: Localización en el tercio superior

Inferior: Localización en el tercio inferior.

Centrado: Localización centrada.

Izquierda: localización predominante hacia el tercio izquierdo

Derecha: Localización predominante hacia el tercio derecho

Hoja apaisada: Dibujo con papel en posición apaisada.

Dirigida a la izda: Gestalt en sentido hacia la izda. del papel.

Dirigida a la dcha.: Gestalt en sentido hacia la dcha. del papel.

4. *Tamaño*

Grande: Mayor de $\frac{3}{4}$ partes del papel (vertical o apaisada).

Normal: Mayor de $\frac{1}{4}$ del papel y menor de $\frac{3}{4}$.

Pequeño: Menor de $\frac{1}{4}$ del papel.

5. *Contenidos*

Vitales: Seres vivos vegetales o animales

Desvitalizados: Seres vivos muertos u objetos inanimados.

Dañados: Contenidos con daño explícito físico o psíquico, o con rasgos disfóricos inequívocos.

Agresivos: Dibujos con contenido gestáltico de acción agresiva manifiesta.

Cooperativos: Dibujos con gestalt de acción cooperativa manifiesta.

Neutros: Dibujos con contenido neutro (ej., Paisaje sin matices evaluativos).

Otros: Señalar.

6. *Observaciones*

Forma de obtener la gestalt (ej., de una parte al todo, de un esquema general a lo específico...).

Trazo: De abajo arriba, de arriba abajo...

Nivel de detalles, comentarios al dibujar, observación cualitativa.

B. Indicadores de la historia-indicadores verbales y no verbales

Tipo historia, vínculos en la historia, variables temporales y contenidos

1. *Tipo historia*

Secuencial: Historia tipo con una secuencia temporal clara (combinaciones de pasado, presente y futuro).

Descriptiva: Descripción predominantemente ajustada a la forma sin explicaciones o valoraciones. Explicativo-intelectual: Descripción, generalmente amplia, con valoraciones o atribuciones sobre algún contenido, o elaboraciones explicativas acerca de un contenido.

Larga: Historia que se desvía del contenido original o se complica de tal manera que se hace farragosa o difícilmente comprensible.

Corta: Descripción defensiva con pocas frases cortas, muchas veces sólo con una frase que es como un título.

2. *Vínculos o relaciones y temáticas*

Agresión: Acción agresiva verbalizada de forma inequívoca.

Cooperación: Acción cooperativa verbalizada de forma inequívoca.

Daño: Historia con descripción del elemento dañado.

Pérdida: Historia con verbalización de pérdida afectiva, de estatus o de otro tipo (registro pérdida).

Reparación: Historia con verbalización reparación daño.

Aislamiento: Aparición figuras aisladas o en soledad en la descripción.

Neutralidad: No vínculo significativo de algún tipo (ej., Persona está de pie, con el sol encima y con una casa al lado).

Encuentro: Descripción de un encuentro.

Separación: Descripción desencuentro o separación de algo unido previamente.

Huida: Descripción de una huida ante algo o alguien.

Evitación: Evitación de algo o alguien.

Otros: Presencia de otras temáticas con diferentes vínculos.

3. *Tiempo*

Pasado: Descripción centrada en algo que ha sucedido ya en el pasado.

Presente: Contenidos centrados en el momento presente.

Futuro: Alusión al desenlace de una acción o suceso en el futuro.

4. *Contenidos*

Reales: Figuras o elementos del mundo real.

Imaginarios: Figuras o elementos elaborados en la fantasía.

Mixto: Elementos reales y fantaseados.

Distorsionados: Elementos reales con distorsión de alguna característica.

5. *Observaciones*

Elementos no verbales asociados a la comunicación verbal de la historia (miedo, temblores, inquietud psicomotora, reacciones vegetativas, llanto, agresividad, etc.).

14.5.2. *Test Psicodiagnóstico de Rorschach*

El test de Rorschach es una técnica semiproyectiva cuyos estímulos son 10 láminas de tinta con una estimulación poco estructurada y definida formalmente, y que son simétricas a los lados desde una línea central. Las 7 primeras son láminas acromáticas, excepto la segunda y tercera, que tienen pequeñas partes con color. Las tres últimas, por el contrario, contienen una gama variada de colores cromáticos, siendo láminas con contenidos que fácilmente evocan emociones. La tarea del individuo en el test consiste en reconstruir perceptivamente y elaborar cognitivamente la estimulación de las láminas. Para ello, la técnica tiene dos fases:

- a) Asociación libre: El individuo dice qué podría ser o ver en cada una de las diez láminas del test.
- b) Encuesta: Se le repiten las respuestas que ha dado el individuo, para que explique cómo ha percibido lo que dice que ha visto. El evaluador debe conocer qué características de los estímulos visuales son las que determinan sus respuestas. Esto es fundamental en la prueba, puesto que los determinantes de las respuestas aportan la información sobre las

características personales y las variables situacionales que caracterizan los procesos psicológicos y psicopatológicos de la persona y subyacen en su comportamiento. El enfoque no es, por lo tanto, en el contenido, sino en el proceso. De hecho, el contenido está en relación con un proceso, y es sólo una pequeña parte de la valoración del protocolo. Una vez finalizada la encuesta las respuestas se codifican a partir de los diferentes sistemas validados que existen para valorar las respuestas. Uno de los más reconocidos para cuantificar de forma fiable y válida los datos es el Sistema Comprehensivo de Exner (Exner, 1994, 2003, 2005; Sendín y Exner, 1998). Dentro de este sistema se obtienen unos determinantes e indicadores numéricos a partir de las respuestas del sujeto, que están sistematizados en diferentes estratos y tipos de población clínica y no clínica. Esto posibilita la comparación de un protocolo con un grupo de referencia, para estimar así su normalidad o no. Así mismo, se han realizado, por una parte, estudios de validación para determinar el significado y el poder explicativo y de predicción de cada índice; y, por otra, de fiabilidad para estimar el grado de concordancia y de precisión que se obtiene en la codificación. Este esfuerzo de objetivación no es incompatible con un estudio cualitativo de la secuencia y composición de las respuestas a través de las diferentes láminas, lo que nos proporciona una gran cantidad de información.

Este enfoque en el proceso, con rigor psicométrico, integra lo cognitivo y lo emocional dentro de la Personalidad, diferencia lo que es estilístico de lo que es situacional y lo que es transitorio de lo que es crónico. Además, evalúa diversos tipos de emociones y formas de procesamiento de la estimulación, las causas posibles y los desarrollos de los diferentes síndromes clínicos y el pronóstico de cada uno de ellos. Por último, proporciona información valiosa para el establecimiento del enfoque terapéutico más adecuado para cada caso en particular. La integración del procesamiento de estimulación dentro de la Personalidad a través del Test de Rorschach aporta un conocimiento del estrés y su patogenia en varios parámetros: 1) la temporalidad o transitoriedad-estabilidad del síndrome clínico de estrés; 2) el impacto del estrés, es decir qué huella y qué tipo de afectación produce en el procesamiento cognitivo y en la personalidad, tanto en la autoestima como en la autopercepción; y 3) la forma de expresión, es decir qué forma patogénica se produce (depresiva, ansiosa, hostil-paranoide, desorganización psicótica...).

A) Valoración de la temporalidad-transitoriedad del cuadro de estrés

Los factores externos de estrés dejan huellas y secuelas en el funcionamiento psicológico. Si la huella es ligera o liviana, hay unas manifestaciones características; si la

huella es marcada, las manifestaciones son otras. Por ejemplo, una experiencia de maltrato psicológico continuado genera una huella psíquica diferente que una experiencia de una ruptura de pareja o que un fracaso puntual en una prueba académica. En el primer caso –maltrato psicológico continuado; por ejemplo, con menosprecios directos por parte de alguna figura de autoridad–, la huella es más marcada y/o duradera ya que se va generando durante más tiempo y además afecta a la seguridad y confianza vital del individuo; en una ruptura sentimental la huella es menos marcada, aunque significativa, dependiendo de la duración de la relación y del tipo de vínculo establecido; y un suspenso aislado en una asignatura deja generalmente –salvo excepciones patológicas– una huella transitoria que se disipa rápidamente. El Test de Rorschach valora la transitoriedad de los cuadros. Sin entrar en consideraciones muy técnicas, hay cuatro indicadores relevantes en el Sistema Comprensivo para valorar esta transitoriedad del cuadro:

- a) Indicadores de estrés situacional: presencia de movimiento inanimado (m) y sombreado difuso (y) en exceso. Cuando hay un exceso, más de una respuesta con “m” y más de una respuesta con “Y”, informan de un estrés originado en la situación. Obviamente, es necesario ver otro tipo de indicadores para ver si existe otro estrés no situacional.
- b) Indicadores de textura. La textura en el test de Rorschach (respuestas de percepciones táctiles a partir del sombreado) constituye una variable importante que valora la cercanía afectiva. En más del 90% de la población sólo hay una respuesta con textura. En las separaciones o pérdidas afectivas recientes (desde unos meses hasta 1 año), hay un incremento de estas respuestas.
- c) Indicadores de color acromático. La utilización en exceso del color gris, negro o blanco como determinante de las respuestas tiene que ver con factores de estrés más establecidos en la dinámica mental. Está aumentado en pacientes depresivos (más con color negro y gris que con blanco) e implica una constricción de afectos.
- d) Indicadores de perspectiva o tridimensionalidad. El aumento de indicadores de perspectiva o tridimensionalidad (vista “V” –perspectiva o dimensión a partir del sombreado, o forma-dimensión “FD”– a partir de la distancia o tamaño), más de dos respuestas en un protocolo implican un procesamiento de la información con una excesiva autoatención; es decir, se autoanaliza en exceso y se toma demasiada perspectiva de las vivencias. Estos indicadores están aumentados en las experiencias de daño psicológico temprano o continuado en el tiempo. Es decir, los estresores han operado mucho tiempo para dejar una huella marcada en la dinámica psicológica.

Por supuesto, es necesario considerar los recursos cognitivos y emocionales para afrontar toda esta carga de estrés tanto transitorio como crónico y las demandas internas

insatisfechas crónicamente –estrés interno por necesidades insatisfechas–. Esto es lo que se valora en las respuestas donde interviene el movimiento humano y el color (recursos). Un individuo con muchos recursos personales podrá transformar este estrés en soluciones prácticas y desarrollos de su Personalidad. De ahí que sea necesario valorar la tolerancia al estrés en relación con los diferentes tipos de estrés (para más información, Exner, 2003, 2005). Estos datos, cuando aparecen, deben ser encuestados en la entrevista buscando las situaciones en el tiempo que puedan haber generado estos efectos. Así aparecerán, por una parte, cuadros transitorios, como los trastornos adaptativos, o cuadros psicóticos breves, algunos con connotaciones culturales (ej., el susto, el síndrome amok) en el que hay un exceso de estrés situacional que puede desbordar al individuo. Por otra parte, si los factores externos de estrés llevan más tiempo operando o corresponden a una pérdida afectiva importante, aparecen desarrollos psicopatológicos estables que se hacen crónicos si no reciben tratamiento apropiado.

B) Valoración del impacto del estrés

El impacto del estrés suele estar en relación con la transitoriedad del cuadro. El impacto sobre la autopercepción (cómo es la imagen que uno ha construido de sí mismo) y la autoestima (cómo es valorada afectivamente dicha imagen por uno mismo) es intenso cuando un cuadro de estrés se ha hecho estable, mientras que es más leve cuando es transitorio. Veamos este ejemplo desde las propias respuestas:

“Una mujer de 47 años desde su niñez recibe un maltrato por parte de su padre que la menosprecia persistentemente con mensajes tipo tales como: “El profesor de piano te dice que lo estás haciendo bien, porque le pagas, no porque lo hagas bien; pórtate bien con tu marido y no protestes, porque se va a ir con otra”. En el test de Rorschach nos encontramos con nueve respuestas con contenidos dañados, con dos respuestas de vista y cuatro de Forma-Dimensión, además de nueve respuestas de movimiento inanimado y tres de sombreado difuso. Las respuestas muestran una desvalorización con tintes negativos, con intenso estrés actual y con sobrecarga de estrés crónico. Su autoestima está afectada, se percibe como dañada y hace un gran esfuerzo por tomar perspectiva, es decir, está constantemente tomando distancia de los sucesos de su vida: ya no puede dejar pasar las cosas. Este caso muestra una autopercepción y autoestima dañada, pero hay otros casos en los que puede haber un endiosamiento o narcisismo compensador reactivo que puede confundir.

El exceso de egocentrismo, caracterizado por una incapacidad para tener otros puntos de vista ajenos al propio, es una resolución de situaciones de estrés crónico por maltrato –muchas veces encubierto o sutil–. En este caso, la autopercepción está dañada, aunque aparentemente no lo parezca. En el test de Rorschach, las respuestas de reflejo muestran este narcisismo y su presencia en adultos es significativa. Por último, otra forma de resolver situaciones crónicas de estrés es percibir de forma ideal o parcializada

las relaciones interpersonales, mostrándose como paranoide en el contacto interpersonal (predominio de contenidos humanos parciales sobre los humanos completos) o con idealización excesiva en las relaciones (predominio de contenidos humanos de ficción sobre los humanos completos).

C) Valoración de las formas patogénicas del estrés

El test de Rorschach es muy útil para la caracterización de los diferentes desarrollos patológicos relacionados con el estrés, tal como se discute más adelante en el [apartado 14.7.4](#).

14.6. Entrevista Clínica

La entrevista es una técnica que sirve para recoger información sobre una persona, tanto de lo que dice (información verbal) como de lo que no dice. Se valora lo verbal y lo no verbal. En una entrevista se persigue una información fiable, tanto desde el punto de la congruencia y estabilidad de la información obtenida, como desde el del acuerdo interjueces, y válida, la información predice comportamientos y está en relación con lo que le pasa actualmente, el curso de la entrevista tiene congruencia y sus resultados sirven para obtener información relevante. En una entrevista para valorar el estrés debemos obtener datos sobre:

- a) Las situaciones de estrés del sujeto
- b) El patrón de respuesta del sujeto ante estas situaciones de estrés
- c) Su manera de afrontamiento
- d) Las consecuencias de su afrontamiento, considerando la funcionalidad de éste y las posibles ganancias primaria (funcionalidad del síntoma) y secundaria (beneficios obtenidos de sus síntomas)
- e) Los recursos psicológicos y sociales de la persona para contrarrestar, amortiguar o canalizar el estrés
- f) Una hipótesis explicativa integradora de los diferentes factores de estrés y recursos del individuo, para diseñar un plan de acción terapéutico

Sea cual sea el grado de estructuración empleado en la entrevista, es necesario atender a aspectos más cualitativos como la comunicación no verbal, el estilo en el lenguaje, el estilo cognitivo-afectivo, la atención, la congruencia del discurso y los lapsus cognitivos ante contenidos específicos. Es decir, en la entrevista no sólo se recoge

información de lo que dice el sujeto, sino también de lo que observa el entrevistador. La comunicación no verbal (posición del cuerpo, mirada, tensión muscular, respiración, gesticulación...) es algo fundamental para valorar la activación general del individuo y sus reactivación específica ante contenidos de la entrevista relacionados con sus situaciones de estrés. La entrevista puede utilizarse en combinación con otros instrumentos de medida. En particular es útil la entrevista poligráfica, en la que se comprueba la activación psicofisiológica concomitante con el transcurso y contenidos de la entrevista. Con respecto al estrés postraumático, se han desarrollado entrevistas estructuradas con el propósito de evaluar el cuadro de acuerdo con los criterios del DSM-IV, una de las cuales se presenta en el apéndice.

14.7. La integración psicométrica en la evaluación clínica del estrés

La evaluación clínica del estrés no sólo utiliza instrumentos específicos para los distintos factores de estrés, sino que combina e integra diferentes metodos con el objetivo de llegar a un diagnóstico y elaborar un plan terapéutico. No existe ninguna metodología exclusiva para la evaluación de los diferentes síndromes y, por ello, es necesario seleccionar e integrar tanto pruebas proyectivas como las de tipo cuestionario junto con una buena entrevista para abordar los diferentes casos clínicos. En la evaluación clínica se distinguen varias fases y procesos (ver [figura 14.1](#)).

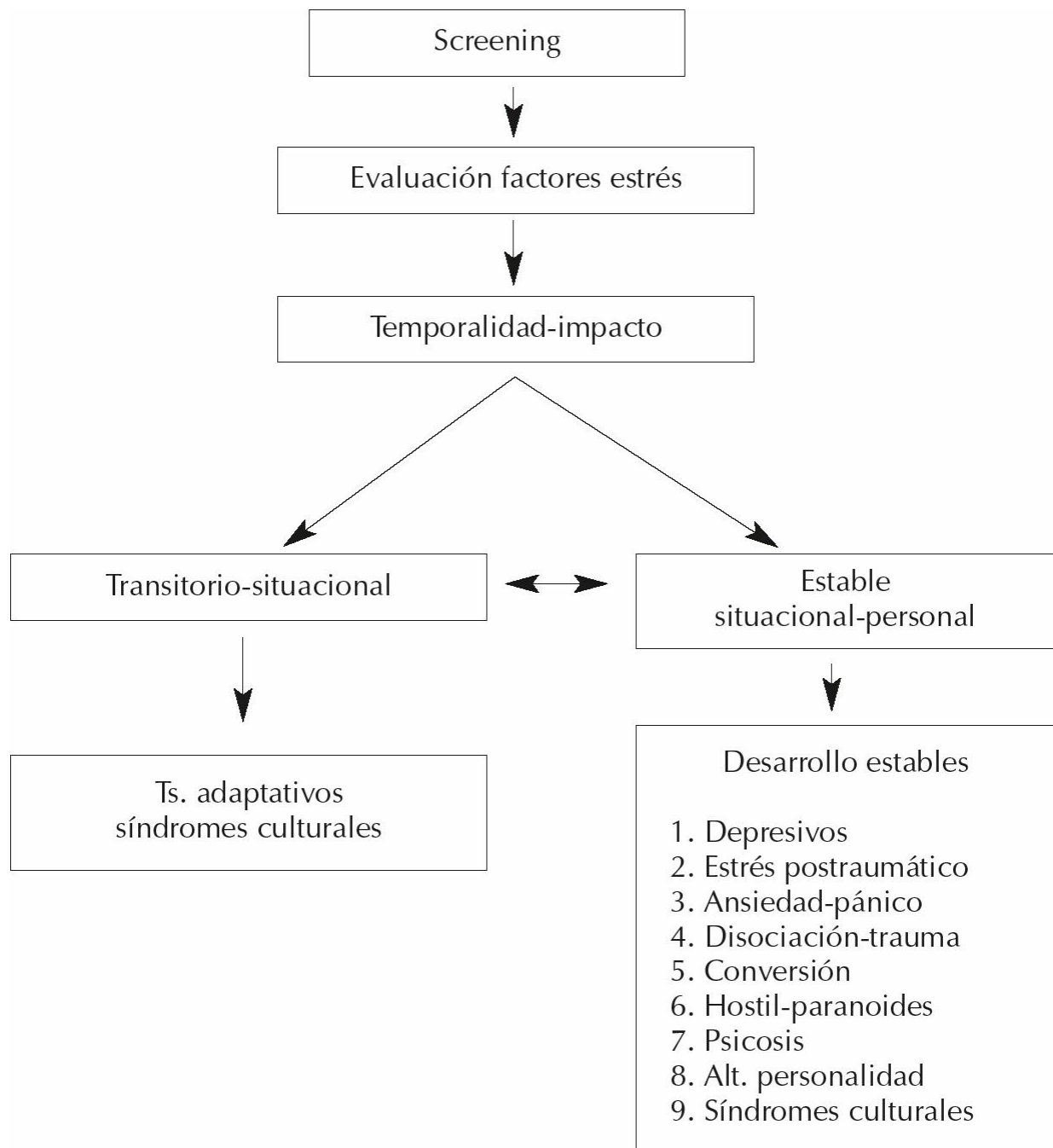


Figura 14.1. Proceso de evaluación.

14.7.1. Fase screening

Consiste en la recogida rápida de la percepción de distrés por el individuo. Una de las pruebas más útiles para obtener esta información es el Cuestionario de 90 Síntomas, SCL-90R de Derogatis (versión española en TEA de Rivera, De las Cuevas, Rodríguez-

Pulido y Rodríguez-Abuín, 2002). Además de información amplia de la sintomatología psicopatológica, nos informa del grado de distrés percibido y de la gravedad de su sintomatología. Consiste en un inventario autoadministrado de 90 síntomas que describen varias facetas de psicopatología. El individuo debe valorar la presencia y el grado en el que estos síntomas le molestan en una escala tipo Likert desde 0 (no presente en absoluto) hasta 4 (mucho o extremadamente), referido a la semana previa a la evaluación. Los síntomas descritos en los ítems se agrupan en 9 dimensiones sintomáticas: Somatización, Obsesión-Compulsión, Sensibilidad Interpersonal, Depresión, Ansiedad, Hostilidad, Ansiedad Fóbica, Ideación Paranoide y Psicoticismo.

Los indicadores más útiles para valorar el distrés percibido son los tres índices globales, y más en particular el último de ellos: el Índice Global de Gravedad de los Síntomas (GSI) que evalúa la intensidad del distrés percibido; el Total de Síntomas Positivos (PST) que evalúa el número de síntomas presentes; y el Índice del Distrés de Síntomas Positivos (PSDI), que evalúa de forma combinada la intensidad y la cantidad de síntomas. La presencia de los síntomas más relevantes debe ser encuestada en la entrevista, atendiendo también a las posibles situaciones relacionadas con los síntomas.

Como autoinforme hay tres tareas para realizar por el paciente en la evaluación: la historia de traumas, la lista de problemas y la lista de deseos.

- a) La historia de traumas. Consiste en la identificación por parte del individuo en el tiempo de aquellos acontecimientos o sucesos que le han dejado huella física (enfermedades, operaciones con anestesia general, traumatismos físicos, intoxicaciones por drogas, estimulación vestibular intensa) o psicológica (pérdidas afectivas, fallecimiento de la pareja, etc.), desde su nacimiento hasta nuestros días. Es útil para el individuo darle un modelo para la elaboración de la historia como el Cuestionario de Experiencias Traumáticas (Rivera, 2005). Esta tarea permite ver el grado de apercepción de su historia vital traumática y el grado de bloqueo psicológico, en el que pueden entrar en marcha fenómenos disociativos (como olvidos selectivos).
- b) La lista de problemas. Deben considerarse de una forma autobiográfica, lo que facilita la conexión de los síntomas con su historia vital y su Personalidad. En otras palabras, permite ver la integración de sus estresores dentro de la personalidad y tener una primera medida de sus mecanismos de defensa ante las situaciones de estrés.
- c) La lista de deseos. Se le pide que escriba los deseos que actualmente quiere para su vida (objetivos, metas, propósitos, planes para el futuro...). Indirectamente se puede detectar la influencia de acontecimientos estresantes en su vida. En personas con alta afectación del estrés, veremos o una restricción de los deseos o una proyección en negativo de sus expectativas (ej., “deseo no estar enfermo” en lugar de “deseo estar con buena salud”; “deseo no suspender” en lugar de “obtener buenas calificaciones”). Todos estos aspectos están en relación con vivencias de

indefensión aprendida que igualmente deben ser encuestadas en la entrevista.

14.7.2. Evaluación de factores de estrés

Siguiendo una entrevista de carácter semiestructurado, el siguiente paso es medir los factores que son relevantes de acuerdo con esta primera fase de “screening”. Los instrumentos que se deben utilizar van a depender de los primeros datos hallados en la primera valoración o “screening”. Por ejemplo, si existe un posible problema de estrés laboral y de relaciones interpersonales en el trabajo, el Cuestionario de Estrategias de Acoso LIPT-60, el Inventario del Burnout o el Cuel-34 pueden ser de aplicación indicada. Los tests psicofisiológicos, endocrinos y proyectivos aportan información muy útil para diagnósticos diferenciales difíciles y para aplicaciones forenses.

14.7.3. Valoración de la temporalidad-transitoriedad del cuadro de estrés

Con los instrumentos de diagnóstico endocrino y proyectivo se puede valorar el impacto o secuela que pueda haber por estrés, como se ha visto anteriormente.

14.7.4. Valoración de la patogenia secundaria al estrés (estudio de los desarrollos psicopatológicos)

Cuando un trastorno se ha hecho estable, las manifestaciones del cuadro van a ser distintas dependiendo de la personalidad del individuo y de los factores externos de estrés que hayan intervenido. Así se distinguen diferentes desarrollos: depresivos, estrés postraumático, ansiedad-pánico, disociativos, conversivos, hostil-paranoides, psicóticos y alteraciones de la Personalidad. Es decir, el estrés no tiene una manifestación única en los diferentes síndromes clínicos.

- Los desarrollos depresivos muestran un agotamiento emocional postestrés, característico por ejemplo de los cuadros de burn-out y de sobrecarga. Escalas con síntomas depresivos y la entrevista permiten evaluar el síndrome de forma descriptiva. Técnicas proyectivas permiten integrar el desarrollo dentro de la personalidad.

- Los desarrollos de estrés postraumático generan una variedad de síntomas importantes, que pueden ser obsesivos-intrusivos, disociativos, vegetativos, afectivos y de alteraciones en la Personalidad. La escala del Impacto del Estresor ayuda en la valoración del impacto del estresor.
- Los desarrollos de ansiedad-pánico son observables fácilmente. A partir de una experiencia de estrés agudo, la hipervigilancia constante junto con la necesidad de control y problemas de concentración aparecen en muchos cuadros.
- Los desarrollos disociativos son frecuentes en casos de estrés postraumático y en síndromes de victimización y maltrato. Parte de los contenidos de la conciencia son disociados y se mantienen separados de los procesos perceptivo-cognoscitivos que sostiene la identidad. En muchos casos, las experiencias no se recuerdan en su integridad o la percepción de los objetos y las personas es fragmentada o distorsionada, para poder asimilar la realidad (como el secuestrado que dice sentir simpatía por su secuestrador y sólo percibe en él aspectos positivos). En la evaluación, lapsus cognitivos pueden indicar indicios de disociación, así como determinados cambios no verbales (llorar por ejemplo) no concordantes con una verbalización con contenido neutro o positivo. En el test de Rorschach también se han señalado indicadores de disociación, aunque no de forma concluyente o precisa (Briere, 2004).
- En los desarrollos conversivos, el cuerpo es la vía de expresión del estrés. Por ejemplo, las sensaciones de bolo en la garganta, de forma que no puede tragar la comida, o la traga con mucho dolor en la zona. Pueden existir casos desencadenados por una pérdida afectiva (muerte de un ser querido, por ejemplo) o en patología histérica. En la exploración se constata con frecuencia vínculos de dependencia afectiva interpersonal muy intensa entre la pareja.
- Los desarrollos hostil-paranoides son frecuentes en situaciones de hostilidad interpersonal en organizaciones o en situaciones que implican desavenencias con instituciones. Es importante en estos casos distinguir entre sujetos paranoides estructurales en su personalidad y en sujetos con paranoias reactivas a estas situaciones de estrés. Por ejemplo, alguien que haya sido apartado injustificada y progresivamente en el trabajo de sus funciones y competencias fácilmente desarrollará un síndrome de estrés por acoso que puede derivar en un desarrollo hostil-paranoide. Como consecuencia de ello, el individuo desconfiará de otros compañeros en otros trabajos y manifestará desconfianza e inseguridad en otras situaciones de relación interpersonal en su vida. El test de Rorschach es un instrumento útil para distinguir paranoias estructurales de paranoias reactivas (Rodríguez-Abuín, 2005) gracias a varios indicadores de los cuales el principal es el de textura. En la paranoia estructural no existe necesidad de cercanía afectiva, mientras que en la

secundaria sí existe, e incluso puede estar aumentada.

- Los desarrollos psicóticos pueden generarse en personas con pocos recursos personales o con pobre diferenciación psicológica, o con alta vulnerabilidad al estrés. Su desorganización es fácilmente detectable con circunstantialismos, un pensamiento prolijo y desorganizado, perdiendo el hilo constantemente, sobre todo cuando hacen referencia a la temática estresante.
- Las alteraciones de la personalidad han sido descritas tras exposición a estrés extremo y persistente, y son importantes en los casos del estrés infanto-juvenil. Los cuadros de despersonalización pasajera de la adolescencia pueden complicarse con la aparición de alteraciones de la personalidad si el proceso de formación de la identidad se ve alterado por la combinación de otros factores, como el consumo de drogas, vivencias traumáticas y dificultades serias en la integración en su grupo. Los jóvenes refieren que han perdido interés por el mundo porque “no me llena” o “me parece aburrido”. Supervivientes de violaciones o de abusos familiares suelen generar alteraciones de la personalidad que pueden ser de tipo límite, histriónico u otro.

El tratamiento de los síndromes de estrés

Antes de describir los diferentes métodos y técnicas específicos para los síndromes de estrés, es necesario sentar las bases generales sobre las que reposa todo tratamiento, sobre todo el de cuadros clínicos en los que las capacidades cognitivas, emocionales y de relación están particularmente afectadas. La alternancia entre desconexión disociativa y sugestionabilidad, el riesgo de conductas maladaptativas e impulsivas, el fluctuante autoconcepto y la reducida capacidad de atención que presentan estos pacientes los convierte en una población sensible a intervenciones iatrógenas, en las que un mal consejo o una actitud descuidada puede ser peor que ninguna intervención en absoluto. A pesar del indudable progreso de la psicofarmacología, raramente es suficiente para asegurar el éxito terapéutico. Es por lo tanto necesaria su integración con el tratamiento psicoterapéutico, que puede, en ocasiones, ser eficaz por sí solo. Toda intervención clínica requiere un conocimiento especializado y una adecuada experiencia y, sobre todo la psicoterapia, una correcta actitud y una apropiada disposición personal. Cuando estas condiciones están presentes, es posible establecer una relación que facilite la experiencia emocional correctora y el fortalecimiento de las capacidades de autorregulación emocional.

15.1. La formación personal del terapeuta

Según famosa frase de Aufreitter, “Para ser psicoterapeuta hacen falta tres cosas: ser buena persona, tener gusto por la gente y conocer bien algún método”. Este aforismo transmite la idea de que el mero estudio teórico no es suficiente para hacer psicoterapia. Las cualidades personales del psicoterapeuta son cruciales, tanto por la extrema susceptibilidad del paciente a la calidad de la relación como por el esfuerzo emocional que ésta supone para el terapeuta. No hay técnica que resulte eficaz con un terapeuta patoso o malévolo e, inversamente, un buen terapeuta puede hallar de manera intuitiva la

intervención apropiada en situaciones imprevistas y complicadas. Además, gran parte del aprendizaje para el afrontamiento del estrés y la resolución de las crisis tiene lugar de manera incidental, esto es, por absorción progresiva de las actitudes del terapeuta con ocasión de sus intervenciones concretas. Por eso, es necesario que éste posea en alto grado las capacidades y estrategias que han de transmitirse a su paciente. Por otra parte, el ejercicio de la psicoterapia es inherentemente estresante, hasta el punto de que muchos residentes en psiquiatría y psicología clínica muestran signos de estrés postraumático (Klaman *et al.*, 1993) y muchos profesionales en activo, de desgaste profesional (Livianos *et al.*, 1999). Las causas de este sufrimiento psíquico no dependen sólo de las dificultades y exigencias del contacto interpersonal con el enfermo, sino también de la reactivación de los propios conflictos y contradicciones del terapeuta, con frecuencia relacionados con los factores internos que favorecieron en su momento la elección de la especialidad. En los primeros años de formación del psiquiatra se ha observado una crisis de identidad profesional (Rivera, 1980), cuya resolución óptima permite el fortalecimiento de algunas cualidades y rasgos personales esenciales para el psicoterapeuta. Estudiando el modo de trabajo de grandes psicoterapeutas de distintas orientaciones, como Rogers, Erikson, Luthé y Aufreitter, se han podido identificar seis de estos rasgos, que son: 1) Empatía objetiva, 2) Aceptación dinámica del paciente, 3) Tolerancia de la ansiedad, 4) Apertura mental 5) Renuncia a toda gratificación emocional a expensas del paciente y 6) Motivación creativa (Rivera, 1982). Todas estas cualidades deben estar presentes, al menos en embrión, en la constitución natural del terapeuta, que habrá de desarrollarlas mediante su entrenamiento en programas adecuados de formación psicoterapéutica.

15.1.1. Establecimiento de la relación terapéutica

La actitud empática, genuina y sincera del terapeuta es esencial, evitando muestras de compasión o conmisericordia, y haciendo patente su interés por el paciente y por sus vivencias. La aceptación dinámica del paciente en toda su dimensión, tanto en su sufrimiento como en sus capacidades de autorregulación, tanto en sus tendencias más creativas como en las más negativas y destructivas, favorece la comunicación y el desbloqueo terapéutico. La escucha activa deja al paciente la guía general de la interacción, pero con la introducción por el terapeuta en el momento oportuno de pequeñas “correcciones de trayectoria”, que facilitan la clarificación, la catarsis, el descubrimiento y la exploración de nuevas posibilidades de solución. No se trata de contradecir, dar instrucciones o convencer, sino de abrir canales mentales hacia alternativas liberadoras del círculo vicioso en que el paciente tiende a encerrarse. Inicialmente, el tema de la narrativa no es esencial, ni tampoco lo es acertar a la primera ni guiar hacia un terreno prefijado; el proceso de corrección de trayectoria es, en sí

mismo, más importante que sus contenidos concretos. La experiencia de que las decisiones que el paciente ha ido tomando a lo largo de su vida no son forzosamente permanentes y que siempre existen alternativas crea, insensiblemente, un fondo de esperanza que favorece el crecimiento y la habilidad en la resolución de problemas. La validación es un proceso mediante el cual el terapeuta acepta y comparte las percepciones, ideas y sentimientos que el paciente encuentra difícil de tolerar, lo cual ya mejora la regulación de sus afectos y su autoaceptación. En un segundo paso, que en realidad es simultáneo, el terapeuta comparte con el paciente su “metabolismo psíquico” de las vivencias en consideración, que se hacen así más tolerables y comprensibles. Mejor que con instrucciones directas, la correcta interacción terapéutica transmite de manera incidental una actitud de trabajo interior y de esperanza, que desculpabiliza y favorece la recuperación progresiva de sentimientos de seguridad, competencia y eficacia.

15.1.2. Atención a preservar relaciones importantes

Anexo al establecimiento de una buena relación terapéutica está el mantenimiento y mejora de las relaciones interpersonales clave. Los logros terapéuticos pueden desvirtuarse por actitudes disfuncionales del entorno sociocultural. Además, las propias reacciones del paciente ante la situación de estrés han podido ir generando rechazo, agresividad o distanciamiento en sus personas de apoyo. Idealmente, debe entrevistarse al cónyuge o a la familia para evaluar su actitud y para aconsejarles, en lo posible, sobre la mejor manera de actuar con el paciente. No es infrecuente que esa persona clave también esté sufriendo los efectos de la situación y que pueda necesitar tratamiento. Cuando la colaboración de los familiares es negativa, sobre todo cuando lo es de manera soterrada, la información ganada en la entrevista con ellos es de gran utilidad para clarificar con el paciente los sentimientos que generan en él, ayudarlo a entenderles y a protegerse de sus reacciones disfuncionales, y, extremo último muy importante, ayudarlo a descubrir su propio papel en las actitudes destructivas de sus relaciones importantes. Uno de los efectos inespecíficos del estrés es el desvío de la tensión generada hacia personas inocentes, a veces precisamente hacia las que el paciente más quiere y necesita.

15.1.3. Fortalecimiento y apoyo de las capacidades pro-homeostáticas

El organismo humano está dotado de mecanismos automáticos de autorregulación que mantienen el equilibrio interno frente a los cambios y agresiones del entorno. Uno de los mayores problemas en los síndromes de estrés es la excesiva e inapropiada respuesta de

Lucha-Huida por activación ergotrópica (ver [capítulo 3](#)), con la subsecuente sobrecarga innecesaria de los sistemas orgánicos, disfunción emocional e inadecuación de la conducta. La activación de los sistemas trofotrópicos permite la restauración del equilibrio funcional y corrige las alteraciones de la regulación neurovegetativa características de la inadecuada adaptación al estrés. El entrenamiento autógeno y otras técnicas de meditación inducen estados especiales de conciencia que potencian las capacidades de autorregulación cerebral y facilitan la introspección, razón por la cual su aprendizaje y práctica regular es muy recomendable en el tratamiento y prevención de los síndromes de estrés.

Es también importante diferenciar entre el funcionamiento apropiado de los mecanismos homeostáticos y las manifestaciones patológicas, porque su confusión puede llevar a intervenciones terapéuticas erróneas que inhiben las capacidades de autorregulación, en lugar de facilitarlas. He aquí algunos ejemplos:

En una etapa de crisis profesional, un paciente se despierta casi todos los días completamente despejado a las cinco de la mañana. Acude a la consulta autodiagnosticado de insomnio y en demanda de hipnóticos. Sin embargo, después de estudiar con él detenidamente su situación, se llega a la conclusión de que este insomnio tardío es una respuesta apropiada a su difícil situación laboral, en la que va retrasado en la terminación de importantes informes. Como no tiene insomnio de conciliación, el terapeuta se limita a aconsejarle que se acueste pronto y aproveche las horas tempranas para trabajar en sus informes. En pocos días, la pauta de sueño vuelve a normalizarse, sin necesidad de tratamiento farmacológico.

Otro paciente, estudiante de último año de carrera, une el estrés de sus exámenes a su ansiedad ante el mundo laboral que le espera. En estas circunstancias, nota que tiene más sueño de lo habitual, y teme estar padeciendo un estado depresivo o de agotamiento patológico. Sin embargo, al permitirse durante algún tiempo el aumento de sus horas de sueño nocturno habituales, la somnolencia diurna desaparece. Más que un síntoma patológico, la hipersomnia relativa en este caso es una respuesta pro-homeostática saludable, ya que el sueño facilita la consolidación de nuevas memorias, la reelaboración de experiencias estresantes y la planificación del futuro.

15.1.4. Gestión emocional

La percepción y expresión de emociones en general, y sobre todo las relacionadas con la pérdida y el duelo, son especialmente importantes. Algunos concomitantes fisiológicos, como el llanto, son con frecuencia bloqueados por la educación, y muchos pacientes se benefician de adecuadas explicaciones acerca de su significado e importancia. La ventilación emocional puede tener lugar de manera accidental desde la primera entrevista, o puede ser inducida de manera deliberadamente estructurada a través de métodos como

la psicoterapia autógena. La actitud del terapeuta ha de ser simultáneamente permisiva y contenedora, desdramatizando la experiencia disfórica y educando sobre el significado y las técnicas de aceptación y expresión emocional. Las emociones son indicadores de estados internos y también de decisiones y opiniones extraconscientes. Son así aceptadas como fuentes de información, en lugar de rechazadas como sufrimientos indeseables. Considerable beneficio se obtiene del aprendizaje y práctica de técnicas de concentración pasiva, que no solamente inducen estados neurofisiológicamente compensatorios de la respuesta de lucha-huida, sino que además facilitan la autopercepción, el autoconocimiento y la neutralización progresiva de vivencias traumáticas.

15.1.5. Recontextualización

Las situaciones de estrés, y sobre todo las de crisis, provocan con frecuencia una ruptura con los puntos de vista habituales, con la consiguiente dificultad para integrar las nuevas vivencias en el mundo interno, tal y como estaba configurado hasta ese momento. Recontextualizar es redefinir situaciones y actuaciones, creando una perspectiva que facilite las modificaciones internas necesarias para integrar las nuevas experiencias, sobre todo si éstas son de naturaleza traumática. No se trata de engañarse, edulcorar las cosas o minimizar las tragedias, sino de buscar un punto de vista desde el que sea posible aprender y mejorar de la experiencia. Un error frecuente en este respecto consiste en prestar excesiva atención a los sentimientos disfóricos y a los aspectos negativos de la situación, sin buscar nuevos puntos de vista ni alternativas que faciliten una mejor comprensión y resolución.

Recontextualizar es cambiar la visión general de la existencia en la que se enmarca una experiencia concreta, variar la perspectiva desde la que se integran las propias acciones y circunstancias. Lo que hace que una situación sea estresante no son tanto los hechos en sí mismos, sino el significado que éstos tienen para el que la vive. La intervención recontextualizadora procura variar el punto de vista o “contexto” desde el que se interpreta la realidad y se le otorga significado. Se presenta a continuación un ejemplo:

Un profesional brillante se lamentaba con amargura de sus sentimientos de frustración e impotencia, centrados en la idea de no haber sido nunca capaz de dirigir su vida. Ha llegado al descubrimiento de que siempre ha tomado sus decisiones forzado por la necesidad o por la exigencia de otras personas. El terapeuta, después de compartir y empatizar con su desvalimiento, va cambiando el tono emocional de la sesión, hasta llegar a decirle, con tono de admiración levemente festiva: “Con esa forma de tomarte las cosas, está claro que los agobios que te creas todo el tiempo te ayudan a progresar. No es malo tu método, algo incómodo, pero eficaz”. El nuevo contexto en que empieza a enmarcarse ahora su experiencia puede formularse, más o menos, así: “Tienes suerte en

la vida (de desvalido y desgraciado, nada), tu tendencia general es hacia el progreso (o sea, que no te sientas amargado y derrotado), y además lo estás haciendo bien (aunque hay formas mejores de hacerlo). Desde este nuevo punto de vista, sólo queda por trabajar cuestiones de detalle, tales como definir de manera operativa las metas y aspiraciones, anticiparse a los acontecimientos para prevenir las urgencias, hacerse agradable la vida, evitar complicaciones y enfrentamientos innecesarios, minimizar el sufrimiento asociado a las inevitables frustraciones y, por el contrario, aceptar y disfrutar las oportunidades de gratificación...

15.1.6. El papel de la medicación

El tratamiento de los síndromes de estrés y la intervención en la crisis son, fundamentalmente, procedimientos psicoterapéuticos. Pero ello no obsta para que pueda ser conveniente asociar un tratamiento psicofarmacológico ilustrado por el diagnóstico patogenético e integrado con la estrategia terapéutica general. Los antidepresivos de nueva generación son útiles por su efecto potenciador de la resistencia al estrés, sobre todo cuando la sintomatología depresiva está ya presente. Los ansiolíticos son menos útiles, y en todo caso de rendimiento inferior a un buen entrenamiento en relajación o meditación. Sin embargo, deben ser tenidos en cuenta en las disomnias de estrés, como una ayuda provisional y no como una solución definitiva. Naturalmente, si el paciente presenta síntomas que desbordan los propios de una respuesta de estrés o de una situación de crisis, debe ser tratado de manera enérgica y apropiada. Es preciso tener en cuenta que un proceso psicótico silente puede ser reactivado en estas situaciones, y también que un cuadro depresivo severo responde difícilmente a la psicoterapia antes de que se logre una cierta recuperación farmacológica de la función limbo-hipotalámica.

15.2. Técnicas psicoterapéuticas específicas

15.2.1. Briefing y Debriefing psicológico

En el argot militar anglosajón *Briefing* y *Debriefing* se refieren a la información breve, concisa y operativa que se da, en el primer caso, sobre los detalles de una misión a llevar a cabo y, en el segundo, sobre los hechos y resultados de una operación recién terminada. La psicología del estrés se ha apropiado de ambos términos, de difícil

traducción castellana, para aplicarlos a intervenciones que optimizan la respuesta del individuo ante situaciones estresantes o traumáticas. Llamamos *briefing* psicológico a una intervención breve que prepara mentalmente a quienes deben afrontar una tarea o situación estresante en un futuro inmediato. Pueden considerarse ejemplos de *briefing* la entrevista prequirúrgica de Egbert (1964) y la técnica de preparación al parto de Aguirre de Carcer, por cuanto que ambas reducen considerablemente la reacción emocional ante estas situaciones. La inoculación de estrés de Meichenbaum (1987) es un conjunto de técnicas cognitivas para prevenir los efectos del estrés, adiestrando al individuo a entender mejor su interacción con el ambiente, a desarrollar mecanismos eficaces de afrontamiento y a anticipar contingencias. “Instrucciones de preparación mental” o “mentalización” podrían ser buenas maneras de decir *briefing* en español. El entrenamiento de profesionales que han de enfrentarse a acontecimientos traumáticos, como sanitarios de urgencias, bomberos, militares, etc. debe incluir algún método de mentalización, tanto general como específico. La acción del Colegio de Psicólogos ante el 11-M, excelente por otra parte, registró numerosas reacciones de estrés en los psicólogos que intervinieron en la misma, por falta de un *briefing* apropiado. En otro orden de cosas, personalidades con excesiva reactividad al estrés o con deficiencias culturales pueden beneficiarse de instrucciones psicológicas precisas para mejor modular su respuesta o para mejor entender nuevas situaciones de las que no tienen experiencia previa. Un buen ejemplo de mentalización transcultural es el curso intensivo de “Iniciación a la Vida Canadiense”, que el Ministerio de Inmigración de Canadá mantiene desde hace muchos años para recién llegados al país. El curso de optimización de recursos personales del Instituto de Psicoterapia e Investigación Psicosomática de Madrid (www.psicoter.es) es un ejemplo de mentalización positiva y entrenamiento en habilidades para afrontar el estrés.

Debriefing es una intervención psicológica temprana que tiene lugar después de una tragedia o acontecimiento traumático, generalmente en las 24-72 horas siguientes y, en todo caso, en la primera semana. Puede hacerse de manera individual o en grupo, siendo esta última modalidad cada vez más frecuentemente utilizada después de catástrofes o tragedias colectivas. Su finalidad es aliviar el impacto psicológico del acontecimiento traumático y facilitar la recuperación de los síntomas de estrés que pueden empezar a desarrollarse. El método que ha alcanzado mayor difusión es el debriefing de incidentes estresantes críticos (*Critical Incident Stress Debriefing*) CISD, descrito por Mitchell (1983). El procedimiento original consiste en una sola sesión de grupo con los participantes o supervivientes del suceso traumático, que tienen así la oportunidad de referir sus emociones, recuerdos y pensamientos sobre el suceso y de conversar sobre ellos. El procedimiento se desarrolla en siete fases, y puede durar entre una y cuatro horas. El entrenamiento y capacidad empática de los terapeutas es crucial para el éxito del debriefing, puesto que deben ser capaces de permitir expresiones emocionales que pueden ser explosivas, sin perder el marco relacional de apoyo y comprensión cognitiva. Es conveniente que haya siempre más de uno, porque algunos de los miembros del grupo puede necesitar atención personalizada puntual mientras dura la

sesión.

Las siete fases de CISD son:

1. Introducción. Presentar a los terapeutas, explicar el propósito y el procedimiento de la reunión, motivar a los participantes, asegurar la confidencialidad, responder a dudas y preocupaciones.
2. Construcción del relato factual. De manera natural, los participantes tienden a empezar a referir datos sobre el acontecimiento (lo que pasó), entremezclados con sus sentimientos o reacciones ante ellos. El terapeuta, sin dejar de apoyar la expresión emocional, pone énfasis en que lo importante, en este momento, es recordar los hechos, que son, fundamentalmente, impersonales. Puede seguir un orden rotativo o puede permitir intervenciones espontáneas, o una combinación de ambos procedimientos, pero siempre es importante que todo el que quiera hablar tenga oportunidad de hacerlo y que el que no quiera no se sienta forzado a ello. Cada persona que interviene dice quién es, cuál fue su papel durante el incidente y refiere lo que pasó, desde su punto de vista. Se va construyendo así la percepción colectiva del incidente, que puede empezar en cualquiera de sus momentos y que no tiene por qué ir siguiendo un orden preciso.
3. Procesamiento cognitivo. El terapeuta pregunta a cada uno de los participantes cuales fueron sus primeros pensamientos durante el incidente y como sus ideas fueron evolucionando durante el mismo o incluso después. Es frecuente que durante esta fase las reacciones emocionales vayan haciéndose más generalizadas e intensas, lo cual indica que va siendo momento de pasar a la siguiente fase:
4. Reacción emocional. El tema de discusión es ahora la experiencia emocional de cada uno de los participantes durante el incidente. No suele ser necesario en esta fase que el terapeuta siga ningún orden, porque la conversación se generaliza y los participantes tienden a intervenir espontáneamente. Si alguien experimenta una reacción excesiva o parece estar perdiendo el control, es conveniente que uno de los ayudantes del terapeuta principal le ofrezca apoyo individualizado y lo aparte del grupo general, sin necesariamente salir de la sala. Los temas principales para introducir en la discusión son: Qué fue lo peor del incidente para cada participante y qué parte de lo sucedido querría uno borrar más de su mente, si pudiese.
5. Consenso sintomático. Es ya evidente para los participantes que todos han experimentado algún tipo de emoción desagradable o difícil de soportar. El terapeuta ayuda ahora a construir una lista de los síntomas más frecuentes o típicos, sacados de la propia experiencia de cada uno, apoyándose en las descripciones somáticas, emocionales, cognitivas y conductuales expresadas. En esta fase se inicia la reestructuración cognitiva de las descargas emocionales de la fase anterior, y es crítica para la evolución óptima del

proceso.

6. Normalización docente. La reestructuración cognitiva continúa, desculpabilizando además a los participantes y transmitiéndoles la idea de que todas sus experiencias son reacciones normales ante una situación esencialmente anormal. Se explican las nociones básicas sobre las respuestas de estrés y se introduce la discusión sobre técnicas y procedimientos para su manejo, incluyendo consejos prácticos y orientaciones terapéuticas generales. La posibilidad debe dejarse abierta sobre la conveniencia de un tratamiento específico si la sintomatología persiste.
7. Terminación. Resumen general, clarificación de dudas y facilitación de la recuperación de la compostura para volver a la vida normal. Es el momento de que los participantes pregunten, expongan sus preocupaciones o temores y soliciten la ayuda que les parezca necesaria para cerrar psicológicamente la sesión. Además de responder a preguntas concretas, el terapeuta puede repartir información impresa sobre manejo del estrés y dar instrucciones precisas sobre dispositivos de seguimiento y tratamiento posterior, para que los participantes pueden utilizarlos si lo consideran necesario.

Las técnicas de debriefing, sobre todo el CISD, han sido aplicadas en los contextos más diversos, desde médicos en formación después de la muerte de un paciente con el que han estado especialmente involucrados (Serwint, 2004) hasta supervivientes de catástrofes, trabajadores sanitarios, policías y empleados de tiendas y servicios nocturnos (OSHA, 1996, 1998). La tendencia a la oferta mandatoria del debriefing está siendo actualmente contrarrestada por observaciones de que las intervenciones puntuales no parecen reducir el riesgo de desarrollar el trastorno de estrés postraumático (Van Emmerik *et al.*, 2002; Rose *et al.*, 2006,). Sin embargo, es evidente que el debriefing es un buen método de triage y detección de personas en riesgo, que pueden necesitar un tratamiento específico (González de Rivera *et al.*, 2006), además de mejorar la imagen de la empresa o institución en que tiene lugar el incidente y aumentar la confianza en ella de sus empleados. De todas maneras, es preciso tener en cuenta que el debriefing no es una intervención sencilla que pueda realizarse de manera casual o por personal poco preparado. Si no se lleva a cabo correctamente puede movilizar, más que neutralizar, los efectos del estrés traumático.

15.2.2. Gestión de Incidentes Estresantes Críticos (Critical Incident Stress Management, CISM)

La insatisfacción con la eficacia de una intervención aislada de debriefing ha llevado al desarrollo de este método que, siguiendo el mismo formato básico que el CISD, lo

estructura de una manera más amplia (Everly y Mitchell, 1999). Consiste en intervenciones que abarcan toda la expresión de la crisis, desde el entrenamiento preparatorio del personal clave de la empresa, organización o institución hasta el seguimiento de la evolución individual post incidente crítico, y se aplican a nivel de grupo grande, grupo pequeño e individual.

15.2.3. Gestión Global del Estrés Traumático Agudo (Comprehensive Acute Traumatic Stress Management, CATSM)

Desarrollado por Lerner y Shelton (2005), es de orientación similar al CISM, aunque algo más completo y detallado para la intervención tras catástrofes o incidentes críticos de cierta magnitud. Amplía los siete pasos del CISM a diez, entre los que destacan los procedimientos para facilitar la comunicación y contacto con el individuo afectado y el uso de la empatía en la reducción de sus alteraciones emocionales y de la conducta.

15.2.4. Psicoterapias de elaboración del trauma

Independientemente de que sigan un modelo psicodinámico, cognitivo-conductual o integrador, todas ellas tienen como principio terapéutico básico la re-experiencia y re-elaboración del acontecimiento traumático. Su principio básico es que el origen de la psicopatología son las dificultades en el procesamiento mental de los engramas traumáticos, expresadas por síntomas amnésicos y disociativos, que constituyen el núcleo central del trastorno. La hiperactivación neurovegetativa y las intrusiones obsesivas son, por el contrario, expresiones de un esfuerzo psíquico integrador que no logra su objetivo. Esta diferenciación es análoga a la que establecen las terapias ASCI. Como en aquellas, el objetivo terapéutico es facilitar la actividad de los mecanismos de integración. Una de las mejor conocidas y sistematizadas es el Procesamiento Emocional de Experiencias Traumáticas por Exposición Prolongada (Foa *et al.*, 2007).

15.2.5. Terapias por Inducción de Estados Alterados de Conciencia (Altered States of Consciousness Therapy – ASCI Therapy)

El antecedente común de todas ellas es el descubrimiento por Breuer y Freud (1893) del poder terapéutico de la verbalización de recuerdos traumáticos reprimidos, que dio origen

a la fase abreactiva del psicoanálisis. El abandono de técnicas de inducción de estados alterados de conciencia por el psicoanálisis ha reducido la utilidad de este método para el tratamiento de los síndromes de estrés, aunque sigue siendo aplicado con eficacia al tratamiento de trastornos derivados de la persistencia de conflictos psíquicos. El núcleo psicopatológico fundamental de los síndromes de estrés es el fracaso de la inhibición fisiológica de respuestas de estrés inapropiadas, generalmente de tipo lucha-huida. En los síndromes de estrés traumático se agrega, además, incapacidad para procesar cognitivamente la experiencia traumática e integrarla en el contexto global de la experiencia personal. Las terapias ASCI mejoran la modulación neurovegetativa, facilitan la inhibición de la respuesta de lucha-huida mediante la potenciación de una respuesta trofotrópica compensadora, desactivan la reactividad emocional asociada con engramas traumáticos no integrados y facilitan la re-estructuración del mundo interno. El efecto terapéutico no depende de la catarsis emocional per se, sino de la integración de los engramas de experiencias traumáticas que la abreacción hace posible. Dicho de otra forma, la mera abreacción emocional no es en sí misma terapéutica, y puede incluso ser perjudicial. Es el trabajo de elaboración posterior en un entorno psicoterapéutico de apoyo y validación interpersonal lo que permite la neutralización e integración definitiva de los engramas traumáticos y la recuperación del normal funcionamiento social, psicológico y psicosomático. La terapia más importante y mejor desarrollada de este grupo es la psicoterapia autógena, que se describe en el [capítulo 16](#). Otros métodos de interés son la reducción de incidentes traumáticos y la de - sensibilización por movimientos oculares.

15.2.6. Reducción de Incidentes Traumáticos (Traumatic Incident Reduction – TIR)

Es una técnica específica para el tratamiento de la psicopatología relacionada con experiencias traumáticas, desarrollada por F. Gerbode y descrita por French y Harris (1999). El concepto de trauma de Gerbode es muy amplio, incluyendo acontecimientos que pueden parecer esencialmente mínimos. Sin embargo, la hipótesis de la *cadena traumática*, según la cual cada trauma agrava los efectos de uno anterior no superado, explica reacciones e inhibiciones que pueden parecer desproporcionadas si sólo tenemos en cuenta el evento desencadenante actual. El objetivo final del tratamiento es desactivar la cadena traumática, siguiendo asociaciones cognitivas, emocionales, sensoriales, propioceptivas y psicosomáticas, hasta llegar al trauma raíz o primera experiencia traumática.

15.2.7. Desensibilización y Reproceso por Movimientos Oculares (Eye Movement Desensitization and Reprocessing – EMDR)

Método desarrollado por Shapiro (1995), a partir de la observación de que es posible inducir un estado onírico a través de movimientos rítmicos de los ojos en el plano horizontal. Cuando este procedimiento se aplica a pacientes que sufren de trastorno de estrés postraumático se producen descargas abreactivas que, convenientemente dirigidas, acaban facilitando la integración de los engramas traumáticos en el contexto general de la experiencia. Es una terapia sofisticada y muy bien descrita, lo cual ha facilitado la realización de varios estudios controlados sobre su eficacia. El texto básico de Shapiro sigue siendo la mejor referencia.

15.2.8. Psicoterapia secuencial en 7 estadios

Inicialmente ideada para el tratamiento de los síndromes por acoso psicológico, ha demostrado ser de utilidad para las crisis en general. Deriva de la observación de las estrategias naturales aplicadas por personas con alta capacidad de adaptación a circunstancias adversas. Su objetivo final es facilitar el desarrollo de esa capacidad de respuesta óptima ante el estrés y las crisis, a través de la consolidación secuencial de siete estadios de evolución personal. La mayoría de las técnicas apropiadas para facilitar la superación de cada uno de estos siete estadios han sido descritas por diversos métodos de psicoterapia. Uno de los mayores méritos de la psicoterapia secuencial por estadios es la de aportar un procedimiento o “eje de integración” para la combinación de tratamientos. Su descripción extensa se encuentra en el [capítulo 17](#).

15.3. Tratamientos farmacológicos

La indicación del tratamiento farmacológico depende de la patogenia de los síntomas que se pretende contrarrestar. Su rendimiento terapéutico es relativamente insuficiente si no se combina con enfoques psicoterapéuticos apropiados. La hiperactivación simpática propia de la mayoría de los síndromes agudos responde en ocasiones muy bien al propranolol y, en menor medida, a las benzodiacepinas. La apatía, anhedonia y depresión propia de los síndromes crónicos puede mejorar con los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina, como la fluoxetina, la paroxetina, la sertralina y el escitalopram o con los inhibidores mixtos de recaptación de serotonina y noradrenalina, como la venlafaxina. Adicionalmente, estos fármacos potencian la tolerancia al estrés, por

lo que su administración mejora la capacidad de adaptación.

En el trastorno de estrés postraumático existe considerable evidencia en el momento actual de que los Inhibidores Selectivos de la Recaptación de Serotonina (ISRS), como la fluoxetina, la paroxetina o la sertralina son fármacos eficaces para su tratamiento. Los síntomas de activación simpática, ansiedad e hipervigilancia justificaron inicialmente el uso de ansiolíticos como las benzodiazepinas, pero su acción a largo plazo tiende a inhibir, más que facilitar, la recuperación del trastorno postraumático de estrés, por lo que deben restringirse al tratamiento sintomático puntual a los primeros momentos. Una posible excepción es el clonazepam, cuyos beneficios derivan posiblemente más de su acción anti-kindling que de sus efectos ansiolíticos. Además, en combinación con los ISRS, el clonazepam reduce los síntomas disociativos, que ocupan un lugar prominente en la psicopatología postraumática y dificultan de manera notable el tratamiento psicoterapéutico.

Los betabloqueantes, como el propranolol, además de su efecto directo sobre la reactividad de los órganos inervados por el sistema neurovegetativo, con alivio sintomático de la taquicardia y el temblor muscular, tienen una acción preventiva sobre la consolidación de las memorias traumáticas. Su administración temprana después de la experiencia de estrés agudo reduce el riesgo de desarrollar TEPT y, en todo caso, disminuye la intensidad de los síntomas si éstos están ya presentes. Como tienen efecto hipotensor y bradicardizante su uso está contraindicado en pacientes con tensión arterial sistólica de reposo por debajo de 120 mmHg y/o con una frecuencia cardíaca por debajo de 80 pulsaciones/minuto. Otro efecto secundario importante del propranolol es su acción broncoespástica, por lo que está contraindicado en el asma y en la insuficiencia respiratoria. En pacientes que lo toleran, Pitman y Delahanty (2005) han obtenido buenos resultados iniciando el tratamiento en las 24 horas siguientes a la exposición al acontecimiento traumático con 40 mg de propranolol cuatro veces al día durante 10 días, disminuyendo la dosis paulatinamente hasta su discontinuación total al cabo de nueve días adicionales. Los betabloqueantes son menos eficaces cuando el cuadro clínico de TEPT ya está bien establecido, aunque se han reportado beneficios, como la reducción de la actividad onírica ansiógena (pesadillas) y la disminución de síntomas de hiperactividad noradrenérgica.

Los fármacos que aumentan la concentración del ácido gamma-aminobutírico (GABA), como la gabapentina (neurontin), también reducen la consolidación de las memorias traumáticas y además tienen leve efecto ansiolítico sin las contraindicaciones de las benzodiazepinas. Su mecanismo de acción está relacionado con la inhibición de la acción noradrenérgica a nivel central por el GABA. Como el clonazepam, la gabapentina también tiene efecto anti-kindling, por lo que ha sido utilizado en el tratamiento de la epilepsia. La Dcicloserina, un agonista gabaérgico, también ha demostrado una cierta eficacia en el tratamiento del trastorno por estrés traumático.

Otros fármacos antiepilépticos, como el tegretol y el ácido valproico, ejercen su acción terapéutica y preventiva en el estrés traumático al reducir el “efecto kindling” o autoencendido progresivo, que consiste en la transmisión de la excitación de una pequeña

zona neuronal a regiones cada vez más extensas. Éste es uno de los mecanismos de formación de circuitos cerebrales reverberantes, que impiden la extinción de la actividad neuronal en el sistema límbico y son una de las causas de las lesiones tan frecuentemente producidas por el estrés traumático en el hipocampo.

Recientemente se ha descubierto de manera casual que la administración de cortisol a altas dosis (100 mg Hidrocortisona endovenosa) disminuye la frecuencia de aparición del TEPT tras la exposición a traumas severos como la cirugía cardíaca. Otros estudios (Pitman y Delahanty, 2005) han demostrado que sujetos que tienen bajos niveles de cortisol después de sufrir un accidente presentan mayor riesgo de desarrollar un TEPT. Estos resultados son un poco paradójicos, puesto que el cortisol aumenta la consolidación de las memorias traumáticas, y por lo tanto sus niveles elevados deberían constituir un factor de riesgo. Sin embargo, también disminuye la recuperación de esas mismas memorias, por lo que su administración inmediatamente después del trauma reduce la intensidad de los recuerdos y, por lo tanto, inhibe el mecanismo de incubación o potenciación paradójica descrito por Eysenck (ver [apartado 8.4](#)). A la luz de estos estudios puede concluirse que los niveles elevados de cortisol antes del trauma aumentan el riesgo de desarrollar TEPT, mientras que después del trauma lo disminuyen.

El narcoanálisis ocupa un lugar especial dentro de los tratamientos biológicos de los síndromes de estrés, singularmente en el de las amnesias disociativas graves que con frecuencia complican el trastorno agudo de estrés. Su origen se remonta a las épocas de la Segunda Guerra Mundial y conoció cierta fama mediática durante algún tiempo con el nombre de “suero de la verdad”. Aunque ha caído en desuso en los últimos años, sigue teniendo aplicación, más que como tratamiento específico, como método para el diagnóstico diferencial de los cuadros de mutismo estuporoso, cuyo origen puede ser depresivo, disociativo o catatónico. El procedimiento consiste en la inducción de un estado alterado de conciencia por medios químicos, mediante la infusión endovenosa lenta de pentotal sódico o amital sódico, dos barbitúricos de acción rápida y eliminación también rápida. Típicamente, la velocidad de la infusión se mantiene entre los 50 mg y los 75 mg por minuto, graduando su administración según el estado de relajación del sujeto, que ha de estar ligeramente adormilado pero con capacidad de comunicarse. En ese estado desaparecen las inhibiciones y se manifiestan los procesos mentales y preocupaciones ocultas. La entrevista llevada a cabo en esta situación permite el fácil acceso a los recuerdos traumáticos y a los acontecimientos con ellos relacionados, y puede poner en marcha un proceso de abreacción emocional. Con frecuencia, la mejoría que se produce es limitada y transitoria, pudiendo ser necesarias varias sesiones. Vela y Rivera (1980) recomiendan grabar en audio las sesiones y después escucharlas con el paciente en su estado vigil normal, para así facilitar la integración cognitiva y aliviar el temor de algunos pacientes a decir inconveniencias o revelar secretos.

Otros fármacos, como la D-cycloserine, un agonista gabaérgico parcial, y la ketamina, un potente sedante no barbitúrico, también han demostrado su eficacia como coadyuvantes en entrevistas psicoterapéuticas con pacientes que sufren síndromes de estrés traumático, aunque por mecanismos totalmente distintos.

La D-cicloserina es un antibiótico eficaz utilizado en medicina para el tratamiento de la tuberculosis grave. En psiquiatría pertenece al grupo de los fármacos nootropos, cuya acción mejora las capacidades cognitivas y que han sido utilizados en los trastornos del aprendizaje y de la memoria. En combinación con la terapia cognitivo-conductual, la cicloserina mejora la extinción del miedo condicionado y es, por lo tanto, útil en el tratamiento del TEPT y otros trastornos de ansiedad (Rothbaum, 2008). Aunque su uso en psiquiatría no está aún generalizado, los primeros resultados son prometedores. Su tolerancia es buena en administración esporádica como coadyuvante en entrevistas psicoterapéuticas y sus efectos secundarios parecen ser raros y poco peligrosos en esta aplicación limitada.

La ketamina pertenece al grupo de los enteógenos, sustancias que producen profundos cambios en la experiencia de la realidad y que pueden inducir experiencias transpersonales y alucinógenas. Inicialmente fue utilizado en la práctica médica como anestésico y también ha encontrado su camino a la calle como droga de abuso por sus efectos psicodélicos. Su utilización clínica entraña cierto riesgo y requiere una alta capacitación médica y psicoterapéutica. La “terapia psicodélica con ketamina” de Krupitsky *et al.* (2007) y la “Psicoterapia Anaclítica” de Azima *et al.* (1961) y Sousa-Poza *et al.* (1986) son dos de los procedimientos actuales de tratamiento psicoterapéutico que utilizan la inducción de estados regresivos con ketamina.

Psicoterapia autógena

La psicoterapia autógena es un tratamiento psicológico de orientación psicofisiológica que ejerce su acción terapéutica mediante la activación de procesos naturales de autorregulación neurovegetativa y de neutralización de experiencias traumáticas. Sus orígenes están en los estudios sobre el sueño y la hipnosis realizados a comienzos del siglo XX por los neurofisiólogos alemanes Oscar Vogt y K. Brodmann. Vogt observó que ciertos pacientes pueden alcanzar un estado hipnoide mediante autosugestión de sensaciones de peso y calor en los brazos. La práctica regular de ejercicios mentales de este tipo tenía un notable efecto reductor de las sensaciones de fatiga y tensión nerviosa, por lo que inicialmente se denominó a la técnica «Reposo autohipnótico profiláctico». J. H. Schultz, basándose en estos trabajos, desarrolló un método que elimina los efectos hipnóticos y disminuye la dependencia en el terapeuta, conocido como entrenamiento autógeno. Desde entonces se ha venido desarrollando por aposición progresiva de técnicas y descubrimientos de diversas procedencias. El núcleo central organizador de su perspectiva integradora es el estudio directo del ser humano, considerado en todas sus dimensiones, desde la fisiológica hasta la existencial, pasando por la psicológica y la social. Ello hace difícil clasificar la psicoterapia autógena en el panorama actual de las escuelas de psicoterapia. En algunos aspectos, tiene coincidencias con las terapias sistémicas, pero también con las orientaciones psicoanalíticas, cognitivo-conductuales y gestálticas. Progresivamente se ha ido distanciando de los métodos hipnóticos para integrarse entre los de meditación o “mindfulness”.

En los últimos años está siendo considerada como un ejemplo de psicoterapia integradora “desde abajo”, es decir, partiendo de la experiencia clínica, en oposición a las psicoterapias integradoras “desde arriba”, que parten de la compatibilización de los fundamentos teóricos de distintas escuelas. Otra característica importante de la psicoterapia autógena es la orientación de sus intervenciones en base a la potenciación de los procesos naturales de autorregulación del organismo humano. Esta tarea requiere una evaluación constante de a) el estado de la persona en su funcionamiento interno, sus relaciones interpersonales y su posición existencial; b) los mecanismos patogenéticos que

mantienen a esa persona en un estado de funcionamiento distinto del óptimo y c) la intervención terapéutica específica y prioritaria para esa persona en cada momento. La actitud básica del terapeuta que practica métodos autógenos es de aceptación y respeto a cada ser humano, considerándose a sí mismo como orientador o guía de quien acude a él para lograr la realización de sus potencialidades. En cierto sentido, podemos decir que la psicoterapia autógena es una terapia “guiada por principios”, es decir que orienta sus intervenciones en base a la comprensión de principios generales de funcionamiento humano y de procesos reguladores básicos empíricamente contrastados.

16.1. Principios de la psicoterapia autógena

En su estado actual de desarrollo, los métodos y técnicas que configuran la psicoterapia autógena corresponden al aprovechamiento terapéutico de cinco principios básicos de funcionamiento humano:

1. El principio de auto-regulación
2. El principio ASCI: inducción de estados alterados (o inhabituales) de conciencia
3. El principio de neutralización y decatexis
4. El principio de reconstrucción
5. El principio de psicoeducación

16.1.1. Principio de autorregulación o de homeostasis

Procede de la observación pionera de Claude Bernard sobre los mecanismos reguladores básicos responsables de mantener la constancia del medio interno, condición indispensable para la vida. Desde entonces, numerosos investigadores han ido confirmando la existencia de estos procesos de autorregulación, operativos desde el nivel biológico más simple hasta las interacciones sociales más complejas. En diversas situaciones patológicas puede producirse una malfunción de estos mecanismos de regulación, bien sea por:

- a) Insuficiente actividad para contrarrestar la acción desestabilizadora del medio externo o de otros procesos internos. Ejemplos: Situación de peligro grave o exceso de información contradictoria que no puede ser mentalmente procesada de manera adecuada, produciendo un síndrome de estrés

traumático o iniciando un cuadro ansioso. Participación en una situación de presión grupal excesiva, que lleva al retraimiento y timidez, impidiendo la incorporación eficiente y activa en el grupo.

- b) Perversión del proceso de autorregulación, con establecimiento de círculos viciosos patogenéticos. Los mecanismos de retroalimentación dejan de actuar en servicio del mejor funcionamiento del organismo al mejor nivel de adaptación posible, y se atascan en el mantenimiento de un funcionamiento patológico en un nivel de adaptación inferior al óptimo posible para ese individuo. En la mayoría de los casos, los mecanismos reguladores pro-homeostáticos toman el control después de una situación de estrés, recuperándose paulatinamente el normal funcionamiento óptimo del organismo. Mientras que algunas terapias se interesan sobre los orígenes de la psicopatología, como el psicoanálisis, y otras, como el conductismo radical, sólo sobre sus consecuencias, en psicoterapia autógena la pregunta principal es: ¿Cómo se mantiene la psicopatología, una vez que la causa desencadenante o precipitante ha dejado de actuar? Este tipo de investigación ha permitido el descubrimiento de varios círculos viciosos patogenéticos, como el de la ansiedad, el de la depresión y los pato-genéticos de las adicciones. La interrupción de círculos viciosos maladaptativos permite la pronta restauración del equilibrio natural del organismo y la recuperación de su funcionamiento óptimo.
- c) Interferencia activa por parte del sujeto, que bloquea, distorsiona o inhibe los procesos automáticos pro-homeostáticos. Algunos sistemas educativos y ciertos enfoques psicoterapéuticos propugnan el sacrificio de los mecanismos autorreguladores en favor de conformidades culturales o adhesiones ideológicas. Ejemplos sencillos son la represión sexual secundaria a temores religiosos, la inhibición de las expresiones emocionales apropiadamente relacionadas con el duelo, la ternura, la alegría o el rechazo, la imposición de explicaciones intelectuales forzadas en detrimento de la autopercepción sincera, etc.

16.1.2. Principio ASCI (inducción de estado especial de conciencia)

La meditación o concentración pasiva en un estímulo determinado (incluyendo la concentración en la “ausencia de estímulo” o en el “vacío”) produce un estado especial de conciencia, de características fisiológicas y subjetivas opuestas a la ansiedad. Técnicamente, se define relajación como “un estado fisiológico hipometabólico, acompañado subjetivamente por un sentimiento generalizado y difuso de bienestar y seguridad”. La denominada “respuesta de relajación” (Benson, 1976) puede ser inducida

por múltiples técnicas de entrenamiento de la atención, todas las cuales tienen en común el mantenimiento de un modo de atención receptiva en un foco de naturaleza global. Los estados inducidos por los diferentes métodos difieren de manera ligera en diversos aspectos, pero todos producen el mismo “tono afectivo básico”, o sentimiento de relajación, que se define como una sensación difusa de seguridad y bienestar, en todo opuesta a experiencia de ansiedad, entendida como “un estado de hiperactivación fisiológica, acompañado de sensación difusa y generalizada de peligro inminente o anticipado”. El estado de relajación producido por el entrenamiento autógeno básico se denomina “estado autógeno”. En la [figura 16.1](#) se presentan sus relaciones con otros estados de conciencia producidos por otras técnicas. La regularidad con la que se produce el fenómeno al aplicar la técnica mental apropiada es lo que permite considerarlo como un principio general de funcionamiento del sistema nervioso. Se trata de una respuesta automática y estereotipada ante un proceso mental específico, que puede ser producido y mantenido de manera deliberada. Es importante destacar que la inducción de este estado de relajación no puede ser lograda de manera consciente ni voluntaria; de hecho, la pretensión de “lograr relajarse” inhibe la activación del estado de relajación, que, sin embargo, aparece espontáneamente al mantener la concentración pasiva, que se caracteriza por la despreocupación total por los resultados o fenómenos que esta actividad produce. El interés terapéutico del principio ASCI ha sido puesto de manifiesto por otros investigadores utilizando técnicas similares (Benson, 1984; Astin, 1997) La inducción repetida del estado autógeno desbloquea funciones cerebrales de autorregulación, patológicamente inhibidas, que se reactivan y se reorganizan, con modificación de interconexiones cerebrales córtico-diencefálicas, interhemisféricas y neurovegetativas.

La experiencia ASCI empieza por la toma de conciencia (“awareness”) del mundo interno, conjunto de representaciones, constructos y procesos mentales que constituyen el “self” o sí-mismo. En un primer paso, requiere la inhibición de la atención externa (desentenderse del entorno, cerrar los ojos, adoptar postura sin tensión) y su conmutación hacia la atención interna (observar los propios procesos mentales, sensaciones físicas, etc.). El segundo paso es la aceptación pasiva de todas las percepciones presentes, sin permitir que interfieran criterios de valoración, rechazo, aceptación activa (que es lo opuesto al rechazo= interesarse mucho) y sin pretender contrastarlas con recuerdos, ni buscarlas explicación ni razonar sobre ellas... Se produce así un estado de mera percepción del funcionamiento del organismo en condiciones de mínima interferencia, tanto por parte de la voluntad como por otras dinámicas parciales.

Además de sus efectos ansiolíticos directos, este procedimiento permite evaluar el estado general de la organización del mundo interno, tanto en sus aspectos de corporalidad o vivencia del cuerpo, como en los relacionados con los constructos y representaciones mentales. En sujetos sin experiencia previa, las respuestas iniciales tienden a ser de tipo cenestésico o somático. Una graduación de posibles respuestas, que indica, de mejor a peor, el estado de esta organización del mundo interno, es la siguiente:

1. Relajado y tranquilo.
2. Relajado, con una leve sensación como de mareo.
3. Un poco mareado, necesidad de moverse o tocarse, sensación de que alguna parte del cuerpo parece estar cambiada, adormecida, cosquilleos, etc.
4. Como estar flotando.
5. Angustiado, sin saber dónde se está, fuera del cuerpo, etc.

Las varias formas de experimentar la autogenicidad ofrecen indicaciones valiosas sobre la salud psíquica y psicosomática. Los traumas o incoherencias que distorsionan el normal funcionamiento de los procesos mentales tienden a irrumpir súbitamente, con manifestaciones más o menos paroxísticas, en ocasiones muy difíciles de relacionar con el problema básico. Esta experiencia, cuando es repetida de una manera graduada, también permite valorar fácilmente la capacidad del sujeto para realizar trabajo psicológico, poniendo en evidencia la riqueza de su mundo interno y sus habilidades de acceso al mismo.

MUNDO EXTERNO



E = estimulación ergotrópica.
T = estimulación trofotrópica.

Figura 16.1. Mapa de los estados de consciencia (Rivera, 1978).

16.1.3. Principio de neutralización y decatexis

Durante el estado autógeno se desarrolla una mayor sensibilidad propioceptiva, cognitiva y emocional. En las fases iniciales del entrenamiento existe también mayor capacidad perceptiva de estímulos exteriores, resultando molestos los ruidos, murmullos, etc., que

normalmente pasan desapercibidos. La hiperreactividad a los estímulos externos decrece con la práctica, mientras que la perceptibilidad interna aumenta. Algunos pacientes experimentan ocasionales accesos de ansiedad paradójica en los primeros minutos de ejercicio, que pueden explicarse por este mecanismo, al acceder a un estado interno alterado. Tanto en los trastornos de ansiedad como en los distímicos existe un continuo estado disfórico, que el sujeto se esfuerza en reprimir fuera de su consciencia. El incremento de la capacidad perceptiva durante el estado autógeno hace inoperante esta defensa, siendo el estado disfórico aparente antes de que el tono afectivo básico haya tenido tiempo de desarrollarse de manera suficientemente intensa. La continuación del ejercicio de concentración con la técnica correcta acaba con estas manifestaciones paradójicas. Sin embargo, si el paciente no comprende bien la naturaleza del fenómeno, existe serio riesgo de que un tratamiento potencialmente beneficioso sea prematuramente abandonado. El incremento perceptivo se manifiesta también por pensamientos sobre actividades o circunstancias próximas al momento del ejercicio y no es infrecuente que se recuerden súbitamente elementos de información olvidados, tales como donde está un objeto extraviado, o una actividad pendiente. Otro fenómeno diferente son las manifestaciones paroxísticas durante el estado autógeno, generalmente de carácter desagradable, cuya tipología es muy variable. Denominados por Schultz “síntomas de entrenamiento”, estos fenómenos transitorios no recibieron gran atención, aunque en ocasiones obligaban a suspender el tratamiento. Luthe descubrió el significado de los síntomas de entrenamiento, demostrando su relación con la historia traumática del individuo. Desde entonces se denominan “descargas autógenas” y se consideran una expresión del reajuste homeostático que facilita la eliminación de la excitación neuronal asociada con engramas de traumas, tanto físicos como psicológicos. Las descargas autógenas se manifiestan como fenómenos paroxísticos de tipo motor, sensorial o psíquico, cuya naturaleza puede ser muy simple o altamente compleja. Con objeto de utilizar al máximo el potencial terapéutico de este fenómeno espontáneo durante el estado autógeno, Luthe desarrolló las técnicas de neutralización, que se incluyen entre los métodos autógenos avanzados. Por otra parte, el estado autógeno permite un acceso privilegiado a los contenidos de la consciencia, fenómeno cuya aplicación clínica ha permitido el desarrollo del método conocido como Psicoanálisis Autógeno.

16.1.4. El Principio de Reconstrucción

La normalización de las desviaciones funcionales somáticas y mentales tiene lugar de manera progresiva con la aplicación de los Métodos de Neutralización Autógena. La eliminación de la excitación neuronal de origen traumático desactiva circuitos reverberantes, libera secuencias de acción mental interrumpida, permite la restauración de dinámicas bloqueadas y reactiva procesos evolutivos inhibidos. La reconstrucción

autógena responde a un proceso de activación de mecanismos naturales durante este estado y es consecuencia de la reorganización neurofuncional a un triple nivel: sintonía neurovegetativa, comunicación inter- hemisférica e interconexión córtico-diencefálica. La eficiencia del proceso aumenta con las técnicas de modificación autógena, que potencian la recuperación de dinámicas inhibidas y favorecen la coherencia y encaje interno de la personalidad. El punto más difícil de esta técnica es la correcta elección de la dinámica a potenciar, que nunca debe interferir con el principio de autorregulación. En lugar de pretender un equilibrio artificial, aplicando criterios estándar de funcionamiento normal, las técnicas de reconstrucción actúan sobre dinámicas patológicamente inhibidas, para cuya detección es necesaria una buena cooperación entre el terapeuta y el paciente. Su objetivo es reactivar las potencialidades naturales y fortalecer las líneas débiles en el desarrollo armónico de la personalidad.

16.1.5. Principio de psicoeducación

Aunque la práctica de los métodos autógenos básicos parece bastante simple, se presentan invariablemente dificultades importantes, sobre todo si el tratamiento es aplicado de manera mecánica, sin tener en cuenta las necesidades y la reactividad específicas de cada paciente. Esta situación es mucho más evidente en el curso de tratamientos con métodos avanzados, en los que la colaboración informada del paciente es esencial. A diferencia de otros métodos de psicoterapia, el paciente asume un papel activo y responsable desde el primer momento y adquiere, según va avanzando en su tratamiento, los conocimientos técnicos necesarios. La práctica de los ejercicios básicos, al menos tres veces diarias, requiere un considerable compromiso, que sólo puede mantenerse mediante la supervisión cuidadosa del terapeuta. Éste asume un papel de técnico o experto, que transmite sus conocimientos sobre la práctica del método al paciente, resolviendo sus dudas e indicándole la mejor manera de enfocar los problemas relacionados con las descargas autógenas y las resistencias que aparecen a lo largo del tratamiento. La correcta actitud terapéutica es de gran importancia, y tiene dos aspectos aparentemente paradójicos: Por una parte, el terapeuta es ampliamente permisivo, desculpabilizante y validante, haciendo uso continuo del acompañamiento empático y manteniendo en todo momento una actitud general de apoyo y comprensión. Pero, por otra parte, en lo que respecta a la práctica de los ejercicios y al correcto aprendizaje y aplicación de la técnica, su actitud es claramente directiva. Las técnicas se explican de manera clara y precisa, y de manera expresa se desanima al paciente a perseguir por su cuenta exploraciones, derivaciones o modificaciones de los procedimientos. En la práctica, esto requiere una profunda comprensión de la personalidad del paciente, de su problemática y de su entorno. Los conceptos elementales sobre los que se apoyan los métodos autógenos deben ser comprendidos desde el inicio del tratamiento, pues sin ello

resulta difícil ganar su cooperación y participación activa. El significado de las descargas autógenas ha de ser bien entendido, aunque el terapeuta debe cuidarse de formulaciones que puedan influir en pacientes sugestionables. Desde un punto de vista pro-homeostático, deben evitarse situaciones que producen acumulación de estímulos estresantes, especialmente aquellos de naturaleza similar a la que el paciente necesita neutralizar. Por ejemplo, personas con sobrecarga de agresión deben evitar deportes violentos, películas de guerra, etc. El inicio de las descargas es una de las razones más frecuentes para la resistencia que suele aparecer después de un tiempo de práctica de los ejercicios autógenos. Muchos pacientes no logran explicar por qué, después un considerable alivio de sus síntomas en pocas semanas de tratamiento, les resulta cada vez más difícil encontrar tiempo para ponerse a hacer los ejercicios. Generalmente, esta resistencia cede con una clarificación simple y la convincente insistencia y confianza del terapeuta. En otras ocasiones, puede estar indicado el paso a los métodos avanzados. Lo que siempre es inadecuado es aceptar que “los ejercicios ya no sirven”, o “que les sientan mal”, porque precisamente cuando empiezan las descargas es cuando mayor va a ser la eficacia terapéutica, gracias a la movilización controlada de material traumático largo tiempo reprimido. En estas circunstancias, la actitud aceptante, validante y desculpabilizante del terapeuta rinde sus mayores frutos, apoyándose en la cooperación empática construida desde los primeros momentos del tratamiento para conducir progresivamente al paciente al enfrentamiento directo con sus recuerdos y fantasías más traumáticas.

16.2. Fundamentos neurobiológicos

Setenta años después de que Claude Bernard estableciera sus famosos postulados sobre el «milieu interieur», Cannon demostró las interrelaciones funcionales multidimensionales de este principio regulador, que denominó homeostasis. Los estudios experimentales de Hess, años más tarde, correlacionaron los mecanismos homeostáticos generales con la organización funcional del sistema nervioso autónomo y el diencefalo. Según estos estudios, existen en el diencefalo dos zonas anatómicas y funcionales, que regulan diferentes aspectos complementarios de la homeostasis y de cuyo equilibrio depende el buen funcionamiento del organismo y su adaptación frente al estrés. La zona ergotrópica o dinámogena comprende la parte posterior del hipotálamo y núcleos de materia gris en el mesencéfalo y romboencéfalo anterior, y está relacionada con la excitación en general y con aquellos mecanismos que acompañan fisiológicamente a la actividad motora del organismo y al trabajo físico, correspondiendo en gran medida con las actividades del sistema nervioso simpático.

La zona trofotrópica o endofiláctica comprende principalmente la porción rostral del hipotálamo, las áreas preóptica y supraóptica y parte del septum. Está en íntima

relación con mecanismos protectores, de recuperación y de eliminación (defecación, vómito). Hess considera el sueño como un medio de preservar y restaurar las energías nerviosas, y como una expresión típica de la actividad trofotrópica. Los cambios fisiológicos observados en humanos durante el estado autógeno son similares a los observados por Hess en sus animales de experimentación después de estimular la región trofotrópica del hipotálamo. Fenómenos fisiológicos similares parecen obtenerse mediante la práctica de otros métodos de concentración pasiva y pueden considerarse como una respuesta de integración hipotálmica de signo opuesto a la respuesta de alerta o «fight and flight response» de Cannon.

Las señales propioceptivas enviadas por la musculatura estriada tienen un efecto estimulador de la porción posterior del hipotálamo, a través de la estimulación de la formación reticular ascendente y ejercen, en consecuencia, una acción dinamógena o ergotrópica. La acción trofotrópica del entrenamiento autógeno, y de otras formas de relajación y concentración pasiva, se ejerce mediante la reducción de estímulos aferentes, propioceptivos sobre todo, ya que la relajación muscular es un fenómeno habitualmente presente en el estado autógeno. La reducción de estímulos aferentes disminuye automáticamente la actividad reticulocortical y, en consecuencia, la excitación del área ergotrópica. Otros factores independientes de la relajación muscular juegan también su papel en la inducción del estado autógeno. La actitud de “aceptación pasiva” o “libre aceptación”, esto es, la renuncia a todo juicio sobre las diversas percepciones, tanto procedentes del mundo interno como del externo, hace que todas tengan el mismo significado y nada sea considerado como peligroso para la supervivencia. Así, hay una inhibición de la reacción de estrés, con reducción generalizada de los impulsos corticales hacia el hipotálamo posterior a través del sistema límbico, con la consiguiente desactivación de la zona diencefálica ergotrópica. Para mayor información sobre las relaciones ergo-tróficas consultar las secciones 2.4.1 y 7.2.

16.3. Correlatos psicofisiológicos

Cambios fisiológicos importantes tienen lugar durante el estado autógeno. Modificaciones estables de la reactividad neurovegetativa tienen lugar después de cierto tiempo de entrenamiento, que se estima entre 3 y 6 meses de práctica regular. Es a partir de este periodo cuando se eleva permanentemente el dintel de sintonía neurovegetativa para mantener un buen equilibrio ergotrópico-trofotrópico en situaciones de estrés. Las modificaciones fisiológicas características del estado autógeno son:

1. *Tono muscular.* Desde el comienzo de su aplicación clínica, se ha considerado el estado autógeno asociado con relajación muscular. Esta disminución del tono muscular no se limita a los miembros objetos de la fórmula autógena,

sino que se extiende al resto de la musculatura. Sin embargo, en ocasiones pueden observarse reacciones paradójicas de aumento de tensión en algunos sujetos. Este fenómeno puede deberse a errores técnicos en la práctica del ejercicio o a la aparición de descargas autógenas. La relajación de la musculatura voluntaria no guarda relación con el contenido de las fórmulas autógenas, sino que depende de la concentración pasiva. En sujetos bien entrenados, la relajación del tono muscular puede comenzar de manera refleja, nada más adoptar la postura de entrenamiento, antes de que comience la repetición mental de la fórmula.

2. *Función cardíaca.* En el estado autógeno se reduce de manera significativa la frecuencia cardíaca, en un valor medio de 5-10% la frecuencia de reposo. Durante la aplicación del tercer ejercicio básico puede llegarse a una reducción aun mayor, pudiendo llegar hasta un 25% . Schultz (1969) desaconseja, sin embargo, el empleo de fórmulas específicamente destinadas a reducir el ritmo cardíaco. La fórmula apropiada para el tercer ejercicio básico («el corazón tranquilo y natural») debe comunicar la idea de equilibrio y regularidad, no la de lentitud. En las alteraciones del ritmo cardíaco, se observa también una marcada normalización del mismo durante el tercer ejercicio.
3. *Función respiratoria.* La frecuencia respiratoria disminuye, en un término medio del 15% sobre la frecuencia de reposo, con aumento de duración de la inspiración y de la expiración, y aumento de la proporción entre tiempo de inspiración y tiempo de expiración. Los requerimientos metabólicos de oxígeno también disminuyen durante el estado autógeno.
4. *Circulación periférica y temperatura de la piel.* Ya en sus primeras observaciones, Schultz observó que la sensación subjetiva de calor que acompaña a la práctica del segundo ejercicio básico tiene como base un aumento de la circulación periférica en las extremidades, con elevación real de la temperatura. Esta elevación térmica; situada entre 1-3°C, no parece estar asociada con el contenido de la segunda fórmula autógena y se considera como un fenómeno inespecífico del estado autógeno.
5. *Resistencia epitelial galvánica.* Durante el estado autógeno se observa un aumento progresivo de la resistencia eléctrica de la piel o, lo que es lo mismo, una reducción de su conductividad. La ocasional variabilidad de la conductibilidad epitelial que presentan algunos individuos durante el estado autógeno se atribuye a la intromisión de pensamientos ansiógenos o descargas autógenas.
6. *Presión sanguínea arterial.* En general, las variaciones de la presión arterial no son consistentes durante las 3-4 primeras semanas de entrenamiento. La mayoría de los sujetos experimentan un ligera reducción de la presión sistólica después de este periodo inicial, reducción aún más importante en los hipertensos, en quienes también disminuye la presión diastólica. Sin

embargo, un 3 % de la población general experimenta elevaciones paradójicas de la tensión arterial durante el estado autógeno. Cuando esta hipertensión paradójica se prolonga durante más de dos semanas de entrenamiento, puede constituir contraindicación absoluta para la práctica del método. Las medidas periódicas de la presión arterial antes, durante e inmediatamente después del estado autógeno son una precaución necesaria durante las primeras semanas de entrenamiento.

7. *Electroencefalograma*. El principal fenómeno observable durante el estado autógeno es un aumento de la cantidad de frecuencias alfa, con una tendencia a una cierta constancia de ese ritmo. También se observan en algunos sujetos tres tipos de fenómenos paroxísticos (repentinos y poco duraderos):

- Tipo I: Puntas aisladas, con frecuencias generalizadas.
- Tipo II: Mezclas complejas de ondas lentas y puntas, o puntas y ondas alfa o theta.
- Tipo III: Cortos trenes de ritmo lento, theta o delta, con frecuencias generalizadas.

El interés de estos fenómenos paroxísticos radica en la posibilidad de que representen el sustrato neurofisiológico de las descargas autógenas, frecuentemente descritas como experiencia subjetiva.

16.4. Fenómenos subjetivos en el estado autógeno

Las experiencias subjetivas en el estado autógeno pueden clasificarse en tres grandes apartados:

a) *Tono afectivo básico*. Habitualmente, los sujetos bien entrenados experimentan durante el estado autógeno una sensación de bienestar y satisfacción. Esta *vivencia de relajación* parece ser el opuesto psicológico de la angustia. Mientras que en esta última se experimenta un temor, vago y difuso, de algo impreciso y sin definir, la vivencia de relajación consiste en la sensación, igualmente vaga y difusa, de seguridad y protección, de que todo está bien y en orden. A pesar de su importancia, el tono afectivo básico ha sido poco estudiado, y son raras las descripciones, incluso anecdóticas, en la literatura. En un estudio estadístico sobre las descripciones de la vivencia de relajación en grupos de sujetos normales y pacientes con trastornos neuróticos o psicósomáticos menores, no se ha encontrado correlación entre la intensidad

y las diversas facetas del tono afectivo básico, por un lado, y el tipo o gravedad de psicopatología por otro. Existe una correlación entre grado de educación y riqueza de matices del tono afectivo básico, que probablemente es un simple artefacto debido a las mayores habilidades expresivas de los sujetos con alto nivel educativo. El 95% de los sujetos clasificaron la experiencia de bienestar durante el estado autógeno como «diferente» de la sensación de bienestar experimentada en el estado vigil habitual. Sin embargo, el 72% de los sujetos afirmaron haber experimentado similar sensación con anterioridad. Muchos de ellos no pudieron precisar con detalle las circunstancias de tal ocasión, pero las respuestas predominantes la relacionaban con experiencias de contacto con la naturaleza, generalmente en bosques o a la orilla del mar. Un 52% de los sujetos manifestaron la experiencia de sensaciones de abandono, desinterés y libertad interior, no sintiéndose dominados o influenciados por los determinantes habituales de su conducta. Probablemente en relación con este último aspecto del tono afectivo básico, es la sensación descrita por el 40% de los sujetos de que sus preocupaciones y temores habituales no tenían razón de ser. La sensación de estar en contacto con algo más grande que uno mismo, de participar de alguna manera en una dimensión desconocida de la existencia, de trascender la propia individualidad, etc. fue descrito por el 28% de los sujetos, en su mayoría pertenecientes al grupo de mayor sofisticación intelectual.

b) *Mayor capacidad perceptiva de estados internos.* Durante el estado autógeno se produce una mayor sensibilidad propioceptiva, cognitiva y emocional. En las fases iniciales del entrenamiento existe también mayor capacidad perceptiva de estímulos exteriores, resultando molestos los ruidos, murmullos, etc., que normalmente pasarían desapercibidos: La hiperreactividad a los estímulos externos decrece con la práctica, mientras que la perceptibilidad interna aumenta. Algunos pacientes experimentan ocasionales accesos de ansiedad paradójica en los primeros minutos del ejercicio, que pueden explicarse por este mecanismo. En ciertos pacientes existe un continuo estado latente de ansiedad, habitualmente reprimido fuera de la consciencia, y el incremento de la capacidad perceptiva lo hace bien aparente, antes de que el tono afectivo básico haya tenido tiempo de desarrollarse. La continuación, manteniendo la técnica correcta, del ejercicio termina generalmente con estas manifestaciones paradójicas. La contrapartida cognitiva del incremento perceptivo se manifiesta por pensamientos sobre actividades o circunstancias próximas al momento del ejercicio. No es infrecuente que se recuerden súbitamente elementos de información olvidados, tales como dónde dejó uno las llaves, o la llamada telefónica pendiente. Como aspectos propioceptivos de este apartado, cabe destacar la percepción de hambre, sueño y otras necesidades biológicas insatisfechas que el sujeto es capaz de ignorar en su estado vigil. Los dolores

que aparecen en el estado autógeno deben ser investigados, sobre todo si son repetitivos y corresponden a posibles síntomas patológicos. Luthe refiere el caso de una de sus pacientes que sufría intensos pinchazos en el seno izquierdo durante el ejercicio, y en la que un examen médico reveló un pequeño nódulo, totalmente silencioso en el estado normal.

- c) *Descargas autógenas*. La observación de ciertos fenómenos paroxísticos durante el estado autógeno, generalmente de carácter desagradable, es muy antigua. Denominados por Schultz «síntomas de entrenamiento», estos fenómenos transitorios se consideraban simples “efectos secundarios”, sin mayor significado. Convencido de que la acción terapéutica del entrenamiento autógeno radica en la activación de las capacidades autorreguladoras del organismo, Luthe investigó el significado de los síntomas de entrenamiento, descubriendo una relación entre ellos y la historia traumática del individuo. Las descargas autógenas, como se denominan desde entonces, pueden ser consideradas como expresión del reajuste homeostático que permite la eliminación de excitación neuronal asociada con engramas de traumas tanto físicos como psicológicos. Las descargas autógenas pueden manifestarse como fenómenos paroxísticos motores, sensoriales, emocionales, cognitivos y visuales complejos.

16.5. Los métodos de psicoterapia autógena

La primera de las técnicas autógenas fue desarrollada por J. H. Schultz en Alemania a principios de 1930, modificando la técnica de “reposo autohipnótico psicoprofiláctico” de Vogt. Consta de seis ejercicios de meditación en sensaciones propioceptivas procedentes de distintas partes del cuerpo, ordenados por dificultad creciente. Se denominó “entrenamiento autógeno” para recalcar la naturaleza autoinducida del fenómeno (esto es, independiente del terapeuta) y la necesidad de una práctica regular para obtener resultados terapéuticos palpables. El estado especial de conciencia producido se denomina «Estado autógeno». La práctica repetida de los ejercicios de Schultz modifica progresivamente las pautas de reactividad del sistema nervioso autónomo y favorece una auténtica reorganización del funcionamiento interno, tanto fisiológico como mental. Constituye el procedimiento inicial del tratamiento con psicoterapia autógena. Con frecuencia, la mejoría de las relaciones interpersonales, de la tolerancia al estrés y del posicionamiento existencial del paciente hace innecesario el recurso a los métodos avanzados, como el análisis autógeno o la reconstrucción autógena.

Ejercicios del entrenamiento autógeno de Schultz

1. Concentración pasiva en la sensación de peso en brazos y piernas.
2. Concentración pasiva en la sensación de calor en brazos y piernas.
3. Concentración pasiva en el movimiento del corazón.
4. Concentración pasiva en el proceso respiratorio.
5. Concentración pasiva en la sensación de calor en el plexo solar.
6. Concentración pasiva en la sensación de frescor en la frente.

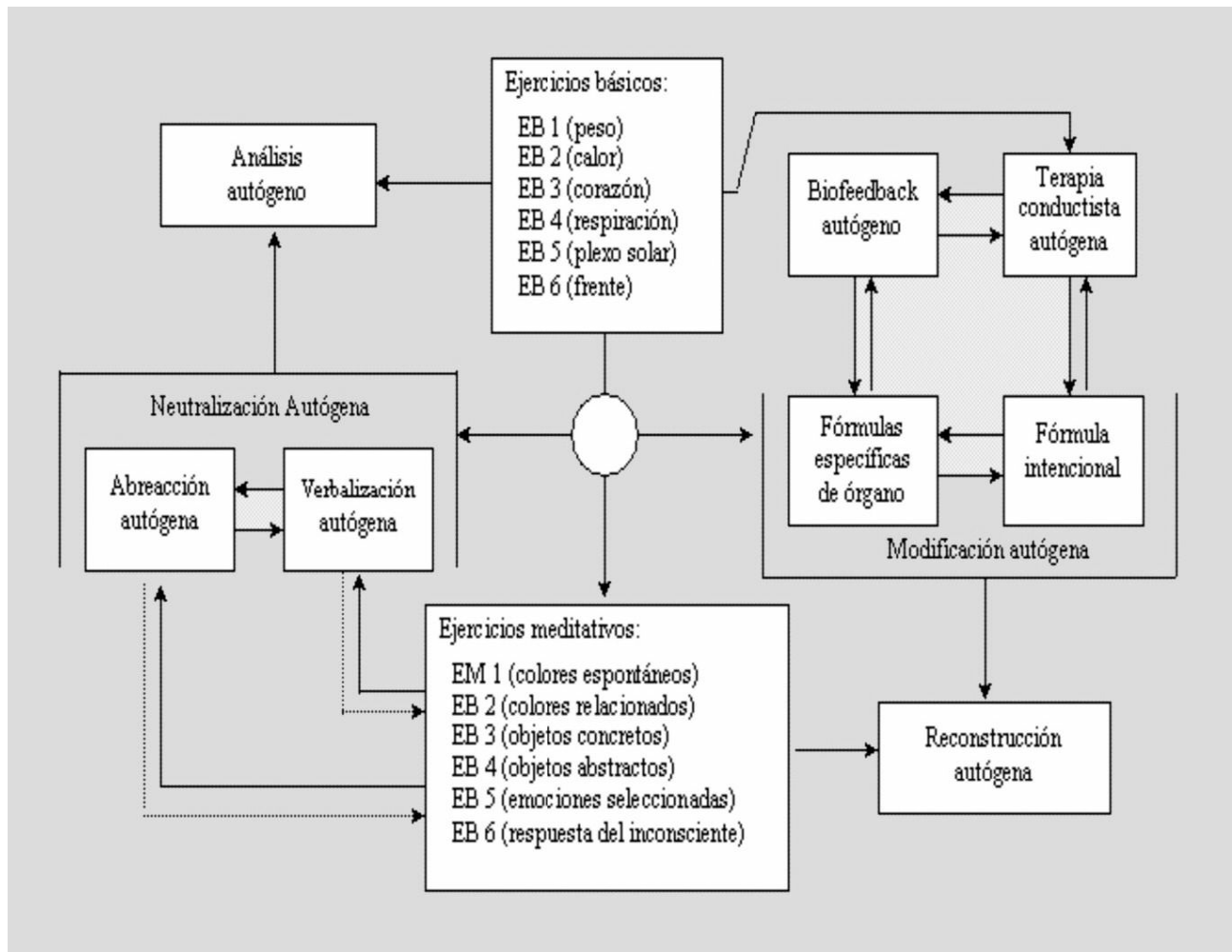


Figura 16.2. Los métodos de psicoterapia autógena.

16.5.1. Inducción del estado autógeno

El estado autógeno se define como un estado especial de conciencia, con predominio relativo de las funciones trofotrópicas, auto-inducido mediante concentración pasiva en fórmulas con cierto contenido fisiológico y contacto mental simultáneo con las regiones afectadas por el contenido de la fórmula.

- a) *Concentración pasiva*. Se trata de un proceso mental consistente en una actitud casual durante la realización de una tarea, con completa indiferencia hacia el resultado de la misma. Cualquier esfuerzo en persecución de una finalidad concreta, interés activo o aprensión constituye una manifestación de concentración activa; y debe ser evitado durante el ejercicio. La concentración pasiva requiere una actitud no directiva de la voluntad, con focalización de la atención más en el proceso de concentración en sí que en la finalidad perseguida. En la concentración pasiva, que es la habitualmente utilizada durante nuestra actividad vigil, la atención se focaliza en una meta, ocupando el proceso de concentración un lugar marginal. Mientras que la concentración activa reduce el campo de la conciencia, haciendo en él predominante el objeto sobre el que se dirige la atención y los resultados que se pretenden obtener, la concentración pasiva lo amplía, otorgando idéntico valor a todos los contenidos que puedan presentarse en la conciencia. Es decir, durante la concentración pasiva se desarrolla una *actitud de aceptación pasiva* a todas las manifestaciones y fenómenos que puedan ser percibidos, sin rechazar ni perseguir ninguno en concreto.
-

CONCENTRACIÓN PASIVA

Concentración es un estado estable de atención focalizada. La atención difusa es la ausencia de concentración estable, con concentración pasajera en distintos estímulos, saltando de uno a otro más fuerte o interesante. La concentración activa es aquella que se practica para conseguir un objetivo; es el uso normal de la atención, potenciada desde la escuela. Requiere la exclusión forzada de cualquier distracción intercurrente y suele acompañarse de la monitorización continua de los resultados obtenidos. Neurobiológicamente, activa los mecanismos ergotrópicos descritos por Hess y aumenta el estado de alerta. La concentración pasiva es la esencia de la meditación. Se practica por su propio interés, sin pretender ningún fin determinado; en lugar de luchar contra las interferencias intercurrentes, el meditador simplemente “pasa” de ellas. Las acepta, pero no les hace caso, una actitud mental conocida como “aceptación pasiva”.

CONTACTO MENTAL

Es el otro elemento esencial de la meditación autógena. Consiste en “darse cuenta”, “permitir sentir”, ser consciente sin esfuerzo de las sensaciones que proceden de la parte del cuerpo objeto de la concentración en cada uno de los ejercicios básicos. Por eso se dice que el entrenamiento autógeno es una técnica de meditación propioceptiva. La repetición mental simultánea de la fórmula autógena correspondiente a cada ejercicio completa su eficacia, haciendo intervenir coordinadamente a ambos hemisferios cerebrales. Es importante destacar que las frases autógenas no son consignas autohipnóticas ni de autoconvencimiento sino sólo la formulación verbal de la experiencia propioceptiva que realmente está teniendo lugar.

- b) *Repetición mental de las fórmulas autógenas*. Son frases que afirman la realidad de una experiencia física específica, que siempre está teniendo lugar aunque habitualmente no sea el sujeto consciente de ella. Las seis fórmulas o frases autógenas desarrolladas por Schultz son las siguientes:

Ejercicio 1: Compuesto por una secuencia de fórmulas de introducción progresiva. «Mi brazo derecho es pesado», «mi brazo izquierdo es pesado», «mis brazos son pesados», «mi pierna derecha es pesada», «mi pierna izquierda es pesada», «mis piernas son pesadas», «mis brazos y piernas son pesados». El peso es una experiencia continua, fruto de la atracción de la gravedad sobre la masa corporal, y no importa que su intensidad le parezca al sujeto mucha o poca.

Ejercicio 2: «Mi brazo derecho es caliente». Idéntica progresión que en el ejercicio anterior. La experiencia de concentración es sobre la capacidad que los miembros tienen de generar calor propio, independientemente de la impresión que el sujeto tenga sobre su intensidad.

Ejercicio 3: «Mi corazón va tranquilo y natural».

Ejercicio 4: «Esto respira solo» o “Esto me respira” (concentración en el acto de respirar en sí, sin contacto mental físico propiamente dicho).

Ejercicio 5: «Mi plexo solar es caliente».

Ejercicio 6: « Mi frente es fría».

Inicialmente, la concentración pasiva en cada fórmula no debe durar más de uno o dos minutos, aumentando progresivamente el tiempo, que al cabo de pocas sesiones puede ser, en total, de unos 15-20 minutos.

- c) *Contacto mental*. Consiste en la percepción propioceptiva de la región anatómica a la que se refiere la fórmula autógena. Esta percepción no requiere ningún esfuerzo voluntario, sino que se produce de forma automática durante la repetición de la fórmula autógena, si se mantiene la apropiada actitud de concentración pasiva.
- d) *Reducción de la estimulación*. Las condiciones ambientales son relativamente importantes, especialmente al principio del entrenamiento. Es recomendable utilizar una habitación tranquila, con temperatura agradable y en penumbra, con objeto de disminuir la intensidad de factores externos de estimulación. En individuos bien entrenados, estas condiciones revisten menor importancia, ya que pueden llegar a inducir el estado autógeno en situaciones de gran estimulación exterior. Más importante resulta reducir el influjo de estímulos procedentes del propio cuerpo para lo que se recomienda eliminar o aflojar toda prenda de ropa molesta, relajar de manera general el cuerpo y cerrar los ojos antes de comenzar el ejercicio. Schultz recomienda la adopción de una de las tres posturas de entrenamiento por él descritas, que son la reclinada en un sillón, la horizontal y la denominada «posición de cochero». Cada postura confiere características especiales al curso del

ejercicio y algunos individuos pueden tener dificultad para realizarlo en una de las posiciones y no en otra.

Durante el ejercicio debe observarse al paciente para determinar el estado de relajación:

- (+) 1. Respiración lenta, profunda y regular.
- 2. Expresión facial «beatífica».
- 3. Relajación aparente de la cara, cuello, torso y manos.

- (-) 1. Sin cambios en la respiración.
- 2. Expresión crispada de cara y/o manos.
- 3. Fruncimiento de ceño, movimiento de labios, etc.
- 4. Cambios de posición en la silla.

Si la relajación es (+) continuar por aproximadamente 10 minutos. Si la relajación es (-) interrumpir el ejercicio para comentar su experiencia y repetir si es necesario las instrucciones. En ninguno de los dos casos se comunica al paciente la impresión de que se relaja bien o mal, o los criterios de observación usados para definir el estado (+) o (-) de relajación.

Terminación del ejercicio

El estado autógeno es ligeramente diferente del estado vigil habitual. Si se termina el ejercicio de manera brusca el paciente puede sentir algunas molestias, mareos o impresiones de - sagradas, sobre todo en los primeros tiempos del entrenamiento, cuando todavía no está familiarizado con la experiencia subjetiva del estado autógeno. Por eso es conveniente terminar de manera progresiva, volviendo lentamente al estado habitual en tres etapas:

- 1.^a Tomar una profunda inspiración y soltar el aire.
- 2.^a Una fuerte flexión de brazos.
- 3.^a Abrir los ojos.

Tras la terminación, se pide al paciente que relate su experiencia, que explique «qué ha pasado», cuáles han sido sus sensaciones durante el ejercicio.

En caso del estado de relajación (-) se llega regularmente a una discusión sobre una cierta incomodidad resentida por el sujeto, dificultad de tener los ojos cerrados, de concentrarse, etc. Esto suele estar relacionado con alguno de los siguientes errores técnicos:

- insuficiente comprensión de la técnica, con el intento de “conseguir” relajarse (es decir, aplicando concentración activa en lugar de concentración pasiva),
- temor a la pérdida de control o a la percepción de estados internos desagradables o
- excesiva preocupación por ser observado o desconfianza del terapeuta.

Aclarado este punto se repite el ejercicio, procediendo a repetir la fórmula hasta 10 minutos, tanto si la relajación es (+) o (–).

Los ejercicios deben practicarse de manera regular, al menos tres veces al día, con una duración media de 10-20 minutos. En caso de que se produzcan descargas desagradables (mareos, dolores, etc.), la duración del ejercicio debe reducirse.

La posibilidad de «descargas autógenas» debe ser advertida al paciente y pedirle que anote después de cada ejercicio todo fenómeno familiar producido durante el mismo (sonidos, imágenes, dolores, vértigo, etc.).

Una frecuencia apropiada de visitas es una semana, con introducción de un nuevo ejercicio por visita. Consideraciones técnicas pueden aconsejar que esta frecuencia sea mayor o menor.

16.5.2. Los métodos avanzados

Cuando la normalización terapéutica es insuficiente, puede recurrirse a los métodos avanzados. El más sencillo de ellos es la Meditación Autógena, que, en realidad, es una continuación de la técnica básica, sustituyendo la meditación propioceptiva por la concentración en procesos mentales específicos (ver fig. 16.2). Como no aporta grandes ventajas sobre el entrenamiento autógeno básico para el tratamiento de los síndromes de estrés no será discutido en este capítulo. Lo mismo puede decirse de las técnicas de modificación autógena y de la Reconstrucción Autógena, cuyo alcance desborda las necesidades de los síndromes de estrés.

En cambio, los métodos de neutralización y el análisis autógeno demuestran ser muy eficaces cuando la técnica básica se revela insuficiente. La educación y entrenamiento del paciente en el acceso y descripción de la experiencia interna durante el estado autógeno es una parte muy importante del método de neutralización. Curiosamente, el psicoanálisis, que descubrió la “asociación libre”, nunca instruye al paciente en cómo hacerlo, excepto en la técnica modificada de Beck, que ha dado origen a la Terapia Cognitiva. Los elementos esenciales de la técnica de neutralización autógena son:

1. La aceptación pasiva de todos los contenidos mentales espontáneos,
2. La verbalización continua en “traducción simultánea”, esto es, sin modificar,

- criticar, comentar ni censurar y
3. La no interferencia en los procesos automáticos de la consciencia.

El análisis autógeno (Rivera, 2001), además de perfeccionar la técnica de neutralización de Luthe, introduce otras técnicas, como la decatexis o “desvinculación de lazos afectivos”, especialmente indicada para estados de duelo patológico, francos o subclínicos, que son frecuentes en los pacientes con trastorno de ansiedad, distimia y trastornos adaptativos. Uno de los factores de vulnerabilidad a la depresión, en todas sus formas, es la insuficiencia de los mecanismos normales de decatexis, definidos como “la capacidad de renunciar a personas, objetos, metas, ideales y fuentes de gratificación y apoyo, una vez que han agotado su función o han desaparecido de la esfera de interacción con el sujeto”. Las experiencias de pérdida son una constante en el curso del desarrollo. La inhibición o malfunción de los mecanismos normales de decatexis conduce a un estado de duelo permanente, acompañado de disminución del interés y disponibilidad de energía para formar nuevos vínculos. El procedimiento de decatexis hace uso de una combinación de técnicas cognitivo-conductuales y técnicas de neutralización autógena, y sus efectos son sorprendentes por la rapidez e intensidad de su acción (Rivera y Rodríguez-Abuín, 1998).

Psicoterapia secuencial integradora

En la historia de la psicoterapia, los primeros procedimientos estuvieron marcados por un afán totalizador. Cada nueva escuela insistía en su superioridad con respecto a las demás y se esforzaba en mantener la pureza de su teoría y de su técnica específicas. Ésta es la primera época de la psicoterapia o época de las escuelas. A ella siguió una segunda etapa, en la que psicoterapeutas prácticos aplicaban, sin gran preocupación por la pureza ni el rigor científico, técnicas de distintas procedencias. Ésta es la época ecléctica. En la actual época integradora, el interés central es la búsqueda de fundamentos teóricos que permitan estructurar los abordajes eclécticos. El desarrollo de esta etapa está teniendo lugar a través de dos enfoques principales:

1. Elementos comunes en psicoterapia. Es una forma de integración “desde arriba”, que parte del estudio de métodos diferentes y descubre en ellos sus similitudes y complementariedades.
2. Ejes de integración de las psicoterapias. Es una forma de integración “desde abajo”, que parte de la observación directa del funcionamiento humano y de la aplicación de los procedimientos óptimos para superar las dificultades que se presentan en cada uno de sus niveles de organización o estadios de evolución personal.

La psicoterapia secuencial integradora, también conocida como psicoterapia por estadios o psicoterapia por objetivos existenciales, nació como un programa para superar situaciones que desbordan la capacidad del individuo. Tuvo su inicio en julio de 2000, como parte de las acciones del Instituto de Psicoterapia e Investigación Psicosomática de Madrid para responder a las necesidades clínicas de los pacientes con síndrome de acoso psicológico en el trabajo, un grupo de población poco estudiado e insuficientemente atendido hasta entonces. Pronto se descubrió su eficacia en otros síndromes de estrés, singularmente en los producidos por situaciones de crisis. Desde el primer momento fue concebida como un método integrador “desde abajo”. Su núcleo estructurante es la

observación clínica y el descubrimiento de que la superación de crisis no es un acto aislado, sino una capacidad compleja y relativamente permanente. La observación de personas con alta capacidad de adaptación a cambios vitales importantes permitió descubrir en ellos una serie de capacidades y actitudes que pueden ser adquiridas a través de una mentalización apropiada y un esfuerzo bien dirigido. Las oposiciones y las dificultades fuerzan al individuo a superar sus limitaciones y a desarrollar su capacidad más allá del nivel de comodidad previo. Las crisis ofrecen la oportunidad (y la necesidad) de mejorar, no sólo las circunstancias externas, sino también el propio carácter y capacidad. Siempre, claro está, que sus efectos no sobrepasen el dintel máximo de estrés propio de cada individuo, a partir del cual la capacidad de progreso personal se deteriora en lugar de mejorar.

La psicoterapia secuencial integradora aporta criterios para articular y organizar técnicas e intervenciones de manera adaptada a las necesidades individuales en cada situación. En este sentido, puede considerarse como un “eje de integración” de enfoques psicoterapéuticos conocidos. El concepto de secuencia es importante en el método, ya que cada fase prepara para la siguiente y consolida lo logrado en la anterior. El trabajo terapéutico a realizar en cada fase desemboca, de manera lógica y natural, en el de la fase siguiente, que no es fácil de acometer sin haber adquirido cierta maestría en el de la fase anterior. Naturalmente, no basta con hacer el recorrido una vez, sino que es preciso repetir todas las secuencias varias veces, hasta que el procedimiento se convierta en una manera natural de responder ante las crisis. En éste, como en otros terrenos, el genio es una larga práctica; el fracaso, un entrenamiento insuficiente.

En los tratamientos pioneros con psicoterapia secuencial integradora se consideró el desarrollo de la capacidad de mantener la calma ante circunstancias adversas como el primer objetivo existencial. Pronto se descubrió que algunas personas tienen serias dificultades para seguir el programa con este diseño. Sus características clínicas y de personalidad requieren una fase previa, la actual fase 1, que fue así introducida en el nuevo diseño. La última fase, que coincide con el estado normal de personas altamente creativas y positivas, apareció como un desarrollo espontáneo en algunas de las personas que siguieron el tratamiento con mayor éxito. En su formulación actual, la psicoterapia secuencial integradora contempla siete fases de progreso, que van desde la indefensión más absoluta hasta el funcionamiento óptimo de que el ser humano es capaz. Éstas son:

1. Centrarse y tomar posesión de la propia vida.
2. Mantener la calma.
3. Minimizar el daño.
4. Entender la situación.
5. Decidir la condición.
6. Actuar, no reaccionar.
7. Gestión positiva del cambio.

Las tres primeras fases son las más propiamente terapéuticas, mientras que las

siguientes son de optimización de recursos personales y perfeccionamiento de las capacidades de adaptación. Muchos de los procedimientos aplicados en la primera fase proceden de las psicoterapias psicodinámicas avanzadas, los de la segunda de la psicoterapia autógena y los de la tercera de la cognitivo-conductual. Las últimas fases están informadas por la psicoterapia autógena, la psicología positiva y, en menor medida, por la psicoterapia cognitivo-conductual. Además de aportar un soporte para la integración de otros métodos, la psicoterapia secuencial integradora aporta procedimientos propios. Uno de los más importantes es el análisis vivencial, que permite evaluar el posicionamiento existencial del paciente y decidir la fase de trabajo en que ha de centrarse su tratamiento.

Primera fase: Centrarse y tomar posesión de la propia vida

Sea cual sea la condición y situación personal, sea cual sea la circunstancia con la que uno se enfrenta, decidir que el núcleo central de la solución está en uno mismo es el primer paso. Por eso esta fase se llama “Tomar posesión de la propia vida”, que significa aceptarla como propia, reconocerse responsable de todo lo que en ella ocurre. El matiz diferencial entre *responsable* y *culpable* es muy importante. “Responsable” significa “el que responde”, el que tiene a su cargo la situación, el que toma las decisiones y se ocupa de poseer los medios eficaces para llevarlas a cabo. No importa cuántas veces salga algo mal, el que se siente realmente responsable de su vida no pierde tiempo ni energía en sentirse culpable, sino que las aplica a superar las circunstancias adversas y a convertirse en agente activo de lo que le ocurre.

En un punto crítico de su terapia, una paciente con síndrome de acoso preguntó al terapeuta: “¿Cómo quiere usted que yo me sienta, doctor, con lo que me han hecho?”. El terapeuta, que ya llevaba tiempo trabajando con ella la fase uno, respondió: “Yo quiero que te sientas eficaz, contenta y feliz. Esa gente será *culpable* de lo que te han hecho, pero tú *eres responsable* de cómo te sientes”.

Esta postura existencial también se llama “centrarse”, porque todas las fuerzas se recogen en uno mismo, en lugar de desperdigarse clamando por ayuda y protección. Casi todo el mundo ha logrado de manera espontánea algún progreso en esta fase. Sin embargo, cierto número de pacientes presentan como actitud vital la convicción de que alguien ha de atenderles, comprenderles y resolver sus problemas. Esperan que su existencia sea lógica, justa y agradable, y atribuyen a otros la responsabilidad de crear las circunstancias propicias para que así sea. Como la vida no siempre es fácil y carente de frustraciones, estas personas experimentan con frecuencia sentimientos desagradables, como ansiedad, ira o tristeza, de los que invariablemente culpan a otros. Su defensa preferida es la *externalización*, que consiste en atribuir la causa de todos sus problemas a

agentes distintos de ellos mismos. En los raros casos en que esta defensa funciona, las consecuencias caracteriológicas más importantes son la sumisión dependiente y la ineficacia, aunque lo más frecuente es que su fracaso repetido lleve a profundos sentimientos de indefensión, desvalimiento, inferioridad e impotencia y/o irritabilidad, rencor, paranoidismo y afán de control. Las presentaciones clínicas de esta postura existencial son muy variadas, desde la personalidad dependiente hasta el trastorno límite, pasando por combinaciones complejas de rasgos depresivos, paranoides y manipulativos. Su tratamiento es difícil, sobre todo si el terapeuta no descubre pronto la postura existencial que subyace a las manifestaciones clínicas. La relación terapéutica tiende a emponzoñarse con mezclas ambivalentes de dependencia y envidia, que generan reacciones contratransferenciales también ambivalentes de omnipotencia y rechazo. La crítica prematura de la postura existencial lleva inevitablemente al fracaso de la relación y, con él, al de la terapia. Por eso es recomendable proceder de manera indirecta mediante los siguientes procedimientos:

1. Fortalecer la relación mediante el apoyo y el consejo.
2. Validación empática.
3. Mentalización.
4. Corrección del autoconcepto negativo.
5. Descubrimiento del sentimiento de efectividad.

Transmitir las actitudes necesarias para superar la primera fase toma tiempo, pero no es necesario esperar a que esté totalmente consolidada para iniciar el trabajo propio de la segunda fase. De hecho, adquirir la capacidad de crear y mantener la calma ayuda en gran manera a la consolidación de la fase 1. Uno de los efectos del entrenamiento autógeno, y posiblemente de otras técnicas de meditación, es precisamente aumentar los sentimientos de autonomía y eficacia, al proporcionar al paciente un procedimiento personal y fiable para contrarrestar sus estados disfóricos.

Segunda fase: Mantener la calma

El descubrimiento de la responsabilidad por la propia vida lleva inevitablemente a la angustia existencial. El universo es enorme y está lleno de fuerzas poderosas y desconocidas. La vivencia de la fragilidad e ínfimo poder personales lleva fácilmente a la renuncia a los logros de la primera fase, a dejarse arrastrar por las emociones alteradas y a echar la culpa y la responsabilidad de ellas a otros. Por eso, una vez centrados, hay que saber mantener la calma. Es necesario que una persona que está acelerada, irritada, angustiada o estresada se dé cuenta de que le conviene más estar tranquila y serena. Muchos pacientes llegan fácilmente a esta conclusión, y en ellos el trabajo de la primera

fase puede ser prácticamente innecesario. En otros, por el contrario, ésta puede prolongarse durante años. De hecho, el descubrimiento de la primera fase de la psicoterapia secuencial integradora se realizó gracias a la experiencia con pacientes que no podían aprender ni practicar de manera regular las técnicas de meditación. El rechazo a la vivencia de relajación es uno de los criterios más fiables para establecer la necesidad del trabajo de la primera fase terapéutica.

Cuando una persona está angustiada es una crueldad pedirle que mantenga la calma, a menos que le enseñamos cómo hacerlo. Muy pocas personas descubren por sí mismas cómo generar calma. Lo más lejos que con frecuencia llegan es a contenerse, aguantar el estrés y disimular los sentimientos disfóricos. La calma, como el estrés, es una reacción automática e involuntaria. Nadie puede estresarse ni calmarse aposta, como nadie puede dormirse ni tener hambre a voluntad. De ahí la necesidad de una técnica para inducir la actividad cerebral específica que produce el estado de calma. Ciertamente es que algunas personas son capaces de hacerlo de manera instintiva y natural, pero ellos raramente aparecen en una consulta psicológica ni psiquiátrica. Los que llegan tienen el don contrario, el de agitarse e inquietarse hasta el punto de perder los nervios y el sueño ante circunstancias adversas.

El estrés y la ansiedad son respuestas inevitables ante la percepción de un peligro. En su justa medida, avivan la inteligencia y aumentan las fuerzas. La naturaleza ha dotado al ser humano de mecanismos automáticos que disparan la “reacción de lucha o huida”. El corazón bombea sangre a tope, la presión arterial sube, los músculos se tensan, la adrenalina y el cortisol se disparan, las funciones mentales se sacrifican al estado de alerta y los sentimientos de miedo, ira y ansiedad sumergen a todos los demás. Es seguro que esta reacción ha sido de gran servicio a nuestra especie en los tiempos prehistóricos, en los que casi todo se resolvía a base de fuerza física. Pero hoy en día su utilidad es limitada. La mayoría de los peligros con los que nos encontramos son simbólicos: un examen, una ruptura amorosa, un empleo difícil o exigente, el paro o los pagos de la hipoteca, todos ellos representan riesgos para la autoestima, los vínculos personales, la seguridad material, pero no para la integridad corporal. En el estado actual de la evolución humana, el cerebro sigue reaccionando como hace un millón de años, lo que demuestra que la evolución biológica es mucho más lenta que la cultural. Aunque los mecanismos biológicos de calma no se pongan en marcha por sí solos cuando son necesarios, están disponibles para quien sepa utilizarlos. Su estimulación produce la respuesta de relajación e induce un estado de serenidad, de recuperación de energías y de apertura mental. La técnica es sencilla, y se describe en el [capítulo 16](#).

Tercera fase: Minimizar el daño

Una vez que el paciente sabe inducir y mantener la calma, pronto descubre que sus procesos mentales son más eficaces y que percibe con más claridad la naturaleza de sus

problemas. Es frecuente que la ansiedad se disuelva y que soluciones apropiadas se hagan evidentes con toda facilidad. El miedo paraliza la iniciativa y la ira oscurece el razonamiento. Una mente serena percibe mejor las causas y las consecuencias de cada situación. Pero muchas veces esto no es suficiente. Entonces es necesario iniciar la tercera fase de la psicoterapia secuencial integrada, “minimizar el daño”.

Se define como “daño” al sufrimiento provocado por una agencia externa que no está bajo el control del individuo que lo sufre. Si ésta es la situación, ha de ser aceptada, pero en su justa medida, sin exagerarla ni permitir que destruya la integridad personal. Dos errores extremos son posibles en este momento: uno es negar el daño, pretender que no existe, o que carece de importancia; el otro es dejarse arrastrar por el sufrimiento, lamentarse, enfadarse con uno mismo y con el mundo, desmoralizarse, interiorizar la experiencia de ataque y sentirse fracasado. Minimizar el daño consiste en mantener las cosas en su punto, sin negar-las ni empeorarlas con reacciones autodestructivas. Aquí viene muy bien mantener la calma, porque en ese estado mental es posible distinguir la parte de sufrimiento creada por las circunstancias y la parte que es de propia creación. Por muy mal que esté todo, siempre puede estar peor, y eso es lo que hay que evitar. Minimizar el daño es reducirlo a su mínima e inevitable expresión, lo cual requiere, como primer paso, aceptar que existe. El siguiente paso es la *gestión del daño*, que tiene tres partes:

1. Decidir qué hacer cuando se sufre un ataque, una desgracia o una pérdida, o cuando la situación es crítica, estresante o traumática.
2. Tener la presencia de ánimo para buscar soluciones, sin dejarse arrastrar por las emociones negativas y sin complicar las circunstancias con reacciones destructivas.
3. Aprovechar la experiencia para fortalecer la personalidad, controlar mejor las circunstancias y prevenirse contra daños futuros.

La tendencia a empeorar las cosas está siempre presente, y ello se debe, en gran parte, a la confusión frecuente entre *ser culpable* y *ser responsable*. Responsable viene de responder; ser responsable quiere decir que, ante una situación difícil, el sujeto tiene el hábito de buscar salidas y soluciones. Sentirse culpable es juzgarse, criticarse y castigarse, generalmente para satisfacción de terceros, que esperan esa expiación por razones de dominio, justicia o venganza. Culpar a otros es una defensa contra sentirse culpable, una forma de hacer que la culpa cambie de sitio, pero sin poner en marcha la propia respuesta de responsabilidad para que la situación mejore o, al menos, no vaya a peor.

Los “parásitos de la mente” son pensamientos breves y automáticos que se disparan en situaciones de crisis, y que afectan profundamente al individuo sin que sea consciente de ello. La mayoría son comentarios o conclusiones erróneas, exageradas o distorsionadas, auto-críticas o temores avivados a partir de un motivo real mínimo. Fueron descubiertos por Aaron Beck, que desarrolló la terapia cognitiva para su

erradicación.

En las personas afectadas por los “parásitos de la mente” todos los reproches y recriminaciones acumulados desde la infancia saltan a la menor oportunidad. Un enfermo típico, cuando algo se le cae al suelo, en lugar de limitarse a recogerlo y, como mucho, buscar la manera de reponerlo si se ha roto, entretiene ideas tales como “soy tonto”, “soy un torpe”, “qué desgracia, lo rompo todo”, etc. Otro parásito favorito, que se dispara ante cualquier decepción es “Nadie me quiere, todo el mundo pasa de mí”. Otro paciente, cuando tiene que hablar con alguien para pedir algo, siente ansiedad y anticipación de rechazo, vergüenza y ridículo. De todas estas costumbres destructivas, la peor es el “autoestrés”, tendencia a dar vueltas a todas las complicaciones y desgracias imaginables que podrían suceder, hasta generar un estado de agonía que procede, no de los problemas reales, sino de las fantasías que se hace sobre ellos (ver [sección 7.3](#) para una información más amplia sobre el autoestrés). Agobiarse por estar agobiado, con razón o sin ella, es una forma de autoestrés, uno de los peores parásitos de la mente.

Las medidas más sencillas para minimizar el daño son:

1. Desentenderse de la culpa y aceptar la responsabilidad (excepto en los jueces, cuya responsabilidad es encontrar al culpable).
2. No empeorar las cosas.
3. Detectar los parásitos mentales y no permitir que sean operativos.
4. No desviar las emociones negativas hacia gente inocente.
5. Parar el autoestrés.

Las primeras técnicas para minimizar el daño fueron desarrolladas por la terapia cognitiva de Beck y después retomadas y perfeccionadas por la psicoterapia cognitivo-conductual. Sin embargo, el énfasis en el control cognitivo ha dejado perder un aspecto esencial del trabajo de esta fase, que precede a todos los demás: la *aceptación del daño*. No se puede minimizar lo que no se tiene, y por eso la psicoterapia secuencial integradora ha desarrollado una técnica propia denominada *sentir el sentimiento*. Las primeras reacciones frente a la experiencia de daño son emociones negativas dolorosas y la primera defensa frente a ellas son estrategias para evitar la experiencia de daño. En muchos casos, los parásitos de la mente son estrategias para escapar de esa experiencia. Como son maladaptativas, no sólo no lo consiguen, sino que la perpetúan. Otras estrategias maladaptativas son las actuaciones impulsivas y la creación de conflictos interpersonales. La psicoterapia secuencial integrada considera los sentimientos como *opiniones* tomadas por la parte no racional de la persona o, en términos neurobiológicos, como expresión de la actividad reactiva del sistema límbico o cerebro interno ante las circunstancias. Por esta razón, lo apropiado no es intentar deshacerse de ellos (lo cual no es posible) sino todo lo contrario, percibirlos en toda su pureza, absteniéndose de toda conducta que pretenda evitarlos, es decir, de las estrategias para evitar el sentimiento. El procedimiento es prácticamente imposible sin una cierta maestría de la segunda fase, mantener la calma. En la práctica de *sentir el sentimiento* se descubre que éstos dejan de

ser una molestia desagradable para convertirse en una fuente de información.

Cuarta fase: Comprender la situación

Una vez que el paciente está centrado, sabe mantener la calma y no pierde tiempo ni energía en empeorar las cosas, está en condiciones óptimas para comprender lo que está pasando. Por lo general, toda situación crítica es el punto terminal de una secuencia que, a su vez, forma parte de otra serie de secuencias interconectadas. Todo lo que pasa es el efecto de una causa, o de una intención, o del puro azar. Saber distinguir una cosa de otra requiere mucha calma, y es probable que sea necesario repetir varias veces las dos fases anteriores para lograr una cierta distancia de las circunstancias estresantes. La actitud cognitiva correcta es ponerse en un punto de vista externo, ver las cosas desde fuera, como si no tuvieran una implicación personal. Esto es relativamente fácil cuando las tres primeras fases están bien afianzadas, pero resulta imposible para quien está anegado por el miedo, el estrés o la ira. Las emociones negativas hacen ver las circunstancias desde dentro, estrechan la atención y desencadenan la respuesta de lucha-huida. Sólo en estado de calma es posible abstraerse del sufrimiento y analizar la situación desde una perspectiva amplia. Los procedimientos de mentalización y empatía ayudan a percibir y entender las intenciones y motivaciones ajenas y a protegerse de sus emociones negativas.

Mientras que la evaluación cognitiva de la situación es correcta y necesaria, es preciso recurrir además a otras dos fuentes de información que están siempre presentes y que son con frecuencia descuidadas por la mayoría de las terapias: la reactividad corporal y los sentimientos. El acceso y conocimiento de la primera se desarrolla ya desde la segunda fase de la psicoterapia secuencial integrada. El aprendizaje de la lógica de los sentimientos se inicia también en esta fase y se perfecciona en la tercera. En la cuarta fase se recurre tanto a la evaluación cognitiva como a la percepción de las respuestas somáticas automáticas y de los sentimientos. Es una aportación interesante de la psicoterapia secuencial integradora el descubrimiento de cómo han de aplicarse los criterios para valorar y entender una situación. Estos criterios son cinco:

1. Criterio corporal: Reactividad somática instintiva, como, por ejemplo, contractura de grupos musculares, presión o malestar en el pecho, vacío o tensión en el estómago, etc.
2. Criterio sentimental: Ansiedad, miedo, ira, rechazo, apego, tristeza y, en general, todas las opiniones del cerebro interno sobre las implicaciones de la situación en que se encuentra.
3. Criterio racional: El análisis lógico de la situación.
4. Criterio social: Costumbres, pautas de apreciación cultural, actitudes y modos de responder del grupo ante la situación.

5. Criterio personal: La integración de todos los criterios parciales anteriores en un modelo coherente de “qué es lo que está pasando”. En los casos en que los criterios parciales entran en contradicción, la labor del quinto criterio es analizarlos, cada uno con su método propio (percepción sensorial, sentir el sentimiento, lógica racional, motivación social), hasta llegar a una formulación coherente.

Una profesora con veinte años de experiencia en su colegio entra en conflicto con el nuevo director, que pretende imponer un nuevo plan a mitad de curso. Poco a poco se va formando una atmósfera de acoso a su alrededor: algunos compañeros empiezan a evitarla, el director hace comentarios sarcásticos sobre ella, hay reuniones a las que no es invitada. Finalmente, el director le llama formalmente la atención, aduciendo quejas de los padres y bajo rendimiento de sus alumnos, y le amenaza con informar negativamente sobre ella. La profesora entra en crisis. Se siente amenazada y no entiende nada, porque está convencida de hacer bien su trabajo, como siempre lo ha hecho. En un primer momento, se siente triste, ansiosa y desvalida. Empieza a dormir mal, llega tarde y a veces se distrae durante las clases. Está irritable, regaña a algún niño sin gran motivo y empieza a tener discusiones con su familia.

La primera fase de su tratamiento es muy rápida. De hecho, llega ya convencida de que tiene que hacer algo y aprende rápidamente la técnica de entrenamiento autógeno básico. Practica con regularidad, no se deja llevar por la desesperación, acepta sus estados anímicos negativos y en poco tiempo domina la segunda fase. Ante cualquier circunstancia estresante recuerda inmediatamente que “lo primero es mantener la calma” y practica el ejercicio de recuerdo del estado autógeno. Empieza a ver la situación desde fuera y a apreciar su papel en un contexto más amplio que el de sus propios sentimientos e intereses. Hay otras dinámicas en acción que no puede combatir. El director es nuevo e inseguro, y necesita demostrar su competencia y autoridad. Al resto de los profesores les da todo un poco igual y sólo quieren ganarse su salario sin mayores problemas. Los niños y sus padres no quieren una profesora estresada, desencantada e irritable.

Quinta fase: Decidir la condición

Una condición es algo que tiene que ocurrir para que otra cosa ocurra. Referido al propio comportamiento, es la manera de pensar, sentir y actuar que facilita que algunas cosas nos ocurran y otras no. Las condiciones se adoptan, generalmente, de manera inconsciente e involuntaria, determinadas por experiencias y relaciones pasadas, y por la forma habitual de responder ante distintas circunstancias. Cuanto más se comporta una persona de cierta manera, más probable es que siga haciéndolo igual y, en consecuencia, que le sigan pasando las mismas cosas.

La condición de una situación viene definida por las dinámicas que la configuran; si

llegamos a entenderlas, podremos predecir con cierta certeza lo que va a pasar después. Naturalmente, la capacidad de predicción es limitada, no sólo porque algunas dinámicas se nos escapan, sino también porque toda condición está siempre abierta a la intervención de casualidades imprevisibles que alteran los cursos más seguros. Una vez que se entiende la situación (fase cuatro), puede ponérsela nombre, o, por lo menos, describirla en una frase sencilla. Algunas situaciones son lo bastante complejas como para que puedan definirse de varias formas distintas, como resultado que son de circunstancias interrelacionadas o coincidentes. Decidir la condición es elegir, entre las distintas opciones presentes, una que preferimos a las demás. Por ejemplo, en el caso clínico comentado en el apartado anterior, puede decirse que la profesora está en condición de acoso psicológico, pero también que está en un estado de sobrecarga emocional, o que está en desadaptación con su entorno laboral. Redefinir la situación es darse cuenta de los cambios que han tenido lugar, y formular una nueva frase que encaje con las condiciones presentes. Si la profesora decide que su condición es de acoso, buscará ayuda apropiada en ese sentido, legal u otra. Si decide que está en condición de agotamiento emocional, se hará tratar y pedirá la baja. Si decide que su entorno laboral no responde a sus cualidades e intereses, buscará trabajo en otro sitio. La gran ventaja de decidir la condición es que acaba con el desconcierto y permite concentrar las fuerzas en tomar las medidas apropiadas. Ciertamente es que la elección puede ser equivocada, por lo que siempre ha de tomarse esta decisión más como una hipótesis orientativa que como una verdad incuestionable.

Una vez decidida la condición de la situación es preciso decidir la *propia* condición, lo cual equivale a la autodefinición de la persona en esa circunstancia. La profesora puede optar por definirse a sí misma como víctima, o como luchadora por el progreso de la enseñanza, o como neurótica, o como persona que está aprendiendo a superar las crisis. Decidirse por una autodefinición significa comprometerse con ella y desentenderse de las demás definiciones posibles. Una de las mayores dificultades en el tratamiento de personas maltratadas es que, una vez que han optado por la condición de víctima, es muy difícil aceptar intervenciones que puedan sacarlas de su situación. Decidir la propia condición requiere tener en cuenta lo que la persona quiere para sí, y no solamente cuál es la que más fácilmente parece encajar con lo que uno está viviendo en un momento preciso.

En resumen, decidir la condición es formular una hipótesis operativa sobre las dinámicas activas en una situación y elegir las más apropiadas para cambiarla en favor de la definición personal. Para hacerlo bien, es esencial considerarse a sí mismo como una fuerza activa en el conjunto, algo que ya fue aprendido en la fase uno. La evaluación objetiva y realista de las dinámicas personales y de las dinámicas de la situación permite evitar dos errores extremos: 1. Considerarse víctima impotente de las circunstancias, ajena a su desarrollo. 2. Confundir deseos y temores con desarrollos más o menos probables. En toda situación hay dinámicas que determinan su evolución y las decisiones personales son una de ellas. Pero hay más, algunas completamente desconocidas e imprevisibles. En esta fase se forman modelos mentales de los distintos futuros posibles y

se decide esforzarse para hacer cada vez más probable el que ha sido elegido. Se desarrolla así el sentido de propósito, que es el compromiso consciente, deliberado y responsable con el futuro personal.

Sexta fase: Actuar, no reaccionar

Una vez decidida la condición que mejor encaja con el futuro personal en construcción, sólo queda actuar con estrategia y efectividad para hacerlo realidad. Usando el lenguaje con toda propiedad, se puede decir que, en un momento dado, ni el pasado ni el futuro existen. El primero, porque ya no está. El segundo, porque todavía no ha llegado. Ambos son creaciones mentales, la primera basada en el recuerdo de acontecimientos, la segunda en proyecciones o modelos más o menos probables. Lo que sí que existen, en ese mismo momento, son los efectos del pasado y las causas del futuro. Reaccionar es obrar conforme a las causas que han actuado sobre uno mismo. Es, en cierta forma, dar vida a una continuación del pasado. Por el contrario, actuar con visión de futuro, o “proaccionar”, como dicen los expertos en gestión empresarial estratégica, es obrar de manera consciente y deliberada para ser causa del futuro. Cuanto más reactiva es una persona, menos poder tiene sobre su vida y más se convierte en esclavo de las circunstancias. Lo contrario ocurre en las personas proactivas.

Teniendo en cuenta que todo lo que ocurre tiene que ver con la intencionalidad humana, con la relación natural causa-efecto o con el azar, se pueden definir tres formas de actuar:

- Reacción: Respuesta automática de intencionalidad inconsciente a otras acciones o acontecimientos. La reacción es el efecto de otra causa o intención. Es la forma de actuar típica de los animales y se puede educar por reflejos condicionados.
- Proacción: Acción deliberada de intencionalidad consciente, cuyo objetivo es ser causa de determinado acontecimiento o reacción. Es propia del ser humano emocionalmente inteligente. Se ve facilitada por un buen conocimiento y dominio de sí mismo y por una acertada decisión sobre las condiciones operativas en cada situación.
- Acción indiferente o espontánea: Su causa e intencionalidad no están claras, pero produce efectos. Puede ser una expresión de inclinaciones naturales o una respuesta intuitiva a determinada situación. Como no se sabe bien qué es lo que la motiva, de la persona que obtiene buenos resultados actuando así de manera consistente y repetida decimos que tiene suerte, instinto o “baraka”. Hay gente a quien le ocurre exactamente lo contrario, mete la pata con regularidad y tiene definitivamente mala suerte. Es una observación interesante que la práctica regular de las técnicas de meditación y la toma de

una actitud positiva ante la vida favorece la buena suerte, mientras que la tensión crónica y las actitudes negativas aumentan la mala.

La tarea en esta fase es desarrollar al máximo la proactividad y controlar las tendencias reactivas. Una persona en esta fase, siempre que está a punto de hacer algo, se pregunta si esa acción va a facilitar su futuro elegido, o si es una mera reacción a causa del pasado.

Al llegar a casa, Juan encuentra a su mujer tensa y depresiva. Su hijo adolescente le ha faltado al respeto y ella dice que necesita un correctivo. La primera reacción de Juan es quejarse de lo cansado que viene. La segunda es enfadarse con su esposa, con su hijo o con los dos. Sin embargo, el futuro elegido de Juan es una familia unida y feliz con un hijo que se independiza progresivamente para convertirse en un hombre de provecho. En consecuencia, aplica las medidas proactivas apropiadas a la condición que ha elegido: consuela a su esposa, coincide con ella en que el chico está atravesando un periodo difícil y en que es importante mantenerse serenos y tener una estrategia común para educarle. Por supuesto que se abstiene de reproches como “Si no lo hubieras mimado tanto” y “Ya te dije que ...”. Después llama al joven, y le pregunta si está en condiciones de hablar un rato. Si parece alterado, o enfascado haciendo sus deberes, puede que sea mejor posponerlo para otro momento, porque lo que Juan tiene en mente no es una intervención puntual aislada, sino una conversación interactiva en la que su hijo pueda articular sus problemas y dificultades para comportarse. Puede ser que lo esté pasando mal por otras razones, y que necesite comprensión, apoyo y consejo. En todo caso, hay que exponerle la conducta que se espera de él, no como una imposición o en forma de reproche, sino como exposición razonable de lo que es la convivencia. Independientemente de los resultados puntuales, Juan está transmitiendo un ejemplo de acción proactiva. Es probable que el mero hecho de verle actuar así ayude al resto de su familia a reducir su reactividad. Lo cual lleva de manera natural a la séptima fase.

Fase séptima: Gestión positiva del cambio.

Convertirse en agente creativo de estabilidad y progreso

Estabilizar lo que es bueno, cambiar lo que es malo. Cuando, a fuerza de práctica, una persona adquiere el hábito de la proactividad, empieza a crearse a su alrededor un halo de seguridad y confianza. Una persona que toma responsabilidad por su propia vida, que mantiene la calma, que sabe minimizar el daño, que comprende las situaciones y que actúa de manera proactiva para desarrollar las condiciones más favorables, es una joya para cualquier organización o sociedad. Además de su influencia saludable, su mera existencia es un ejemplo de que todos pueden aspirar a gestionar creativamente las situaciones más difíciles. No hay que asumir que las personas en esta fase son simplemente pacíficas, comprensivas, bondadosas, dispuestas a ayudar, etc. Es cierto que todas esas actitudes suelen facilitar las relaciones interpersonales y llevan a un buen futuro, pero ser proactivo significa “actuar teniendo en cuenta las consecuencias de los propios actos en cada situación”. Una persona proactiva sabe muy bien, y tiene muy claro, lo que quiere, es decir, es firme en sus propósitos. Pero, como las situaciones son

cambiantes, es, al mismo tiempo, flexible en su conducta. Algunas reacciones pueden parecer bondadosas a primera vista, pero son, después de todo, respuestas de pasado, que no tienen en cuenta el futuro y pueden ser inapropiadas. A veces, es mejor ser seco y distante que amable y cariñoso. La asertividad, que es una forma de expresión apropiada de la agresividad, puede ser una respuesta muy apropiada en algunas ocasiones. Por otra parte, hay situaciones estables en las que es necesario introducir un cambio, porque si se dejan evolucionar libremente llevan a la esterilidad, a la frustración o al agotamiento. Adaptarse reactivamente puede ser tan destructivo en estos casos como subvertir el orden establecido puede serlo en otros. Una cualidad que las personas en fase siete poseen en alto grado es la empatía, capacidad de percibir de manera intuitiva y directa los sentimientos y dinámicas psicológicas de los demás. Gracias a esta habilidad pueden entender y anticipar mejor las reacciones ajenas, lo cual facilita enormemente su acción proactiva. Por ejemplo, una persona puede mostrarse desagradable porque se siente amenazada, o porque está angustiada por sus propios problemas, o porque siente una malevolencia o desaprobación especial contra su interlocutor. Ante el mismo comportamiento, la respuesta proactiva será diferente según se perciban las causas del mismo. Una persona reactiva, en cambio, actuará siempre igual, generalmente ocasionando mayor conflicto. Por otra parte, hay que tener en cuenta que, aunque la empatía enriquece de manera muy valiosa las relaciones humanas, las personas empáticas corren un cierto riesgo de ser manipuladas por psicópatas hábiles o de sufrir contagio de las emociones negativas ajenas. El complemento necesario de la empatía es la eempatía (Rivera, 2004), definida como “proceso mental voluntario de exclusión de sentimientos, actitudes, pensamientos y motivaciones inducidas por otro”. Si la empatía es la capacidad de ponerse en el lugar de otro, la eempatía es la capacidad de ponerse en el propio lugar. Una persona en fase siete sabe combinar empatía y eempatía, no se deja engañar ni amedrantar, es consciente de que la madurez de los demás redundará en su propio beneficio, favorece la creatividad y el progreso ajenos sin renunciar al propio y contempla cada situación de estrés como una oportunidad para su desarrollo personal. Con mucha gente así, habrá pocas crisis en el mundo y las que se presenten serán fácilmente resueltas.

APÉNDICE

Instrumentos de medida

Cuestionario de acontecimientos vitales

Rivera y Morera, 1983¹

Por favor, marque con una X todos los acontecimientos de la siguiente lista que le hayan ocurrido en los últimos seis meses. Gracias.

1. Muerte del cónyuge	92
2. Separación	58
3. Divorcio	50
4. Matrimonio	60
5. Reconciliación de ruptura sentimental	62
6. Rotura de un noviazgo o relación similar	50
7. Enamorarse o iniciar una amistad íntima y profunda	57
8. Embarazo deseado	67
9. Embarazo no deseado	65
10. Aborto provocado	51
11. Aborto espontáneo	71
12. Relación sexual al margen del matrimonio	58
13. Ruptura de relación sexual al margen del matrimonio	49
14. Dificultades sexuales	67
15. Dificultades en la educación de los hijos	70
16. Niños bajo el cuidado de otras personas	57
17. Muerte de un familiar cercano	73
18. Enfermedad de un miembro cercano de la familia	61
19. Incorporación de un nuevo miembro a la familia	52
20. Un miembro de la familia deja de vivir en la casa	50
21. Ruptura de la familia, separación de los padres	79
22. Problemas con vecinos o familiares que no viven en casa	40
23. Desaparición de problemas con vecinos o familiares	34
24. Periodo de alejamiento del hogar	53

25. Hijos lejos del hogar	68
26. Quedarse sin trabajo	82
27. Retiro laboral	58
28. Despido	81
29. Cambio de lugar de trabajo	42
30. El cónyuge comienza o deja de trabajar fuera de casa	47
31. Ascenso en el trabajo	57
32. Problemas con superiores en el trabajo	55
33. Nuevo empleo en la misma línea de trabajo	42
34. Nuevo empleo en una nueva línea de trabajo	52
35. Cambio de horario de las condiciones de trabajo actual	37
36. Problemas con colegas o compañeros de trabajo	46
37. Préstamo o hipoteca de más de 10.000 euros	67
38. Ingresos aumentados sustancialmente (25%)	48
39. Ingresos disminuidos sustancialmente (25%)	61
40. Problema legal grave (riesgo de cárcel, embargo...)	84
41. Problema legal menor (multa de tráfico, sanción administrativa...)	47
42. Complicación en una pelea	52
43. Enfermedad o accidente que requiera guardar cama	66
44. Muerte de un amigo	68
45. Cambio de casa	37
46. Compra de casa	51
47. Accidente o situación de violencia física	66
48. Éxito personal de gran envergadura	67
49. Exámenes	61
50. Reformas en casa	41
51. Cambio en las costumbres personales	40
52. Cambio en opiniones religiosas	37
53. Cambio en opiniones políticas	32
54. Cambios en costumbres o actividades sociales	34
55. Cambio en el ritmo del sueño	43
56. Cambio en las costumbres alimenticias o del apetito	39
57. Vacaciones fuera de casa	48
58. Fiestas de Navidad y Reyes	51
59. Problemas relacionados con el alcohol o drogas	71
60. Enfermedad prolongada que requiere tratamiento médico	73
61. Repentino y serio deterioro de la audición o visión	81

Índice de reactividad al estrés

J.L.G. de Rivera, 1990

Nombre.....

Apellidos.....

Sexo: H.... M Edad:..... Fecha de
hoy.....

El estrés es una respuesta automática del organismo ante situaciones que exigen mayor esfuerzo de lo ordinario, o en las que puede suceder algo peligroso, nocivo o desagradable.

Cada persona tiene una serie de reacciones características ante el estrés, y algunas de las más frecuentes se enumeran en la lista que sigue.

Según la intensidad de las respuestas marque con una cruz (X) el cero ("0") si no experimenta en absoluto esa reacción; el uno ("1") si la experimenta un poco; el dos ("2") si la experimenta moderada o medianamente; el tres ("3") si la experimenta con bastante intensidad y el cuatro ("4") si la experimenta con mucha intensidad.

0 = Nada en absoluto.

1 = Un poco.

2 = Moderadamente.

3 = Bastante.

4 = Mucho o extremadamente.

1. Inquietud, incapacidad de relajarse y estar tranquilo	0	1	2	3	4
2. Pérdida de apetito	0	1	2	3	4
3. Desentenderse del problema y pensar en otra cosa	0	1	2	3	4
4. Ganas de suspirar, opresión en el pecho, sensación de ahogo	0	1	2	3	4
5. Palpitaciones, taquicardia	0	1	2	3	4
6. Sentimientos de depresión y tristeza	0	1	2	3	4
7. Mayor necesidad de comer, aumento del apetito	0	1	2	3	4
8. Temblores, tics o calambres musculares	0	1	2	3	4
9. Aumento de actividad	0	1	2	3	4
10. Náuseas, mareos, inestabilidad	0	1	2	3	4
11. Esfuerzo por razonar y mantener la calma	0	1	2	3	4
12. Hormigueo o adormecimiento en las manos, cara, etc.	0	1	2	3	4
13. Molestias digestivas, dolor abdominal, etc.	0	1	2	3	4
14. Dolores de cabeza	0	1	2	3	4
15. Entusiasmo, mayor energía o disfrutar con la situación	0	1	2	3	4
16. Disminución de la actividad	0	1	2	3	4
17. Pérdida del apetito sexual o dificultades sexuales	0	1	2	3	4
18. Tendencia a echar la culpa a alguien o a algo	0	1	2	3	4
19. Somnolencia o mayor necesidad de dormir	0	1	2	3	4
20. Aprensión, sensación de estar poniéndose enfermo	0	1	2	3	4
21. Agotamiento o excesiva fatiga	0	1	2	3	4
22. Urinación frecuente	0	1	2	3	4
23. Rascarse, morderse las uñas, frotarse, etc.	0	1	2	3	4
24. Sentimientos de agresividad o aumento de irritabilidad	0	1	2	3	4
25. Diarrea	0	1	2	3	4
26. Beber, fumar o tomar algo (chicle, pastillas, etc.)	0	1	2	3	4
27. Necesidad de estar solo sin que nadie le moleste	0	1	2	3	4
28. Aumento del apetito sexual	0	1	2	3	4
29. Ansiedad, mayor predisposición a miedos, temores, etc.	0	1	2	3	4
30. Tendencia a comprobar repetidamente si todo está en orden	0	1	2	3	4
31. Mayor dificultad en dormir	0	1	2	3	4
32. Necesidad de estar acompañado y ser aconsejado	0	1	2	3	4

Cómo calcular el Índice de Reactividad al Estrés:

VEGETATIVO: sumar la puntuación de los ítems 2, 4, 5, 7, 10, 12, 13, 14, 17, 19, 21, 22, 25, 28, 31

Dividir el resultado entre 15 y multiplicar por 2,5

EMOCIONAL: sumar la puntuación de los ítems 6, 15, 20, 24 y 29

Dividir el resultado entre 5 y multiplicar por 2,5

COGNITIVO: sumar la puntuación de los ítems 3, 11, 18, 27 y 32

Dividir el resultado entre 5 y multiplicar por 2,5

CONDUCTUAL: sumar la puntuación de los ítems 1, 8, 9, 16, 23, 26 y 30

Dividir el resultado entre 7 y multiplicar por 2,5

IRE TOTAL: suma total de todos los puntos obtenidos en el test, dividido entre 32 y multiplicar por 2,5

CED-44 Cuestionario de Estrés Diario

M.A. Santed, B. Sandín y P. Chorot, 1991

Nombre.....

Edad..... Sexo.....

Instrucciones: En esta escala se señalan varias situaciones o sucesos de la vida diaria de las personas, aunque la frecuencia con que aparecen varía de unos a otros. También observará que ciertos sucesos o situaciones tienen un efecto ligero sobre usted, mientras que otros tienen un fuerte efecto. Asumimos que una situación o acontecimiento es valorado de forma negativa cuando la persona se siente irritada, fastidiada o molesta ante ello. Por favor, lea cada uno de los ítems del cuestionario y señale el número del 1 a 5 que indique en qué medida fue negativo ese acontecimiento o situación para usted en los últimos 30 días. El criterio es:

1	2	3	4	5
Nada negativo	Un poco negativo	Medianamente negativo	Bastante negativo	Muy negativo

1. Relaciones con su pareja	1	2	3	4	5
2. Relaciones con sus padres	1	2	3	4	5
3. Relaciones con otros parientes	1	2	3	4	5
4. Tiempo empleado con la familia	1	2	3	4	5
5. Sexo	1	2	3	4	5
6. Asuntos que incumben a algún familiar o amigo	1	2	3	4	5
(p.ej., salud, trabajo, estudios, etc.)					
7. Relaciones con sus superiores	1	2	3	4	5
8. Relaciones con sus compañeros	1	2	3	4	5
9. Tipo de trabajo	1	2	3	4	5
10. Tipo de estudios	1	2	3	4	5
11. Cantidad de trabajo	1	2	3	4	5
12. Cantidad de estudio	1	2	3	4	5
13. Su seguridad en el trabajo	1	2	3	4	5

14. Comenzar tareas	1	2	3	4	5
15. Terminar tareas	1	2	3	4	5
16. Dinero para necesidades (p.ej., alimentación, ropa, etc.)	1	2	3	4	5
17. Dinero para extras (p.ej., diversión, regalos, etc.)	1	2	3	4	5
18. Ahorro	1	2	3	4	5
19. Ejercicio físico	1	2	3	4	5
20. Apariencia física	1	2	3	4	5
21. Quehaceres domésticos (p.ej., comprar, cocinar, limpiar, etc.)	1	2	3	4	5
22. Funcionamiento y mantenimiento de la casa	1	2	3	4	5
(p.ej., gas, electricidad, agua, calefacción, ascensor, etc.)					
23. Plantas y animales domésticos	1	2	3	4	5
24. Cantidad y distribución del espacio de la casa	1	2	3	4	5
25. Funcionamiento y mantenimiento del coche	1	2	3	4	5
26. Papeleo no laboral	1	2	3	4	5
27. Comer en casa	1	2	3	4	5
28. Comer fuera	1	2	3	4	5
29. Relaciones con amigos o conocidos	1	2	3	4	5
30. Relaciones con sus vecinos	1	2	3	4	5
31. Actos u obligaciones sociales	1	2	3	4	5
32. Comportamientos de personas no conocidas en encuentros	1	2	3	4	5
ocasionales (en el autobús, en la calle, en el ascensor, etc.)					
33. Relaciones con instituciones o personal de atención al público	1	2	3	4	5
34. Estar solo ocasionalmente	1	2	3	4	5
35. Intimidad	1	2	3	4	5
36. Acontecimientos políticos y sociales	1	2	3	4	5
37. Noticias	1	2	3	4	5
38. Organización personal	1	2	3	4	5
39. Cantidad de tiempo libre	1	2	3	4	5
40. Ocio en el hogar	1	2	3	4	5
41. Ocio fuera de casa (p.ej., deporte, pasear, etc.)	1	2	3	4	5
42. El tiempo climatológico	1	2	3	4	5
43. Su medio ambiente (p.ej., polución, ruido, etc.)	1	2	3	4	5
44. Transporte	1	2	3	4	5

Corrección de la prueba

Se pueden obtener las siguientes puntuaciones:

1. Número total de contrariedades.
2. Intensidad de las contrariedades (sumando los valores marcados en cada ítem).
3. Intensidad de las contrariedades según las siguientes subescalas: Ocio e Intimidad: 40, 19, 41, 39, 35, 29, 34, 20.

Trabajo: 7, 9, 8, 13, 11, 28, 25.

Aspectos Sociales e Intelectuales: 31, 36, 26, 33, 10, 37, 12.

Pareja y Hogar: 5, 1, 22, 21, 24.

Tareas: 15, 14.

Aspectos Económicos y Familiares: 16, 17, 18, 2, 4, 27, 6, 3, 38.

Aspectos Medioambientales: 44, 42, 30, 43, 32, 23.

Para citar la validación del cuestionario:

Santed, M.A., Sandín, B., y Chorot, P. (1996). Cuestionario de Estrés Diario (CED): Validez de constructo y el problema de la confusión de medidas. *Boletín de Psicología*, 51, 45-70.

Escala de impacto del suceso de Horowitz

Ésta es una lista de comentarios que suelen hacer las personas que han pasado por sucesos estresantes. Lea cada uno de ellos y decida con qué frecuencia le ha pasado lo mismo DURANTE LOS ÚLTIMOS SIETE DÍAS.

Escriba el suceso al que se refiere
.....

Haga un círculo en el número que mejor describa la frecuencia de su experiencia. Si no le ha pasado en los últimos 7 días, marque NO (0). Por favor, marque siempre una de las opciones para cada ítem.

(0) No le ha pasado (1) Muy poco (2) De vez en cuando (3) Algunas cuantas veces (4) Muchas veces (5) Con muchísima frecuencia

1. He pensado sobre ello sin querer, ni tener intención de hacerlo	0	1	2	3	4	5
2. He evitado dejarme llevar por la emoción cuando pensaba sobre el tema o me lo recordaban	0	1	2	3	4	5
3. He intentado eliminarlo de mi memoria	0	1	2	3	4	5
4. Me ha costado dormir porque me venían a la mente imágenes o pensamientos sobre el tema	0	1	2	3	4	5
5. He tenido oleadas de fuertes emociones sobre el tema	0	1	2	3	4	5
6. He tenido sueños sobre el tema	0	1	2	3	4	5
7. Me he apartado de todo lo que me lo pudiera recordar	0	1	2	3	4	5
8. He sentido como si no hubiera ocurrido o no hubiera sido real	0	1	2	3	4	5
9. He procurado no hablar sobre ello	0	1	2	3	4	5
10. Me han venido de golpe imágenes de ello a la mente	0	1	2	3	4	5
11. Otras cosas me hacen pensar sobre ello	0	1	2	3	4	5
12. Me he dado cuenta de que todavía tenía muchas emociones sobre el tema, pero no he querido ocuparme de ellas	0	1	2	3	4	5
13. He intentado no pensar sobre ello	0	1	2	3	4	5
14. Cualquier cosa que me lo recuerde me emociona	0	1	2	3	4	5
15. Me siento como anestesiado, frío y como sin emociones acerca del tema	0	1	2	3	4	5

Tomado con permiso de: Horowitz, M.J., Wilner, N., Álvarez, W.: "The impact of event scale. A measure of subjective stress". *Psychosomatic Medicine*, 1979, 41: 209-218. Traducción de la escala por J.L.G. de Rivera.

Cómo se corrige la escala de impacto del suceso:

Índice de síntomas de intrusión producidos por la experiencia traumática: Suma de los puntos asignados a los comentarios 1, 4, 5, 6, 10, 11 y 12.

Índice de síntomas de evitación: Suma de los puntos asignados a los ítems 2, 3, 7, 8, 9, 12, 13 y 15.

Índice total de impacto del suceso: Suma de las dos subescalas, que es lo mismo que sumar los puntos de todas las respuestas.

Si en total tiene entre: 0 - 8 puntos, está bien, casi no le ha afectado.

9 - 25 puntos, le ha afectado de manera moderada.

26 - 43 puntos, le ha afectado de manera importante.

Más de 43 puntos, afectación grave.

En cualquiera de los tramos, la subescala de evitación suele ser menor que la de impacto del suceso. Si en cualquiera de los tramos, aunque sea en el primero de entre 0-8 puntos, la subescala de evitación es mayor que la de intrusión es probable que la afectación causada por el suceso sea más grave de lo que indica la puntuación global.

ECAE Escala Conductual de Ansiedad- Estado

P. Chorot y B. Sandín, 1985

Nombre.....

Edad..... Sexo.....

Instrucciones: Algunas de las reacciones que la gente manifiesta habitualmente aparecen abajo. Usted debe indicar en las alternativas de respuesta (0, 1, 2, 3, 4), de cada forma de reacción o frase, el grado en que manifiesta estas reacciones en este momento. No existen contestaciones buenas ni malas. Procure contestar con la máxima sinceridad. No emplee demasiado tiempo en cada frase, pero trate de dar la respuesta que mejor describa sus reacciones ahora mismo.

0	1	2	3	4
Nada	Un poco	Regular	Bastante	Mucho

1. Me siento nervioso/a	0	1	2	3	4
2. Sudo	0	1	2	3	4
3. Me atrae esta situación	0	1	2	3	4
4. Me siento ansioso	0	1	2	3	4
5. Tengo tensión emocional en el estómago	0	1	2	3	4
6. Mis movimientos y gestos son fáciles y cómodos	0	1	2	3	4
7. Las manos me tiemblan	0	1	2	3	4
8. El corazón me late con rapidez	0	1	2	3	4
9. Disfruto en esta situación	0	1	2	3	4
10. Me comporto de forma relajada	0	1	2	3	4
11. Mi respiración es rápida	0	1	2	3	4
12. Tiendo a rechazar esta situación	0	1	2	3	4

Corrección de la prueba

Se pueden obtener las siguientes puntuaciones:

1. Puntuación total en ansiedad (suma de todos los valores asignados)
2. Puntuaciones en las siguientes subescalas:
 - Ansiedad fisiológica: 2, 5, 8 y 11.
 - Ansiedad cognitiva/fenomenológica: 1, 4, 9 y 12.
 - Ansiedad conductual: 3, 6, 7 y 10.
 - Ansiedad/aproximación: 3, 6, 9 y 12.
 - Ansiedad/evitación: 1, 4, 7 y 10.

Nota: Los ítems 3, 6, 9, y 12 se calculan de modo inverso (0=4, 1=3, 3=1, 4=0).

Validación de la escala en:

Chorot, P., y Sandín, B. (1985). Escala Conductual de Ansiedad-Estado (ECAE).
Psiquis, 6, 115-120.

Cuestionario de experiencias traumáticas

©J.L.G. de Rivera, 2005

	Nº de veces	Edad aproximada
1. ¿Ha estado alguna vez en una colisión o accidente de coche, moto, avión, barco u otro vehículo?		
2. ¿Ha estado usted en alguna guerra?		
3. ¿Ha estado alguna vez en un huracán, tornado, inundación, terremoto, explosión o incendio?		
4. ¿Alguien le ha disparado o apuñalado, o intentado dispararle o apuñalarle?		
5. ¿Ha sufrido algún asalto, atraco o robo a mano armada?		
6. ¿Ha tenido alguna vez un accidente en el trabajo o en casa?		
7. ¿Ha sido alguna vez golpeado, estrangulado o físicamente maltratado por alguien, incluyendo la pareja o un familiar, alguna vez en toda su vida (desde la infancia hasta la actualidad)?		
8. ¿Ha sido alguna vez mordido por un perro, perseguido por un toro o atacado por otro animal?		
9. ¿Alguna vez le han amenazado con matarle, hacerle daño o someterle a alguna actividad sexual en contra su voluntad, aunque en realidad no llegaron a hacerle nada?		
10. ¿Alguien le ha hecho algo sexual en contra de su voluntad o le ha obligado a hacer algo sexual (violación, agresión sexual, contacto sexual)?		
11. ¿Ha visto a otra persona ser seriamente herida o asesinada?		
12. ¿Ha visto a sus padres u otros familiares con los que convivía discutir seriamente, gritarse o pegarse?		
13. ¿Sufrió en la escuela experiencias de discriminación, acoso o maltrato por los profesores u otros niños?		

14. Siendo adulto, ¿ha sido alguna vez discriminado, maltratado o acosado psicológicamente en su lugar de trabajo?	.....	.....
15. En alguna otra situación, ¿se ha sentido acosado, discriminado o maltratado psicológicamente?	.....	.....
16. ¿Ha tenido alguna intervención quirúrgica con anestesia local o sin anestesia?	.....	.....
17. Lo mismo, con anestesia general	.....	.....
18. ¿Ha tenido alguna otra experiencia que le haya dañado seriamente o que le hiciera temer que iba a ser dañado gravemente o a perder la vida?	.....	.....

PA-AH Historia de alteraciones homeostáticas

W. Luthe – J.L.G. de Rivera, 1977

INSTRUCCIONES

Este cuestionario contiene una serie de sucesos relativamente frecuentes en la vida de la mayoría de la gente. Marque con una x aquellos que puedan aplicarse a usted, indicando a continuación, lo más aproximadamente posible, la edad que tenía en el momento en que ocurrió.

IDENTIFICACIÓN (Por favor, use letra de imprenta)

NOMBRE Y APELLIDOS.....
FECHA DE NACIMIENTO..... LUGAR..... SEXO.....
DIRECCIÓN.....
TELÉFONO..... PROFESIÓN.*

*Si es estudiante, indique por favor la carrera

¿Sufre, o ha sufrido usted en el curso de los últimos 6 meses, algunos de los siguientes trastornos?

Diabetes	Hipertiroidismo
Hipoglucemia	Epilepsia
Glaucoma	Narcolepsia
Hipotensión	Alcoholismo
Hipertensión	Toxicomanía
Dolor torácico	Amnesia
Problemas cardíacos	Paranoia
Angina de pecho	Desmayos
Infarto de miocardio	Ataques ansiedad
Gastritis	Sonambulismo
Úlcera péptica	Crisis histéricas

Cáncer	Sensación irrealidad
Asma bronquial	Marcos
Hemofilia	Intensa agitación
Hipotiroidismo	Depresión

¿Alguna vez ha sido hipnotizado?	Sí.....	No.....
¿Suprime, bloquea o controla las ganas de llorar?	Sí.....	No.....
¿Suprime, bloquea o controla las ganas de vomitar?	Sí.....	No.....
Mi educación religiosa ha sido fuente de angustia	Siempre.....	Bastante.....
	Rara vez.....	Nunca.....

Haga una lista de todas las medicinas que esté tomando

1.	5.
2.	6.
3.	7.
4.	8.

Drogas, medicamentos y tóxicos

Si ha tomado alguna de las sustancias siguientes, por favor, indique el grado de alteración de la conciencia inducido, con arreglo a la siguiente clave:

NADA: sin efectos apreciables. LEVE: ligero trastorno de la conciencia. MODERADO (MOD): trastorno moderado, confusión ligera, dificultad en la orientación témporo-espacial, inicio de pérdida de conocimiento. MARCADO (MAR): desorientación, estupefacción o pérdida de conocimiento durante varios minutos. SEVERO (SEV): estupor, pérdida de orientación o de conocimiento durante más de unos minutos

EDAD NADA LEVE MOD MAR SEV

Marihuana, hachís

LSD, mescalina

Anfetaminas

Opio o morfina

Alcohol

Otra droga (especificar)

Insulina

Hipnóticos

Tranquilizantes (Valium, etc.)

Aspirina (ingesta excesiva)

Gasolina

Insecticidas, DDT

Intoxicación alimenticia

Otro tóxico (especificar)

Si la intoxicación se ha producido en repetidas ocasiones, indíquense todas ellas, junto con la edad y el grado de alteración del nivel de conciencia inducido en cada ocasión, utilizando hoja aparte si es necesario.

Ahogo, asfixia

ALTERACIÓN DE CONCIENCIA

EDAD NADA LEVE MOD MAR SEV

Humos
Gas
Falta de aire
Inmersión
Atragantamiento
(comida, etc.)
Estrangulación
Asfixiamiento
(cojín, ropa, etc.)
Entrapamiento
(saco, bálul, etc.)
Enfermedad
Caída de espaldas
Otra causa
(especificar)

Lesiones y accidentes

EDAD NADA LEVE MOD MAR SEV

En deportes al aire libre
(fútbol, tenis, etc.)
En deporte de interior
(judo, boxeo, gimnasia...)
En deportes acuáticos
(nadar, buceo, pesca...)

En vehículos (bicicleta, automóvil,
tren, carro...)
Por fuego
(explosivos, cocina, llamas...)
Por proyectil
(piedra, escombros, bala...)
Por herramienta (hacha, sierra...)
Por animales
(mordido, arañado, pisado...)
Por personas (atacado, golpeado,
empujado, mordido)
Otros

Caídas

EDAD NADA LEVE MOD MAR SEV

De cuna, cama, mesa, silla,
otro mueble, escaleras
Escalera de mano, árbol,
balcón, ventana, pared
Por empujamiento
Golpeado por coche
u otro vehículo
Por tropezón
Por desmayo
Salto en paracaídas,
parapente o similar
Salto de altura
Salto de trampolín
Otras causas (especificar)

Estimulación vestibular

EDAD NADA LEVE MOD MAR SEV

Vueltas de campana
Rotación sobre eje corporal
Montaña rusa, máquinas rotatorias
Marco de viaje (auto, barco...)
Otras causas (especificar)

Anestesia general

	EDAD	NADA	LEVE	MOD	MAR	SEV
Por máscara, éter						
Por inyección						

Hemorragia

	EDAD	NADA	LEVE	MOD	MAR	SEV
Especificar cantidad						

Indique otras causas de accidente o injuria, con la edad en que ocurrieron y el grado de alteración de la conciencia producido

.....

.....

.....

.....

LIPT-60 Cuestionario de estrategias de acoso laboral, versión modificada del inventario de acoso laboral de Leymann

Rivera, J.L.G. y Rodríguez-Abuín M.R.: Cuestionario de Estrategias de Acoso en el Trabajo. El LIPT-60. Editorial EOS, Madrid, 2005

1. Sus superiores no le dejan expresarse o decir lo que tiene que decir 0 1 2 3 4
2. Le interrumpen cuando habla 0 1 2 3 4
3. Sus compañeros le ponen pegos para expresarse o no le dejan hablar ... 0 1 2 3 4
4. Le gritan o le regañan en voz alta 0 1 2 3 4
5. Critican su trabajo 0 1 2 3 4

A continuación hay una lista de distintas situaciones o conductas de acoso que usted puede haber sufrido en su trabajo. Marque en cada una de ellas el grado en que la ha experimentado.

Marque con una cruz (X):

el cero ("0") si no ha experimentado esa conducta en absoluto
el uno ("1") si la ha experimentado un poco
el dos ("2") si la ha experimentado moderada o medianamente
el tres ("3") si la ha experimentado bastante y
el cuatro ("4") si la ha experimentado mucho o extremadamente:

1. Sus superiores no le dejan expresarse o decir lo que tiene que decir 0 1 2 3 4
2. Le interrumpen cuando habla 0 1 2 3 4
3. Sus compañeros le ponen pegos para expresarse o no le dejan hablar ... 0 1 2 3 4
4. Le gritan o le regañan en voz alta 0 1 2 3 4
5. Critican su trabajo 0 1 2 3 4

6. Critican su vida privada	0	1	2	3	4
7. Recibe llamadas telefónicas amenazantes, insultantes o acusadoras	0	1	2	3	4
8. Se le amenaza verbalmente.	0	1	2	3	4
9. Recibe escritos y notas amenazadoras	0	1	2	3	4
10. No le miran, o le miran con desprecio o gestos de rechazo	0	1	2	3	4
11. Ignoran su presencia, no responden a sus preguntas	0	1	2	3	4
12. La gente ha dejado o está dejando de dirigirse o de hablar con usted ...	0	1	2	3	4
13. No consigue hablar con nadie, todos le evitan	0	1	2	3	4
14. Le asignan un lugar de trabajo que le mantiene aislado del resto de sus compañeros	0	1	2	3	4
15. Prohíben a sus compañeros que hablen con usted	0	1	2	3	4
16. En general, se le ignora y se le trata como si fuera invisible	0	1	2	3	4
17. Le calumnian y murmuran a sus espaldas	0	1	2	3	4
18. Hacen circular rumores falsos o infundados sobre usted	0	1	2	3	4
19. Le ponen en ridículo, se burlan de usted	0	1	2	3	4
20. Le tratan como si fuera un enfermo mental o lo dan a entender	0	1	2	3	4
21. Intentan obligarle a que se haga un examen psiquiátrico o una evaluación psicológica	0	1	2	3	4
22. Se burlan de alguna deformidad o defecto físico que pueda tener	0	1	2	3	4
23. Imitan su forma de andar, su voz, sus gestos para ponerle en ridículo ..	0	1	2	3	4
24. Atacan o se burlan de sus convicciones políticas o de sus creencias religiosas	0	1	2	3	4
25. Ridiculizan o se burlan de su vida privada	0	1	2	3	4
26. Se burlan de su nacionalidad, procedencia o lugar de origen	0	1	2	3	4
27. Le asignan un trabajo humillante	0	1	2	3	4
28. Se evalúa su trabajo de manera parcial, injusta y malintencionada	0	1	2	3	4
29. Sus decisiones son siempre cuestionadas o contrariadas	0	1	2	3	4
30. Le dirigen insultos o comentarios obscenos o degradantes	0	1	2	3	4
31. Le hacen avances, insinuaciones o gestos sexuales	0	1	2	3	4
32. No se le asignan nuevas tareas, no tiene nada que hacer	0	1	2	3	4
33. Le cortan sus iniciativas, no le permiten desarrollar sus ideas	0	1	2	3	4
34. Le obligan a hacer tareas absurdas o inútiles	0	1	2	3	4
35. Le asignan tareas muy por debajo de su competencia	0	1	2	3	4
36. Le sobrecargan sin cesar con tareas nuevas y diferentes	0	1	2	3	4
37. Le obligan a realizar tareas humillantes	0	1	2	3	4
38. Le asignan tareas muy difíciles o muy por encima de su preparación, en las que es muy probable que fracase	0	1	2	3	4
39. Le obligan a realizar trabajos nocivos o peligrosos	0	1	2	3	4
40. Le amenazan con violencia física	0	1	2	3	4
41. Recibe ataques físicos leves, como advertencia	0	1	2	3	4
42. Le atacan físicamente sin ninguna consideración	0	1	2	3	4
43. Le ocasionan a propósito gastos para perjudicarlo	0	1	2	3	4

44. Le ocasionan daños en su domicilio o en su puesto de trabajo	0	1	2	3	4
45. Recibe agresiones sexuales físicas directas	0	1	2	3	4
46. Ocasionan daños en sus pertenencias o en su vehículo	0	1	2	3	4
47. Manipulan sus herramientas (por ejemplo, borran archivos de su ordenador)	0	1	2	3	4
48. Le sustraen algunas de sus pertenencias, documentos o herramientas de trabajo	0	1	2	3	4
49. Se someten informes confidenciales y negativos sobre usted, sin notificarle ni darle oportunidad de defenderse	0	1	2	3	4
50. Las personas que le apoyan reciben amenazas, o presiones para que se aparten de usted	0	1	2	3	4
51. Devuelven, abren o interceptan su correspondencia	0	1	2	3	4
52. No le pasan las llamadas, o dicen que no está	0	1	2	3	4
53. Pierden u olvidan sus encargos o encargos para usted	0	1	2	3	4
54. Callan o minimizan sus esfuerzos, logros y aciertos	0	1	2	3	4
55. Ocultan sus habilidades y competencias especiales	0	1	2	3	4
56. Exageran sus fallos y errores	0	1	2	3	4
57. Informan mal sobre su permanencia y dedicación	0	1	2	3	4
58. Controlan de manera muy estricta su horario	0	1	2	3	4
59. Cuando solicita un permiso o actividad a la que tiene derecho se lo niegan o le ponen pegas y dificultades	0	1	2	3	4
60. Se le provoca para obligarle a reaccionar emocionalmente	0	1	2	3	4

Instrucciones de corrección del LIPT-60

Parámetros globales:

NEAP, número total de estrategias de acoso psicológico

IGAP índice global de acoso psicológico

IMAP índice medio de acoso psicológico

El cálculo de estos parámetros globales se efectúa de la manera siguiente:

NEAP: Contaje simple de todas las respuestas positivas, es decir, distintas de cero.

IGAP: Sumar los valores asignados a cada estrategia de acoso psicológico y dividir esta suma entre el número total de estrategias descritas en el cuestionario (es decir, entre 60. En los raros casos en que el sujeto deja alguna pregunta sin responder, se divide entre el número total de preguntas respondidas).

IMAP: Sumar los valores asignados a cada estrategia y dividir entre el número total de respuestas positivas.

Subíndices dimensionales:

1. Desprestigio personal = Sumatorio ítems 6, 20, 21, 25, 31 dividido entre 5
2. Desprestigio laboral = Sumatorio puntuaciones en ítems 5, 10, 17, 18, 28, 54, 55, 56, 57, 58, 59, 60 dividido entre 12
3. Entorpecimiento del progreso = Sumatorio ítems 14, 32, 33, 34, 35 dividido entre 5
4. Incomunicación= Sumatorio ítems 3, 12, 13, 15, 51, 52, 53 dividido entre 7
5. Daños y amenazas encubiertos = Sumatorio ítems 9, 43, 44, 46, 47, 48 dividido entre 6
6. Daños y amenazas directas = Sumatorio ítems 2, 4, 8, 29 dividido entre 4

Conductas indicativas de mobbing, según Knorz y Zapf

1. Se prohíbe a la víctima charlar con los compañeros
2. No se responde a sus preguntas verbales o escritas
3. Se instiga contra ella a sus compañeros
4. Todo lo que dice se tergiversa y se vuelve en su contra
5. Se le excluye de fiestas y actividades sociales
6. Los compañeros evitan trabajar junto a ella
7. Se le habla de modo hostil y grosero
8. Se le provoca para inducirle a reaccionar emocionalmente
9. Se hacen comentarios malintencionados sobre ella
10. Los subordinados no obedecen sus órdenes
11. Es denigrada y puesta en evidencia ante los jefes
12. Sus propuestas son rechazadas por principio
13. Se ridiculiza su aspecto físico
14. Se le quita toda posibilidad de actividad e influencia
15. Se le hace trabajar paralelamente con la persona que será su sucesor
16. Se le responsabiliza de errores cometidos por los demás
17. Se le dan informaciones falsas o erróneas
18. Se le niegan cursos de reciclaje y formación
19. Se le asignan tareas para las que debe depender siempre de otro
20. Es controlado y vigilado con rigor inusual
21. Se cambia su mesa o puesto de trabajo de sitio sin aviso
22. Se manipulan sus herramientas de trabajo para dañarle (por ejemplo, borrar archivos de su ordenador)
23. Se abre o se interfiere su correspondencia
24. Si pide permisos especiales a los que tiene derecho, como por enfermedad, sin sueldo, etc., se le ponen dificultades o recibe amenazas.

Knorz, C. y Zapf, D.: "Mobbing. Eine extreme form sozialer Stressoren am Arbeitsplatz". *Zeitschrift für Arbeits und Organisations Psychologie*. 1996, 40: 12-21.

LIPT reducido de Van Dick y Wagner

	VERDADERO	FALSO
El jefe me trata como si fuera invisible		
El jefe me critica con frecuencia sin razón		
Mis compañeros difunden rumores sobre mí		
Me suelen excluir de actividades sociales		

Van Dick, R. y Wagner, U.: “Stress and Strain in teaching. A structural equation approach”. *British Journal of Educational Psychology*, 2001, 71: 243-259.

Test de Maslach

El TEST DE MASLACH, cuya traducción y validación en España ha sido publicada por editorial TEA, es el instrumento más utilizado para profesionales de la salud. El cuestionario tiene 22 preguntas con 7 opciones de respuesta cada una, que van desde 0 = nada a 6 = valor máximo. Existe una versión reducida de 15 ítems, aplicable a la población general, validada en España por Salanova.

Los tres factores que valora el cuestionario son los siguientes:

Factor 1. CANSANCIO EMOCIONAL

1. Me siento emocionalmente agotado por mi trabajo
2. Me siento cansado al final de la jornada de trabajo
3. Me siento fatigado cuando me levanto por la mañana y tengo que ir a trabajar
6. Trabajar todo el día con mucha gente es un esfuerzo
8. Me siento "quemado" por mi trabajo
13. Me siento frustrado en mi trabajo
14. Creo que estoy trabajando demasiado
16. Trabajar directamente con gente me produce demasiado estrés
20. Me siento acabado

Factor 2. INHIBICIÓN EMPÁTICA (“deshumanización”)

5. Creo que trato a algunos pacientes como si fueran objetos impersonales
10. Me he vuelto más insensible con la gente desde que trabajo aquí
11. Me preocupa que este trabajo me esté endureciendo emocionalmente
15. Realmente no me importa lo que les ocurra a mis pacientes
22. Siento que los pacientes me culpan por alguno de sus problemas

Factor 3. REALIZACIÓN PERSONAL (la interpretación de este factor es inversa: a mayor puntuación, menos quemado, y viceversa)

- 4. Comprendo fácilmente cómo se sienten los pacientes
- 7. Trato muy eficazmente los problemas de los pacientes
- 9. Creo que influyo positivamente con mi trabajo en la vida de otras personas
- 12. Me siento activo y lleno de energía
- 17. Puedo crear fácilmente una atmósfera relajada con mis pacientes
- 18. Me siento estimulado después de trabajar con algunos pacientes
- 19. He logrado muchas cosas valiosas en mi trabajo
- 21. En mi trabajo trato los problemas emocionales con mucha calma

Escala de Estrés Percibido-Perceived Stress Scale (PSS) (versión completa: 14 ítems)

Las preguntas en esta escala hacen referencia a sus sentimientos y pensamientos durante el último mes. En cada caso, por favor indique con una “X” cómo usted se ha sentido o ha pensado en cada situación.

0	1	2	3	4
Nunca	Casi nunca	De vez en cuando	A menudo	Muy a menudo

1. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha estado afectado por algo que ha ocurrido inesperadamente? 0 1 2 3 4
2. En el último mes, ¿con qué frecuencia se ha sentido incapaz de controlar las cosas importantes en su vida? 0 1 2 3 4
3. En el último mes, ¿con qué frecuencia se ha sentido nervioso o estresado? 0 1 2 3 4
4. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha manejado con éxito los pequeños problemas irritantes de la vida? 0 1 2 3 4
5. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha sentido que ha afrontado efectivamente los cambios importantes que han estado ocurriendo en su vida? 0 1 2 3 4
6. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha estado seguro sobre su capacidad para manejar sus problemas personales? 0 1 2 3 4
7. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha sentido que las cosas le van bien? 0 1 2 3 4

8. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha sentido que no podía afrontar todas las cosas que tenía que hacer? 0 1 2 3 4
9. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha podido controlar las dificultades de su vida? 0 1 2 3 4
10. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha sentido que tenía todo bajo control? 0 1 2 3 4
11. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha estado enfadado porque las cosas que le han ocurrido estaban fuera de su control? 0 1 2 3 4
12. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha pensado sobre las cosas que le quedan por hacer? 0 1 2 3 4
13. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha podido controlar la forma de pasar el tiempo? 0 1 2 3 4
14. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha sentido que las dificultades se acumulan tanto que no puede superarlas? 0 1 2 3 4

Versión española (2.0) de la Perceived Stress Scale (PSS) de Cohen, S., Kamarck, T. y Mermelstein, R. (1983), adaptada por el Dr. Eduardo Remor.

Cuestionario de Estrés Laboral (CuEL)

*L. Hernández-Herrero, J. L. González de Rivera, M. Romero, M. Rodríguez-Abuín
(2002)*

El presente cuestionario forma parte de su historia clínica y está sujeto a estricto secreto médico.

Nombre

Fecha

Por favor, conteste Ud. a cada pregunta marcando la intensidad o frecuencia de su respuesta, en la escala de valores de 0 a 4:

0	1	2	3	4
Nunca	A veces	Con frecuencia	A menudo	Siempre

1. ¿Se ha sentido afectado/a por algún suceso últimamente? 0 1 2 3 4
2. ¿Se siente estresado/a o tenso/a, o se ha sentido así últimamente? 0 1 2 3 4
3. ¿Es Ud. una persona nerviosa, tensa o ansiosa? 0 1 2 3 4
4. ¿Es Ud. una persona depresiva? 0 1 2 3 4
5. ¿Le satisface su estado general de salud? 0 1 2 3 4
6. ¿Qué grado de dificultad o complejidad tiene su trabajo? 0 1 2 3 4
7. Su trabajo ¿le permite desarrollar su creatividad? 0 1 2 3 4
8. ¿Se siente Ud. identificado/a con el trabajo que realiza actualmente? ... 0 1 2 3 4
9. ¿Suele verse desbordado/a por picos de trabajo? 0 1 2 3 4
10. Su trabajo ¿es estresante? 0 1 2 3 4
11. ¿Se siente Ud. apoyado/a por su/s jefe/s? 0 1 2 3 4
12. ¿Cuánto se autoexige Ud. en su trabajo? 0 1 2 3 4
13. ¿Cuánto se le exige en su trabajo? 0 1 2 3 4
14. ¿Le producen estrés las informaciones
que recibe sobre la marcha de la empresa? 0 1 2 3 4

15. ¿Tiene Ud. control sobre el ritmo de su tarea?	0	1	2	3	4
16. ¿Esta Ud. satisfecho/a con su habilidad para desempeñar su tarea?	0	1	2	3	4
17. ¿Cree que sus funciones en la empresa están claramente definidas?	0	1	2	3	4
18. ¿Está Ud. satisfecho/a con la cantidad de trabajo que saca adelante?	0	1	2	3	4
19. ¿Le satisface el grado de comunicación existente en la empresa?	0	1	2	3	4
20. ¿Le satisface el nivel de organización existente en la empresa?	0	1	2	3	4
21. ¿Tiene dificultades para adaptarse a los cambios provocados por los nuevos sistemas informáticos?	0	1	2	3	4
22. ¿Necesita mayor formación para el desempeño de su actual tarea?	0	1	2	3	4
23. ¿Está satisfecho/a con la calidad del trabajo que realiza Ud.?	0	1	2	3	4
24. ¿Se lleva Ud. trabajo a casa?	0	1	2	3	4
25. ¿Cual es, habitualmente, su volumen de trabajo?	0	1	2	3	4
26. ¿Participa Ud. en la planificación de su tarea?	0	1	2	3	4
27. ¿Trabaja Ud. más de lo que puede?	0	1	2	3	4
28. ¿Se siente Ud. integrado/a en su grupo de trabajo?	0	1	2	3	4
29. ¿Le ayuda su trabajo a sentirse realizado/a?	0	1	2	3	4
30. ¿Consigue Ud. ser puntual en la terminación de sus tareas?	0	1	2	3	4
31. ¿Se ve Ud. obligado/a a trabajar por encima del horario normal?	0	1	2	3	4
32. ¿Qué nivel de calidad exige su trabajo?	0	1	2	3	4
33. Si Ud. lo desea, ¿consigue desconectar cuando sale de su trabajo?	0	1	2	3	4
34. ¿De cuánto tiempo suele disponer para realizar sus tareas?	0	1	2	3	4
35. El trabajo que realiza ¿se parece al que siempre deseó realizar?	0	1	2	3	4
36. ¿Está Ud. orgulloso/a de su empresa?	0	1	2	3	4
37. ¿Vive su trabajo con ilusión?	0	1	2	3	4
38. ¿Realiza Ud. trabajo doméstico u otro (estudio, etc.) fuera de su jornada laboral?	0	1	2	3	4

Puede Ud. añadir o comentar lo que desee (adjunte una hoja en blanco si precisa):

Descripción del CuEL

El CuEL es un cuestionario auto-administrado de 38 preguntas con respuestas tipo Likert graduadas de 0 a 4, concebido para cuantificar el estrés percibido por trabajadores del sector servicios, y desarrollado por los Doctores D. Luis Hernández Herrero, D. José

Luis González de Rivera y Revuelta, D.^a Margarita Romero Martín y D. Manuel Rodríguez Abuín, como una herramienta de apoyo para el médico del trabajo, que le permita cuantificar varios indicadores esenciales de estrés en el trabajador. Su finalidad no es tanto el diagnóstico de patología por estrés como el despistaje de casos de riesgo elevado de padecer ese tipo de patología.

El CuEL reúne las siguientes características:

- cuantifica aspectos esenciales del estrés laboral, tal y como es percibido por el trabajador
- es breve (se rellena en unos 5 minutos)
- es auto-administrado, indistintamente en soporte papel o informático (siendo su interpretación informática automática)
- no exige el anonimato, sino el secreto médico
- es reproducible en el mismo trabajador en distintos momentos, y en colectivos de trabajadores, permitiendo así su utilización tanto en la vigilancia de la salud individual como en la evaluación de riesgos psicosociales en el trabajo (inicial y periódica)
- es fiable
- es válido y su validez se extiende al menos a los trabajadores del sector servicios con un cierto nivel cultural (saber leer y escribir, dominio del español) y residentes en España

Del CuEL se extraen cuatro índices generales (dos Índices de Stress –IS1 e IS2– y dos Índices de Protección –IP1 e IP2–), así como nueve índices específicos.

En la siguiente tabla se pueden observar los cuatro índices generales y nueve índices específicos del CuEL, así como su codificación, la manera de calcular cada uno de ellos y sus valores normales:

<i>Código</i>	<i>Nombre indicador</i>	<i>Forma de calcularlo</i>	<i>Valores normales</i>
IS1	Sobrecarga de trabajo	Media de los ítems 9, 10, 25, 27, 31 y -34	1,42-2,94
IS2	Vulnerabilidad al estrés	Media de los subíndices siS2, siS3 y siS4.	0,51-1,87
IS2a	Ansiedad/depresión	Media de los ítems 2, 3, 4 y 14	0,34-1,98
IS2b	Dificultad de adaptación	Media de los ítems 21 y 22	0,12-1,80
IS2c	Acontecimientos estresantes	Media de los ítems 1 y 2	0,38-2,51
IP1	Clima/vocación	Media de los subíndices siP1 y siP2	1,77-3,19
IP1a	Clima	Media de los ítems 11, 17, 19, 20, 28 y 36	1,60-3,13
IP1b	Vocación	Media de los ítems 7, 8, 29, 35 y 36	1,76-3,36
IP2	Calidad/control/eficiencia	Media de los subíndices siP3, siP4, siP5 y siP6.	2,27-3,30
IP2a	Calidad exigida	Media de los ítems 5, 12, 13 y 32	2,35-3,54
IP2b	Control	Media de los ítems 15 y 26	1,77-3,55
IP2c	Eficiencia	Media de los ítems 16, 18, 23 y 30	2,56-3,60
IP2d	Capacidad de desconexión	ítem33	1,13-3,56

Validación de CuEL

La fiabilidad del CuEL se valoró mediante test-retest.

El CuEL fue validado (ver referencias a pie de página) utilizando como gold standard el IRE y el SCL90r, comprobando que había muy buena correlación entre distintos índices del CuEL y estos dos cuestionarios. Del estudio de dichas correlaciones, concluimos que el CuEL mide efectivamente estrés. También sabemos que el tipo de estrés que mide es el laboral, dada la naturaleza de las preguntas.

Criterios para la valoración de los tests gráficos

Dr. Manuel J. Rodríguez-Abuín Instituto de Psicoterapia e Investigación Psicosomática de Madrid www.psicoter.es mra@psicoter.es

A. Indicadores gráficos:

Trazo, características gestalt, localización, tamaño, contenidos, puntuaciones cualitativas

B. Indicadores verbales:

Tipo historia, vínculos en la historia, variables temporales y contenidos

A. Indicadores gráficos:

1. Trazo: se refiere a las características motoras de la producción gráfica

Continuo (Cn): Trazo con líneas continuas predominantemente largas sin repaso. Sólo se producen paradas en el trazo, para unir partes.

Discontinuo (Dn): Trazo con líneas discontinuas predominantemente cortas, acompañadas o no con repaso.

Repaso (R): Líneas repasadas en el trazo una o varias veces.

Firme (Fir): trazo de presión media sin discontinuidades.

Débil (Db): Trazo excesivamente suave (presión del lápiz muy fina) que generalmente es discontinuo.

Tenso (Prt): Presión muy fuerte en el trazo del dibujo, que puede incluso romper la punta del lápiz.

Sombreado (Sh): Claro-oscuro en el dibujo bien sólo con el lápiz (oblicuo) o con ayuda de la mano u otra herramienta.

Borrado: Dibujo en el que se utiliza la goma para borrar una parte o el total de la gestalt producida.

Rápido: Trazo generado con gran rapidez motora, para un dibujo de complejidad media (ej., Dibujo de una persona o dibujo de una casa) entre 30 y 60 segundos.

Lento: Trazo generado con gran lentitud motora, para un dibujo de complejidad media, más de 5 minutos.

2. *GESTALT*

Completa (Cmp): Dibujo real o de ficción con todas sus partes finalizadas.

Parcial (Parc): Dibujo real o de ficción incompleto en alguna de sus partes.

Falta papel (FP): Dibujo completo o parcial al que le falta cierre o conclusión por falta de papel.

Perspectiva (Persp): Dibujo con representación tridimensionalidad, distancia o volumen.

Movimiento (M): Dibujo con algún contenido en movimiento explícito.

Estático (E): Dibujo con algún contenido en posición estática explícita.

Proporcionalidad (Pr): Dibujo que mantiene proporción adecuada o ajustada a la realidad entre sus partes.

Simetría (S): Una parte es reflejo exacto de la otra, a partir bien de un eje vertical, bien de un eje horizontal.

Cerrada o conclusa (Cierr): Dibujo con gestalt cerrada o terminada, es decir, no tiene puntos de apertura irreales.

Abierta o con puntos de fuga: Gestalt no perfectamente cerrada en su contorno, partes no terminadas que están abiertas (ej., Techo sin cerrar) o con puntos mal cerrados (copa de un árbol con puntos de apertura).

General (Gen): Gestalt realizada sin ningún detalle específico o distintivo.

Detalles (Det): La gestalt es realizada con detalles, que lo diferencian de lo general y le dan idiosincrasia (ej., Figura humana con complementos en ropa).

3. *Localización*

Superior: Localización en el tercio superior.

Inferior: Localización en el tercio inferior.

Centrado: Localización centrada.

Izquierda: localización predominante hacia el tercio izquierdo.

Derecha: Localización predominante hacia el tercio derecho.

Hoja apaisada: Dibujo con papel en posición apaisada.

Dirigida a la izda: Gestalt en sentido hacia la izda. del papel.

Dirigida a la dcha.: Gestalt en sentido hacia la dcha. del papel.

4. *Tamaño*

Grande: Mayor de $\frac{3}{4}$ partes del papel (vertical o apaisada).

Normal: Mayor de $\frac{1}{4}$ del papel y menor de $\frac{3}{4}$.

Pequeño: Menor de $\frac{1}{4}$ del papel.

5. *Contenidos*

Vitales: Seres vivos vegetales o animales
Desvitalizados: Seres vivos muertos u objetos inanimados.
Dañados: Contenidos con daño explícito físico o psíquico, o con rasgos disfóricos inequívocos.
Agresivos: Dibujos con contenido gestáltico de acción agresiva manifiesta.
Cooperativos: Dibujos con gestalt de acción cooperativa manifiesta.
Neutros: Dibujos con contenido neutro (ej., Paisaje sin matices evaluativos).
Otros: Señalar.

6. *Observaciones*

- Forma de obtener la gestalt (ej., de una parte al todo, de un esquema general a lo específico...)
- Trazo: De abajo arriba, de arriba abajo...
- Nivel de detalles, comentarios al dibujar, observación cualitativa

B. Indicadores historia-indicadores verbales y no verbales

1. *Tipo historia*

Secuencial: Historia tipo con una secuencia temporal clara (combinaciones de pasado, presente y futuro).

Descriptiva: Descripción predominantemente ajustada a la forma sin explicaciones o valoraciones.

Explicativo-intelectual: Descripción, generalmente amplia, con valoraciones o atribuciones sobre algún contenido, o elaboraciones explicativas acerca de un contenido.

Larga: Historia que se desvía del contenido original o se complica de tal manera, que se hace farragosa o difícilmente comprensible.

Corta: Descripción defensiva con pocas frases cortas, muchas veces sólo con una frase que es como un título.

2. *Vínculos o relaciones y temáticas*

Agresión: Acción agresiva verbalizada de forma inequívoca.

Cooperación: Acción cooperativa verbalizada de forma inequívoca.

Daño: Historia con descripción del elemento dañado.

Pérdida: Historia con verbalización de pérdida afectiva, de estatus o de otro tipo (registro pérdida).

Reparación: Historia con verbalización reparación daño.

Aislamiento: Aparición figuras aisladas o en soledad en la descripción.

Neutralidad: No vínculo significativo de algún tipo (ej., Persona está de pie, con el

sol encima y con una casa al lado).

Encuentro: Descripción de un encuentro.

Separación: Descripción desencuentro o separación de algo unido previamente.

Huida: Descripción de una huida ante algo o alguien.

Evitación: Evitación de algo o alguien.

Otros: Presencia de otras temáticas con diferentes vínculos.

3. *Tiempo*

Pasado: Descripción centrada en algo que ha sucedido ya en el pasado.

Presente: Contenidos centrados en el momento presente.

Futuro: Alusión al desenlace de una acción o suceso en el futuro.

4. *Contenidos*

Reales: Figuras o elementos del mundo real.

Imaginarios: Figuras o elementos elaborados en la fantasía.

Mixto: Elementos reales y fantaseados.

Distorsionados: Elementos reales con distorsión de alguna característica.

5. *Observaciones*

Elementos no verbales asociados a la comunicación verbal de la historia (miedo, temblores, inquietud psicomotora, reacciones vegetativas, llanto, agresividad etc.).

Nota bibliográfica

Con el propósito de poner en práctica unos principios ecológicos, económicos y prácticos, el listado completo y actualizado de las fuentes bibliográficas empleadas por el autor en este libro se encuentra disponible en la página web de la editorial: www.sintesis.com.

Las personas interesadas se lo pueden descargar y utilizar como más les convenga: conservar, imprimir, utilizar en sus trabajos, etc.

— HERNÁNDEZ-HERRERO, L., ROMERO, M., GONZÁLEZ DE RIVERA, J. L., RODRÍGUEZ-ABUÍN, M. J. Caracterización del absentismo laboral en función de variables de estrés, psicopatología, variables orgánicas y estilos de vida. I Congreso de la Asociación Española de Psicología Clínica y Psicopatología. Madrid, 1997.

— HERNÁNDEZ, L., RODRÍGUEZ-ABUÍN, M. J., GONZÁLEZ DE RIVERA, J. L., ROMERO, M. Dimensiones de estrés laboral: relaciones con variables bio-psico-sociales del trabajador. I Congreso Internacional de Prevención de Riesgos Laborales. Madrid, 1997.

— HERNÁNDEZ, L., RODRÍGUEZ-ABUÍN, M. J., ROMERO, M., GONZÁLEZ DE RIVERA, J. L. Dimensiones de estrés laboral: relaciones con la percepción subjetiva de salud y factores de riesgo cardiovascular. 1as Jornadas Municipales de Cardiología Laboral. Madrid, 1997.

— HERNÁNDEZ, L., ROMERO, M., GONZÁLEZ DE RIVERA, J. L., RODRÍGUEZ-ABUÍN, M. J. Dimensiones de estrés laboral: relaciones con psicopatología, reactividad al estrés y algunas variables orgánicas. *Psiquis*, 1997; 18(3):115-120.

— HERNÁNDEZ-HERRERO, L., GONZÁLEZ DE RIVERA, J. L., RODRÍGUEZ-ABUÍN, M. J., ROMERO, M. Estrés laboral y variables biomédicas. Ponencia presentada al II Congreso Virtual de Psiquiatría 2001, Mesa sobre estrés. En internet: <http://www.psiquiatria.com/articulos/estres/2806/>

— HERNÁNDEZ-HERRERO, L. Diagnóstico e intervención sobre estrés en empresas de servicios de comunicación gráfica (Tesis doctoral, calificada con sobresaliente cum laude por unanimidad). Facultad de Medicina, Universidad Complutense de Madrid, 2004.

¹ González de Rivera, J. L. y Morera, A. L.: “La Valoración de sucesos vitales”. Adaptación española de la escala de Holmes y Rahe. *Psiquis*, 1983, 4: 7-11.

Índice

Portada	2
Créditos	5
Índice	6
Prólogo	11
PARTE PRIMERA: Los fundamentos	13
1. Definiendo el estrés	14
1.1. Consideraciones semánticas generales	14
1.2. El concepto popular de estrés	16
1.3. El concepto científico de estrés	17
2. La teoría clásica del estrés	23
2.1. La reacción de lucha-huida	23
2.2. El síndrome general de adaptación	25
2.3. La psicoendocrinología de Mason	27
2.4. Los sistemas diencefálicos de Hess	29
3. El concepto actual de estrés	34
3.1. La naturaleza del estímulo	34
3.2. Las respuestas de estrés	37
3.3. La naturaleza de la relación estímulo-respuesta	41
4. El estrés psicológica y social	53
4.1. El estrés psicológico	53
4.2. Los factores externos de estrés	57
5. Psicopatología del estrés	68
5.1. La biología de las emociones	69
5.2. Las enfermedades de adaptación	71
5.3. El equilibrio homeostasis-alostasis	73
5.4. El “efecto acontecimientos vitales”	78
5.5. Los factores internos de estrés: La Reactividad al estrés	79
5.6. Los factores moduladores de la respuesta de estrés	80
PARTE SEGUNDA: La clínica	83
6. La Psiquiatría del estrés	84
6.1. La psicopatología reactiva	85
6.2. El concepto de síndrome de estrés	87

6.3. Diagnóstico y clasificación de los síndromes de estrés	89
7. Los síndromes por estrés agudo	96
7.1. El trastorno por estrés agudo	98
7.2. La disregulación neurovegetativa	101
7.3. El síndrome de autoestrés	106
8. El trastorno de estrés postraumático	114
8.1. Clasificación	115
8.2. Etiología	115
8.3. Epidemiología	119
8.4. Patogenia	120
8.5. Clínica	122
8.6. Evolución y pronóstico	128
8.7. Tratamiento	128
8.8. Conclusión	130
9. Los síndromes de estrés crónico	131
9.1. Estrés y depresión	133
9.2. Transformación de la personalidad por estrés	135
9.3. El trastorno por estrés extremo	136
9.4. El síndrome de Estocolmo	137
9.5. El síndrome de “luz de gas”	140
9.6. El síndrome metabólico	142
10. El síndrome de desgaste profesional	144
10.1. El estrés laboral	144
10.2. Definición de burnout	147
10.3. Clínica	148
10.4. Evolución	150
10.5. Diagnóstico	153
10.6. Tratamiento	154
10.7. Prevención	155
10.8. El síndrome del cuidador	157
11. El síndrome de acoso psicológico en el trabajo o “Mobbing”	159
11.1. Evolución y definición del concepto	160
11.2. Las estrategias de acoso	161
11.3. Patogenia	165
11.4. Las fases del acoso	170

11.5. Clínica	173
11.6. Conclusión	177
12. Los trastornos adaptativos	178
12.1. Concepto y definición	179
12.2. Epidemiología	181
12.3. Clínica	182
12.4. Clasificación	183
12.5. Evolución	184
12.6. Tratamiento	186
13. Crisis emocionales	188
13.1. El concepto de crisis	188
13.2. Psicología de la crisis	189
13.3. La evolución de una crisis	191
13.4. Condicionantes de la crisis	193
13.5. Clasificación de las crisis	197
13.6. La intervención en la crisis	205
PARTE TERCERA: Las intervenciones	207
14. Psicometría del estrés	208
14.1. Observación de conductas y autorregistros	210
14.2. Cuestionarios, inventarios y escalas	211
14.3. Pruebas psicofisiológicas	218
14.4. Métodos endocrinos	220
14.5. Tests proyectivos	221
14.6. Entrevista Clínica	230
14.7. La integración psicométrica en la evaluación clínica del estrés	231
15. El tratamiento de los síndromes de estrés	237
15.1. La formación personal del terapeuta	237
15.2. Técnicas psicoterapéuticas específicas	242
15.3. Tratamientos farmacológicos	248
16. Psicoterapia autógena	252
16.1. Principios de la psicoterapia autógena	253
16.2. Fundamentos neurobiológicos	260
16.3. Correlatos psicofisiológicos	261
16.4. Fenómenos subjetivos en el estado autógeno	263
16.5. Los métodos de psicoterapia autógena	265

17. Psicoterapia secuencial integradora	272
Apéndice: Instrumentos de medida	285
Nota bibliográfica	327