

TEMA 1

EL ESTRÉS

El concepto de estrés se aplica de forma distinta según el sesgo científico:

- Enfoques fisiológicos o bioquímicos: Consideran el estrés en términos de respuestas.
- Enfoques psicológicos y psicosociales: Estrés como un fenómeno externo, focalizado en el estímulo.
- Enfoque "cognitivo": Factores psicológicos o subjetivos que median entre los agentes estresantes y las respuestas fisiológicas. Estrés focalizado en la interacción.

Estas 3 orientaciones, marcarán el desarrollo de la Teoría General del Estrés, y de su aplicación en el campo de psicopatológico.

2.-ORIENTACIONES TEÓRICAS SOBRE EL ESTRÉS

2.A.- TEORÍAS BASADAS EN LA RESPUESTA

2.A.1.- TEORÍA DEL ESTRÉS DE *Seligman*:

- Entiende el estrés como una respuesta no específica del organismo.
- El agente desencadenante del estrés (estresor), es un elemento que atenta contra la homeostasis del organismo.
- Estrés: "*Respuesta estereotipada (fisiológica) del organismo a estímulos inespecíficos con propiedades de alterar la homeostasis*".
- Esta respuesta implica una activación de:
 - Sistema hipotálamo-hipófiso-suprarrenal (act. de corticoides).
 - SNAutónomo.Si ésta activación persiste, produce un "síndrome de estrés" con:
 1. *Hiperdesarrollo de la corteza suprarrenal.*
 2. *Involución del timo.*
 3. *Úlcera péptica.*
- El estrés puede estar asociado a estímulos agradables o desagradables (La carencia total de estrés produciría la muerte).

- **Cannon** influyó en Selie con su hipótesis de la homeostasis.

Estrés: "*Reacciones de "lucha-huída"*, respuestas automáticas que emiten los organismos en defensa de estímulos amenazantes externos o internos"

En ésta respuesta interviene básicamente el *SNSimpático* ⇒ Liberación de catecolaminas por la médula suprarrenal (NE y A) (Selie enfatiza más la implicación de las *hormonas de la corteza* que las de la médula suprarrenal).

- La Teoría de Selye tiene la ventaja de ofrecer una definición operativa del estrés basada en la acción de 2 fenómenos objetivables:
 1. **ESTRESOR** ⇒ Cualquier demanda que evoca el patrón de respuesta de estrés (físico, psicológico, cognitivo o emocional).
 2. **LA RESPUESTA DE ESTRÉS**: Constituida por un triple mecanismo denominado síndrome general de adaptación (SGA). El SGA es la consideración de la respuesta de estrés mantenida en el tiempo. Cuando esta persiste se produce un Síndrome estereotipado caracterizado por:
 - Hipertrofia suprarrenal.
 - Atrofia del timo y ganglios linfáticos.
 - Signos de úlcera péptica junto a otros cambios.

El desarrollo completo del Síndrome incluye estas 3 ETAPAS:

- a) **Reacción De Alarma**: Reacción del organismo cuando es expuesto repentinamente a estímulos a los que no está adaptado.
Tiene dos fases:
 - Fase de choque**: *Reacción inicial e inmediata al agente nocivo*. Taquicardia, pérdida de tono muscular, disminución de la temperatura y de la presión sanguínea. Descarga de adrenalina, corticotropina (ACTH) y corticoides (aunque empiezan durante ésta fase, se hacen más evidentes en la siguiente).
 - Fase de contrachoque**: *Reacción de rebote* (defensa contra el choque). Agrandamiento de la corteza suprarrenal con hiperactividad (incremento de corticoides), involución rápida del sistema timo-linfático, y signos opuestos a la fase de choque (hipertensión, hiperglucemia, hipertermia, etc.). Muchas de las enfermedades asociadas al estrés agudo corresponden a estas dos fases de la reacción de alarma. **Signos catabólicos.**
- b) **Etapa De Resistencia**: En ésta etapa se produce una adaptación del organismo al estresor ⇒ mejoría y desaparición de los síntomas.
 Se caracteriza por una *resistencia aumentada al agente nocivo* a costa de una menor resistencia a otros estímulos.
 La mayoría de los cambios presentes durante la reacción de alarma desaparecen, y, en algunos casos, se invierten. **Signos anabólicos.**

- c) **Etapa De Agotamiento:** Si el organismo continúa expuesto al estresor prolongadamente. *Reaparecen los síntomas* característicos de la reacción de alarma y puede significar la muerte del organismo.
- **Objeciones a la teoría de Selye:**
 - La teoría no esta formulada de manera científica: no establece las condiciones para que un estímulo pueda ser considerado estresor, independientemente de sus efectos (efectos de estrés).
 - Problema referido al componente emocional del estresor y al concepto de inespecificidad (experimentos de Mason).

2.A.2.- CRÍTICA AL CONCEPTO DE INESPECIFICIDAD:

- Según Selye, la respuesta al estrés es *inespecífica* (puede observarse ante diversos estresores). Supone que todos los estresores tienen en común el que inducen *activación*.
- Sin embargo, en los trabajos de Mason, las respuestas inespecíficas están producidas por estímulos emocionales ⇒ más apropiado que el concepto de inespecificidad sería el de "*activación emocional*".
En lugar de una respuesta inespecífica a las distintas amenazas, lo que existe es una respuesta específica para todos los estímulos emocionales.
Respuesta al estrés: *Respuesta provocada por el factor psicológico que acompaña a todos los agentes que amenazan la homeostasis del individuo.*
- Para demostrarlo, había que separar experimentalmente los efectos psicológicos de los físicos (monos en ayunas en cubículo privado).
Utilizó el ayuno como estresor.
Resultados:
 - El ayuno, por sí solo, es ineficaz para inducir activación del eje hipotálamo-hipófiso-suprarenal, siendo más bien la condición psicológica que acompaña al ayuno, lo que provoca la estimulación de la respuesta de estrés.

Weiss: Utilizó el paradigma experimental del "*control uncido*": Dos ratas son sometidas a estímulos aversivos, pero sólo una de ellas, tiene la posibilidad de controlar la emisión de esos estímulos ⇒ Se disocian las características físicas del estresor (frecuencia, intensidad), de las características psíquicas (control sobre los estímulos).

Resultados: Los animales sin control (pasivos) presentaron mayor grado de patología.

La respuesta de estrés depende del control que el sujeto tiene sobre el estresor, más que de las características físicas de éste.

2.A.3.- DEFINICIÓN DEL ESTRÉS

- En general en muchos enfoques que entienden el estrés como respuesta se supone a éste como un estado especial del organismo caracterizado por el sobreesfuerzo.
- El problema de éstos enfoques ha consistido en entender que la respuesta es únicamente orgánica. Sin embargo, las respuestas de estrés implican tanto a los factores fisiológicos y conductuales como a los cognitivos.

2. B.- TEORÍAS BASADAS EN EL ESTÍMULO

- En contraste con los modelos centrados en la respuesta, el estrés se localiza fuera del individuo, siendo el *strain* (efecto producido por el estrés), el aspecto correspondiente a la persona.
Esta orientación es la que más se acerca a la idea popular del estrés.
- Trata el estrés como una VI (en enfoque anterior como VD).
- **COX**: Estos modelos son una analogía del modelo de la ingeniería basado en la Ley de la elasticidad de Hooke: "*El estrés* (la carga o demanda que se ejerce sobre el metal), *produce deformación* (distorsión) *del metal* (strain). *Si* el strain producido por el estrés *cae dentro de los límites de la elasticidad del metal, cuando el estrés desaparece, el material retorna a su estado original; Pero, si sobrepasa esos límites, los daños son permanentes*".
- **PROBLEMA**: Delimitación de las situaciones que pueden ser consideradas como estresantes.
Weitz: 8 categorías han sido consideradas como estresantes:
 1. Procesar información velozmente.
 2. Estímulos ambientales dañinos.
 3. Percepción de amenaza.
 4. Función fisiológica alterada.
 5. Aislamiento y confinamiento.
 6. Bloquear, obstaculizar.
 7. Presión grupal.
 8. Frustración.
- Estos modelos, pueden circunscribirse en la perspectiva conocida como "Enfoque psicosocial del estrés o enfoque de los sucesos vitales", de **Holmes**.

2. C.- TEORÍAS BASADAS EN LA INTERACCIÓN Ó TRANSACCIONALES

- ◆ Se deben a LAZARUS y Folkman.
- ◆ Maximizan la relevancia de los factores psicológicos (especialmente *cognitivos*), que median entre los estímulos (estresores) y las respuestas de estrés. En los enfoques anteriores la relevancia de los factores psicológicos en las respuestas de estrés está presente, pero en general tienden a ver a la persona como algo pasivo en el proceso del estrés. En la perspectiva interaccional se especifica que el estrés se origina a través de las relaciones particulares entre la persona y su entorno.
- **Estrés:** *"Conjunto de relaciones particulares entre la persona y la situación, siendo ésta valorada por la persona como algo que "grava" o excede sus propios recursos y que pone en peligro su bienestar personal"*.
- IDEA CENTRAL de ésta perspectiva mediacional cognitiva: El concepto cognitivo de EVALUACIÓN COGNITIVA(appraisal): Proceso universal, mediante el cual las personas valoran constantemente la significación de los que está ocurriendo, relacionado con su bienestar personal.

3 TIPOS DE EVALUACIÓN:

1. EVALUACIÓN PRIMARIA: Se produce en cada encuentro con algún tipo de demanda externa o interna. Primer mediador psicológico del estrés. Puede dar lugar a 4 modalidades de evaluación:
 - a) Amenaza: *Anticipación de un daño que, aunque aún no se ha producido, su ocurrencia es inminente.*
 - b) Daño-pérdida: *Daño psicológico que ya se ha producido* (pérdida irreparable).
 - c) Desafío: Valoración de una situación que *implica a la vez una posible ganancia positiva y una amenaza*. Resulta de demandas difíciles.
 - d) Beneficio: Este tipo de valoración no induce reacciones de estrés.

A partir de las 3 primeras formas de evaluación, se pueden deducir 3 tipos de estrés (amenaza, pérdida y desafío).

Consecuencia de ésta pluralidad factorial, es que el estrés no es un fenómeno unitario (no es meramente una forma de activación).

2. **EVALUACIÓN SECUNDARIA:** Valoración de los recursos para afrontar la situación. Esta valoración determinará que el individuo se sienta asustado, desafiado u optimista.
Los "*recursos de afrontamiento*" incluyen: Las propias habilidades de coping, el apoyo social y los recursos materiales.
 3. **REEVALUACIÓN:** Procesos de feedback. Permite que se produzcan correcciones sobre valoraciones previas (tras ser valorados los recursos de afrontamiento, una demanda puede por ejemplo reevaluarse, con mucho menor grado de amenaza).
- Lo que diferencia al modelo es la gran relevancia asignada a la **evaluación cognitiva**, que es el factor determinante de que una situación potencialmente estresante llegue o no a producir estrés en el sujeto. Se considera a *la persona como algo activo*.
 - El modelo de Lazarus es un modelo relacional. En último término, un modelo procesual: el estrés es un *proceso interaccional*, una relación particular entre la persona y la situación que se produce cuando la persona valora que las demandas gravan o exceden sus recursos de ajuste y hacen que peligre su bienestar.
 - Se han propuesto otros modelos interaccionales como el "Modelo transaccional del estrés" de Cox y Mackay.
Organizado en varias etapas constitutivas de un sistema general que describe la forma en que actúa el estrés. Estrés como parte de un sistema cibernético dinámico.
El estrés se produce cuando se rompe el *balance* entre la percepción de la demanda y percepción de su propia capacidad para hacerla frente. Lo realmente importante es la evaluación cognitiva de la potencialidad estresante de la situación y de su habilidad para afrontarla.

2. D.- UN MODELO DE TRABAJO

El modelo se desarrolla en 7 ETAPAS:

1. **Demandas psicosociales:** Se refiere a los agentes externos causales primariamente del estrés. *Sucesos estresantes mayores y menores* (estrés diario).
2. **Evaluación cognitiva:** *Dependiendo de cómo sea la evaluación o valoración, se producirá o no la respuesta de estrés*. Esta ocurrirá sólo si se produce ruptura del balance entre la percepción de la demanda y la percepción de los recursos personales.

3. **Respuesta de estrés:** Incluye las *respuestas fisiológicas* (neuroendocrinas y asociadas al SNA), las *respuestas psicológicas* (respuestas emocionales), y *componentes cognitivos y motores* (difíciles de separar de los emocionales).
4. **Estrategias de afrontamiento (coping):** *Esfuerzos conductuales y cognitivos* que emplea el sujeto para hacer frente a las demandas y para suprimir el estado emocional del estrés.

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

5. **Variables disposicionales:** Personalidad, factores hereditarios, sexo, raza, etc. Influyen sobre las 4 etapas anteriores.
6. **Apoyo social:** *Puede "amortiguar" el efecto de las demandas* estresantes sobre las respuestas del estrés, y puede actuar directamente sobre la salud.
7. **Estatus de salud:** El estado de salud, tanto fisiológico como psicológico, *depende del funcionamiento de las fases anteriores:* un afrontamiento inadecuado, puede ser nocivo para la salud.

3.- DEMANDAS PSICOSOCIALES (ESTRÉS PSICOSOCIAL)

Se centra en los agentes externos (psicosociales) estresantes. Mantenemos el término estrés psicosocial porque se entiende que los acontecimientos estresantes constituyen el estrés, produciendo alteración (strain) en el funcionamiento psicológico y somático. Hay dos tipos diferenciados de demandas: los sucesos vitales mayores y los sucesos menores (estrés diario).

3.A.- SUCESOS VITALES

3.A.1.- EL ENFOQUE DE LOS SUCESOS VITALES: NUEVO MARCO TEÓRICO DEL ESTRÉS

- Desarrollado por **HOLMES**.
Influido por 2 defensores de la concepción de la enfermedad como un proceso biopsicosocial: **Wolff** y **Meyer**.
Meyer, desarrolló el *life chart* (historia vital): ficha personal en la que se describían las *situaciones vitales ordenadas cronológicamente*. Pretendía conocer el contexto psicosocial en el que aparecían las enfermedades.
- **Holmes**: Transformó la "historia personal" en una prueba de autoinforme: **SRE** (*Inventario de Experiencia Reciente*).

- Los sucesos vitales son eventos sociales que requieren algún tipo de *cambio* respecto al habitual ajuste del individuo. Se asume que los sucesos vitales pueden evocar primariamente *reacciones psicofisiológicas*. También podrían denominarse "cambios vitales". A mayor cambio, mayor probabilidad de enfermar. Aproximación que suponía un cambio radical respecto a la orientación médica, sustituyendo el modelo que entiende la causa de la enfermedad unifactorialmente por un enfoque más complejo y multidisciplinar (bio-psico-social).
- Los sucesos vitales son los acontecimientos que implican cambio en las actividades usuales de los individuos que los experimentan (potencial estresante de un suceso están en función de la cantidad de cambio que conlleva)

3.A.2. - SUCESOS VITALES MÚLTIPLES

- La aproximación de evento único, *investiga el efecto de sucesos vitales únicos*. Se selecciona un caso o un grupo de casos que han sufrido un acontecimiento vital altamente traumático y se hace un estudio psicopatológico intensivo sobre el caso o grupo de sujetos.
- 7 categorías:
 - Trabajos relacionados con situaciones bélicas.
 - Víctimas de terrorismo.
 - Víctimas de violencia en general.
 - Personas con enfermedades terminales o sometidas a intervenciones quirúrgicas mayores.
 - Casos de migraciones.
 - Desastres naturales.
 - Sucesos vitales altamente traumáticos.
- **Holmes**, desarrolla un nuevo método de evaluación del estrés, trata de estudiar el impacto de los sucesos vitales recientes (evaluados de forma retrospectiva) sobre la salud centrado en una aproximación multievento:. El estrés obedece a múltiples sucesos.
El Inventario de experiencia reciente (SRE) es el primer instrumento psicométrico desarrollado por el grupo de Holmes, el cual incluye una lista de sucesos vitales en la que el sujeto debe señalar los que le han ocurrido en un período de tiempo reciente.
En 1967, **Holmes** y **Rahe**, publican la **SRRS** (Escala de Estimación del Reajuste Social): Método de estimación del reajuste social mediante unidades de cambio vital (UCV) ⇒ Indican el riesgo psicosomático potencial.
Se trata de asignar un valor o ponderación a cada suceso vital, de modo que, cada valor, representa el grado de cambio y reajuste impuesto por el suceso vital.

Su finalidad: cuantificar el estrés correspondiente a los sucesos registrados en la SRE.

Incluye una lista de 43 sucesos ordenados según su valor en UCV.

Demostró que muchos de éstos sucesos precedían al desarrollo de los trastornos, tanto físicos como psicológicos.

La SRE, a pesar de la enorme proliferación de escalas de sucesos vitales, sigue siendo, para la evaluación del estrés psicosocial, la más empleada en el momento presente.

- **Problemas de éste modelo:**

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

Por éste motivo, se realizaron esfuerzos para mejorar la validez de éstos métodos de evaluación:

- Aparecieron nuevos cuestionarios incluyendo mayor número de ítems.
- Otros, abandonan el sistema de escalamiento y ponderación e introducen sistemas de valoración del propio sujeto: **LES** (Escala de Experiencias Vitales) y **CSV** (Cuestionario de Sucesos Vitales).

Nuestro CSV actual consta de 65 sucesos vitales referidos a 11 áreas: Trabajo, salud, amor, matrimonio/pareja, familia, hijos, social, legal, finanzas, residencia y académica.

- Métodos de entrevista estructurada "contextual" (Brown y Harris).

3.A.3.- SUCESOS VITALES Y SALUD

- A mayor puntuación en UCV, existirá mayor riesgo de desarrollar un trastorno. Holmes sugiere el siguiente criterio referido al último año transcurrido:
 - **300 ó más UCV** ⇒ 80% de posibilidad de enfermar en un futuro cercano.
 - **150-299 UCV** ⇒ 50%.
 - **Menos de 150 UCV** ⇒ 30%.
- En principio, las UCV se cuantificaban sólo de manera objetiva, pero después, se incluyeron **variables psicológicas mediadoras**, como la percepción que tiene el sujeto del suceso.
Rahe y Arthur, desarrollaron una versión modificada de la SRE para evaluar las **UCV subjetivas**.

Se evidencia en su **MODELO** que relaciona los cambios vitales con la enfermedad:

Etapa I: **Sucesos vitales** que son codificados por la percepción del sujeto.

Etapa II: Si el suceso es percibido como significativo, se ponen en marcha los **mecanismos de defensa del organismo**.

Etapa III: Niveles de **respuestas psicofisiológicas**.

Etapa IV: **Conductas para reducir las respuestas psicofisiológicas**: estrategias de afrontamiento.

Etapa V: **Aparición o no de la enfermedad**.

Etapa VI: **Medida de la enfermedad** (cuantificación ,mediante el diagnóstico clínico).

(Ver figura pagina 17)

- Un **enfoque complementario**: **ROLE STRAIN** (dificultades o problemas de la vida en curso). Es equivalente a la nueva corriente sobre el estrés diario. Según éste enfoque, **los sucesos vitales**, más que generar cambios en el organismo, **producen un cambio en los patrones en curso de la vida de la gente** ⇒ **Actúan sobre la salud de manera indirecta**.

2.B.- SUCESOS MENORES (ESTRÉS DIARIO)

- **Lazarus**: Hay que considerar **sucesos de menor impacto pero mucho más frecuentes**. Son los *sucesos diarios, microeventos o sucesos menores*.
- Tanto el estrés menor, como las satisfacciones de la vida cotidiana, **poseen mayor significado para la salud que los sucesos vitales**.
 - **Hassles** ⇒ *Demandas irritantes, frustrantes, estresantes*. **Incluyen**:
 1. **Problemas prácticos fastidiosos**: perder o romper cosas, atascos, no disponer de dinero.
 2. **Sucesos fortuitos**: Inclemencias del tiempo.
 3. **Contrariedades** de interrelación social: discusiones.
 - **Uplifts** ⇒ *Satisfacciones y experiencias positivas*: manifestaciones amorosas, recibir buenas noticias.
Kanner: Los sucesos positivos podrían actuar como amortiguadores emocionales del estrés (no datos empíricos).
- Los sucesos diarios negativos son mejores predictores de los trastornos físicos y psicológicos que los sucesos vitales. Sin embargo, **ambos tipos de sucesos, contribuyen de forma interactiva** ⇒ Los sucesos vitales pueden inducir nuevos **sucesos diarios** ⇒ Actuarían como **mediadores entre los sucesos vitales y las respuestas de estrés al organismo**.

La investigación basada en el empleo de ambas estrategias (sucesos mayores y menores), permitirá obtener una idea más exacta respecto a los mecanismos implicados en los efectos del estrés psicosocial sobre la alteración de la salud.

Problemas metodológicos:

- A veces, resulta difícil distinguir entre ambos tipos de sucesos.
- Posible confusión de medidas. Hipótesis de Watson y Pennebaker: Los sujetos con mayor grado de afecto negativo, tienden a reflejar mayor grado de estrés en los cuestionarios.

4.- EVALUACIÓN COGNITIVA

- Los experimentos de Weiss, demostraron la importancia del control percibido por el sujeto en situaciones de estrés.
- Se ha sugerido que el control percibido reduce las respuestas de estrés, al menos por dos mecanismos:
 1. La ganancia de información: Se traduce en un incremento de la predecibilidad del estresor y anticipación del evento aversivo.
 2. La respuesta anticipatoria: Preparación cognitiva para un suceso, implicando la interpretación y evaluación del suceso. Prepara al organismo para hacer frente a la situación amenazante, anticipándose a la llegada del estresor.

Más importante que el control real, es el control que percibe el sujeto ("ilusión de control").
- Los cuestionarios de sucesos vitales comienzan a incluir la variables de estrés percibido o malestar personal (distress), ó características como la deseabilidad, controlabilidad, negatividad, predecibilidad, novedad, dependiente vs independiente.

Dependiendo de la manera en que el sujeto evalúe estas dimensiones, puede variar el efecto del suceso vital.
- La valencia de las dimensiones no está determinada únicamente por la valoración que hace la persona, sino que, también el tipo de situación puede ser determinante.

Existe interacción entre ambos: Aunque un individuo pueda evaluar cada elemento situacional, también la situación puede condicionar determinadas formas de evaluación cognitiva.

5.- EL AFRONTAMIENTO DEL ESTRÉS

- El término de afrontamiento o coping, se ha empleado con diferentes sentidos:
 - Como una *supresión o reducción del estado de estrés*, es decir, como un resultado. Cuando desaparece la respuesta fisiológica de estrés, se dice que existe *coping*.
Levine, Weinberg y Ursin: "La mejor medida de coping es la variación en las respuestas fisiológicas asociadas al estrés".
Esta concepción no se emplea actualmente porque, según Lazarus, confunde el proceso con el resultado.
 - Actualmente se entiende como los **esfuerzos, cognitivos y conductuales, que hace el individuo para hacer frente al estrés**.
En un paradigma de CC, se induce *afrontamiento pasivo* (el sujeto no puede hacer nada para controlar el estímulo estresor).
En un procedimiento de evitación, el *afrontamiento es activo*.
Las respuestas cardiovasculares varían según se trate de un afrontamiento activo (elevación de Fc y P. Sistólica), o afrontamiento pasivo (elevación P. Diastólica).
- El afrontamiento se relaciona con las dimensiones de evaluación cognitiva de la situación, de forma que a veces, resulta difícil separar ambos componentes.
- Existe consenso en apoyar que el afrontamiento juega un papel importante como componente mediador entre las circunstancias estresantes y la salud.
- El desarrollo teórico y metodológico del concepto de afrontamiento podría agruparse en **2 aproximaciones distintas**:
 1. Como un **estilo** personal de afrontar el estrés.
 2. Como un **proceso**.

5.A.- ESTILOS DE AFRONTAMIENTO

- En la teoría psicoanalítica se introdujo el concepto de "defensas del yo": mecanismos psicológicos defensivos del sujeto para hacer frente a los agentes que atentan contra su integridad.
Se asociaban ciertos mecanismos con ciertas psicopatologías (paranoia por proyección, histeria por represión, obsesión-compulsión por intelectualización).
La orientación psicoanalítica influyó en teorías posteriores: estilos de afrontamiento (en particular el estilo defensivo).

- **ESTILOS DE AFRONTAMIENTO:** disposiciones personales para hacer frente a las distintas situaciones estresantes.
- **MODELO DEL REPRESOR-SENSIBILIZADOR (BYRNE):**
 El **represor** tiende a la *negación y evitación*.
 El **sensibilizador** es más *vigilante y expansivo*.
Estudio con padres cuyos hijos padecían una enfermedad terminal:
 - Padres "represores" (interiorizaban el problema), tenían niveles más elevados de 17-OHCS, en contraste con los "sensibilizados".

Byrne, sugirió que la estrategia defensiva de los individuos al estrés, puede localizarse en algún punto de la dimensión bipolar represión/sensibilización:

 - Los represores experimentan **baja ansiedad** ante el estrés, pero **elevadas respuesta fisiológicas**.
 - Los sensibilizadores presentan **mayor grado de ansiedad** que el reflejado en sus respuestas fisiológicas.

Utilizan códigos defensivos opuestos.
Ambos responden al estrés de forma estereotipada (reaccionan frecuentemente empleando códigos defensivos, incluso ante demandas débiles).
- **Weinberger, Schwartz y Davidson**, sugieren **4 TIPOS DE AFRONTAMIENTO DEL ESTRÉS:**
 DS: Deseabilidad social.
 AA: Autoinformes de ansiedad.
 1. **Represor:** Alta puntuación en DS y baja en AA.
 2. **No defensivo/no ansioso:** Baja en DS y en AA.
 3. **No defensivo/ansioso:** Baja en DS y alta en AA.
 4. **Defensividad ansiosa:** Alta en DS y en AA.
 - El represor reduce la ansiedad de forma defensiva.
 - El tipo defensividad ansiosa, incrementa la ansiedad defensivamente.
 - Los tipos no defensivos, correlacionan las respuestas fisiológicas con el autoinforme de ansiedad.
- **MODELO DE LOS ESTILOS COGNITIVOS MONITORING Y BLUNTING (MILLER):**
Monitoring: grado con que un individuo está alerta y sensibilizado respecto a la información relacionada con la amenaza.
Blunting: Grado con que el individuo evita o transforma cognitivamente la información de amenaza.

2 estilos de afrontamiento (mediante la escala MBSS):

1. **Incrementador** (monitoring). Tienden a valorar como amenazantes las situaciones ambiguas. Atienden más a las situaciones negativas.
2. **Atenuador** (blunting).

Estilos	Tipos de situaciones	
	Controlables	Incontrolables
Bajo incrementador/alto atenuador	Interfiere con la ejecución de acciones instrumentales.	Reduce la ansiedad y la frustración.
Alto incrementador/bajo atenuador	Permite la ejecución de acciones instrumentales.	Incrementa la ansiedad y la frustración.

El estilo bajo incrementador/alto atenuador, es efectivo para afrontar las situaciones en las que la *amenaza es incontrolable*.

El estilo alto incrementador/bajo atenuador, lo es para afrontar las situaciones en las que la *amenaza es controlable*.

• 4 PATRONES DE AFRONTAMIENTO (KOHLMANN)

1. **Modo vigilante rígido**: Personas con **alta vigilancia y baja evitación** ("*sensibilizadores*"). Tendencia a buscar información sobre el estresor para configurar una imagen mental de confrontación anticipada.
2. **Modo evitador rígido**: Personas con **baja vigilancia y alta evitación** ("*represores*"). Tienden a prestar poca atención a las características amenazantes del estresor.
3. **Modo flexible**: Uso flexible de estrategias relacionadas con la situación. Personas "*no defensivas*". **Baja vigilancia y baja evitación**. Marcada orientación hacia los requerimientos situacionales que prevalecen en cada momento.
4. **Modo inconsistente**: Afrontamiento ineficaz. Personas **ansiosas**. **Alta vigilancia y alta evitación**. Cuando el sujeto intenta alejarse del estresor para reducir su ansiedad, se produce incremento de la incertidumbre con el consecuente incremento de estrés.

5.B.- EL AFRONTAMIENTO COMO PROCESO

LAZARUS: Consideración del **afrontamiento como proceso**.

Desde un punto de vista procesual, el afrontamiento se define como los esfuerzos en curso cognitivos y conductuales para manejar las demandas externas o internas que son evaluadas como algo que grava o excede los recursos de la persona. Consiste en los esfuerzos cognitivos y conductuales para manejar el estrés psicológico.

Implica asumir los siguientes **PRINCIPIOS**:

1. El término afrontamiento se emplea indistintamente de que el proceso sea adaptativo o inadaptativo, eficaz o ineficaz. Debe separarse de los resultados. No existen procesos de afrontamiento universalmente buenos ni malos, pues, depende de muchos factores.
2. El afrontamiento depende del contexto. El proceso de afrontamiento, producido por alguna fuente generadora de estrés psicológico, varía en función de la significación adaptativa y los requerimientos de otras amenazas.
3. Unas estrategias de afrontamiento son más estables y consistentes que otras a través de situaciones estresantes. Más estabilidad para la estrategia de "reevaluación positiva" que para la búsqueda de "apoyo social".

4. Existen **dos funciones principales del afrontamiento**:

- a) **Focalizado en el problema**: Cambiar la relación ambiente-persona actuando sobre el ambiente o sobre sí mismo ⇒ manejar o alterar la fuente generadora de estrés.
- b) **Focalizado en la emoción**: Cambiar el modo en que se trata o interpreta lo que está ocurriendo, para mitigar el estrés ⇒ regular la respuesta emocional del estrés.

Ambas prácticas de afrontamiento pueden en la práctica facilitarse mutuamente (la reducción previa de estados emocionales suele facilitar las actividades de solución de problemas), pero, también pueden interferirse (minimizar la relevancia de un suceso puede inhibir las actividades).

5. El afrontamiento depende de la evaluación respecto a que pueda o no hacerse algo para cambiar la situación: Si puede hacerse algo, predomina el *afrontamiento focalizado en el problema*, pero, si no puede hacerse nada, predomina el *afrontamiento focalizado en la emoción*.

- Lazarus y su grupo han elaborado instrumentos psicométricos basados en entrevistas o autoinformes para evaluar el afrontamiento.

Pero, no hay un claro acuerdo sobre los factores o dimensiones que pueden obtenerse mediante el análisis factorial de los ítems.

Para el *Ways of Coping Questionnaire (WCQ)*, Folkman y Lazarus refieren **8 dimensiones**:

1. Confrontación: Acciones directas dirigidas hacia la situación.
2. Distanciamiento: Tratan de olvidarse del problema.
3. Autocontrol: Procurar no precipitarse. Guardar los problemas para uno.

4. Búsqueda de apoyo social: Pedir consejo o ayuda a un amigo.
5. Aceptación de la responsabilidad: Disculparse, criticarse a sí mismo.
6. Escape-evitación: Esperar a que ocurra un milagro, evitar el contacto.
7. Planificación de solución de problemas: Establecer un plan de acción.
8. Reevaluación positiva: La experiencia enseña, hay gente buena, maduré, etc.

Sería un afrontamiento focalizado en el problema: La *confrontación* y la *planificación de solución de problemas*.

Afrontamiento focalizado en la emoción: *distanciamiento, autocontrol, aceptación de la responsabilidad, escape-evitación, y reevaluación positiva*.

Ambos tipos de focalización: *Búsqueda del apoyo social*.

- La ansiedad y la depresión se han relacionado positivamente con el uso de estrategias focalizadas en la emoción, y negativamente con el uso de estrategias focalizadas en el problema.
- Algunas estrategias como, planificación de la solución de problemas y la reevaluación positiva, suelen asociarse a resultados positivos; Otras como el distanciamiento y la confrontación, con resultados negativos; Las restantes estrategias, aportan datos menos discriminativos, tal vez porque varían más en función de las demandas contextuales.

5.C.- ESTRATEGIAS BÁSICAS DE AFRONTAMIENTO

- Muchos autores han empleado los métodos psicométricos desarrollados por el grupo de Lazarus (WCQ), aplicándolos como una medida de rasgo (no con orientación procesual).
Esto se ha hecho, modificando las instrucciones de la respuesta (preguntar a la persona "*cómo afronta usualmente el estrés*", en lugar de cómo afronta encuentros específicos con el estrés).
⇒ Una medida procesual de afrontamiento se convierte en una medida de rasgo o estilo de afrontamiento, aunque difiere de la aproximación de estilos de afrontamiento, por implicar una metodología distinta y una concepción más tendente a la multidimensionalidad.
- El afrontamiento, bajo ésta perspectiva, se entiende como los esfuerzos "conscientes" por manejar el estrés (no se admiten los procesos inconscientes).
Las dimensiones del afrontamiento se consideran como disposiciones generales que llevan al individuo a pensar y actuar de forma más o menos estable, ante diferentes situaciones estresantes.

- **Törestad, Magnusson y Oláh**, demostraron que **el afrontamiento está determinado, tanto por la situación como por la persona (rasgo)**.

Existe **interacción** entre ambos factores.

Los individuos tienden a usar estrategias de afrontamiento transituacionalmente.

Categorizaron el afrontamiento según **3 DIMENSIONES**:

1. **Constructivo** ⇒ Esfuerzos dirigidos a tratar con los sucesos estresantes de manera directa y confrontativa. Se corresponde con la focalización en el problema de Lazarus.
2. **Pasivo** ⇒ Soluciones dirigidas a la emoción.
3. **De escape** ⇒ "Salirse del campo" física y psicológicamente.

Estas dos últimas dimensiones se corresponden con la focalización en la emoción.

- **Endler y Parker**: "Las personas tienen preferencias en el empleo de estrategias de afrontamiento independientemente de las situaciones de estrés".

Desarrollaron un nuevo cuestionario: El *Multidimensional Coping Inventory (MCI)*, basándose en un criterio de consistencia interna.

Aislaron **3 DIMENSIONES DE AFRONTAMIENTO**:

1. Orientado hacia la tarea.
2. Orientado hacia la emoción: Es una orientación hacia la persona. Incluye respuestas emocionales, autopreocupaciones y reacciones fantásticas.
3. Orientado a la evitación: Incluye tanto estrategias orientadas a la tarea como hacia la persona.

Este modelo contrasta con el modelo bidimensional de Lazarus, pero es equiparable al de **Törestad** y cols.

Supone separar la categoría de evitación/escape de la dimensión general "afrontamiento focalizado en la emoción" de Lazarus.

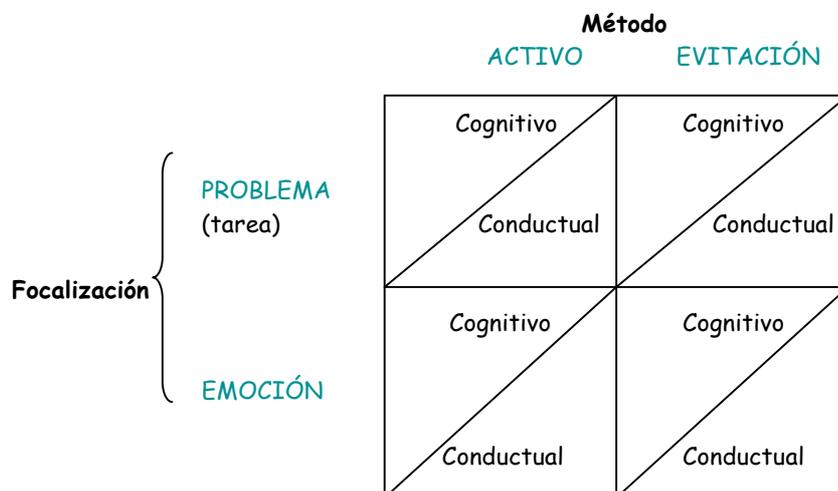
- Recientemente, al emplear la dimensión de evitación/escape separada de la categoría focalizada en la emoción, se presenta el problema de que hay algunos ítems que tienden a saturar conjuntamente en ambas dimensiones.

Este problema ha sido afrontado por **Roger, Jarvis y Najarian**, basándose en un análisis sobre 78 modos de afrontamiento.

Los resultados apoyan y extienden el modelo de Parker y Endler.

- Existencia de 3 dimensiones primarias (racional, emoción y evitación).
- Un cuarto factor de afrontamiento relacionado con la sensación de separación afectiva de los sucesos estresantes ("desengancharse" de la situación estresante).

- Cuando el individuo está menos implicado emocionalmente, el **afrentamiento es más efectivo**.
 - El sentimiento de separación no implica negación ni intentos de evitar el estrés. (soñar, tratar de olvidar los problemas)
 - Se obtienen correlaciones positivas entre la dimensión de **separación afectiva** y la **estrategia orientada racionalmente** (tarea). Son **estrategias adaptativas**.
 - Correlaciones positivas entre las estrategias de **emoción** y de **evitación**. Son **estrategias inadaptativas**.
- **Moos, Cronkite, Billings y Finney. 2 DIMENSIONES:**
 1. Desde el punto de vista del método empleado:
 - Activo-cognitivo.
 - Activo-conductual.
 - Evitación.
 2. Desde el punto de vista de la focalización de las respuestas:
 - Focalizado en la evaluación.
 - Focalizado en el problema.
 - Focalizado en la emoción.
 - **Feuerstein y cols, partiendo del modelo de Moss:**



Basándonos en éstos 3 criterios: Método, focalización y naturaleza (cognitivo o conductual), es posible establecer 8 categorías generales de afrontamiento.

6.- LA RESPUESTA DE ESTRÉS

Este tipo de respuesta implica un conjunto complejo de repuestas fisiológicas características, así como, otras respuestas psicológicas asociadas (respuestas cognitivas y conductuales).

6.A.- RESPUESTAS FISIOLÓGICAS

- Inicialmente establecidas por **Selye**:
 - * Activación del sistema hipotálamo-hipófiso-corticosuprarrenal y médulo-suprarrenal.
 - * Activación del SNA simpático.
- Posteriormente, **Mason**, apoyó la totalización neuroendocrina: El sistema neuroendocrino responde a los estresores en forma de patrones de respuesta totalitarios, implicando a cualquier sistema neuroendocrino del organismo.

DOS PATRONES DIFERENTES DE RESPUESTA HORMONAL:

PRIMER PATRÓN: Rápida subida del subgrupo de hormonas constituido por: *17-OHCS, la adrenalina, noradrenalina, tiroxina y la hormona del crecimiento.*

Perfil monofásico (ascenso/recuperación).

La actividad de la hormona tiroidea es la que permanece incrementada durante más tiempo (incluso cuando la exposición al estresor se ha interrumpido).

Estas hormonas tienen efectos catabólicos sobre el organismo (actividad "ergotropa").

SEGUNDO PATRÓN: *Caída inicial del nivel de los andrógenos, estrógenos e insulina.*

Perfil bifásico (descenso/ascenso).

Efectos anabólicos sobre el organismo (actividad "trofotropa").

Otras hormonas: *vasopresina y aldosterona*, no se han vinculado a éstos patrones.

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

El sistema neuroendocrino tiene una gran sensibilidad a los diferentes estímulos con propiedades emocionales (no existe una sola hormona que no se modifique en presencia de estrés).

Los niveles endógenos de sustancias de tipo hormonal (prostaglandinas o neuropéptidos), también pueden alterarse por el estrés.

No todas las respuestas hormonales al estrés son de tipo activador. Puede variar en función del sistema implicado. Algunos responden incrementando la liberación hormonal. Otros responden frenando la secreción hormonal.

Las respuestas fisiológicas asociadas al estrés no se reducen a la activación/inhibición de las variables neuroendocrinas y del sistema nervioso, sino que implican a múltiples componentes (VER TABLA).

El estrés afecta a un conjunto amplio de variables psicofisiológicas y metabólicas y también a diversos órganos. Cambios que, en su mayor parte, son secundarios a las alteraciones producidas sobre la actividad neuroendocrina.

Tipo de respuesta/órgano	Tipo de efecto
Cardiovascular	Incremento de tasa cardiaca Aumento de PA sistólica Aumento de PA diastólica Aumento de output cardiaco Vasoconstricción periférica Arritmias cardiacas
Otras respuestas psicofisiológicas	Incremento de tensión muscular general Temblor y sudoración Incremento tasa respiratoria Hiperventilación Incremento actividad electrodermal Incremento dilatación pupilar Reducción tensión muscular intestinal Reducción amplitud ondas EEG Reducción PH piel y saliva
Respuestas metabólicas	Liberación de glucosa Incremento en la producción de glucosa Catabolismo proteico Aumento de ácidos grasos libres Aumento de colesterol plasmático Aumento de triglicéridos plasmáticos Incremento de transporte de oxígeno
Estómago Bronquios Timo y sistema inmune Tiroides Suprarrenales Glándulas sexuales Hígado Páncreas Riñon	Incremento de secreciones gástricas Dilatación Involución tímica y reducción inmunológica Incremento tamaño/actividad Incremento tamaño/actividad Reducción tamaño/actividad Involución Involución Degeneración

6.B.- RESPUESTAS PSICOLÓGICAS

- La **principal respuesta psicológica** asociada al estrés es de tipo **EMOCIONAL**. La emoción es activada junto a los cambios fisiológicos, cada vez que el estrés es psicológicamente experimentado ⇒ **Malestar emocional** (*distress*).

El tipo de emociones que suelen acompañar a la experiencia de estrés, son emociones negativas (ansiedad, ira, miedo, depresión).

- En circunstancias de **estrés agudo**: **ansiedad/miedo**.
 - **Estrés crónico**: **Estados depresivos** ("agotamiento" de los mecanismos neurotransmisores del SNC).
- Las respuestas psicológicas asociadas al estrés no son únicamente emocionales. También se producen respuestas **COGNITIVAS Y CONDUCTUALES**. **PROBLEMAS** de considerar éstas respuestas independientemente de las emocionales:
 - Constituyen modos de afrontamiento.
 - Algunas respuestas cognitivas consisten en formas de valoración de la amenaza.
 - La emoción posee también componentes cognitivos y conductuales.
 - **La preocupación** (componente cognitivo de la emoción), **la pérdida de control percibido** (faceta de la reevaluación cognitiva), y **la negación** (estrategia de afrontamiento), **son 3 tipos de respuestas cognitivas al estrés**.
 - Otras respuestas cognitivas son resultados desadaptativos (bloques mentales, pérdida de memoria, etc).
 - Algo parecido ocurre con las respuestas conductuales: el uso de drogas y la conducta agresiva, son dos formas de respuesta del estrés, sin embargo, son consideradas como modos de afrontamiento (de escape o de descarga respectivamente).
 - Las respuestas conductuales también se han confundido con estados desadaptativos comportamentales (tartamudez, desajustes del lenguaje).
 - **Interrelación entre afrontamiento y emoción** así como **entre el afrontamiento y la respuesta fisiológica**.
El afrontamiento es un mediador fundamental de la respuesta emocional.
Datos basados en estudios longitudinales, sugieren una **relación causal entre afrontamiento y variables emocionales**.

7.- APOYO SOCIAL

- El apoyo social constituye los **recursos sociales para el afrontamiento**. Implica la presencia y el producto de relaciones humanas estables.
- **Payne y Jones**: El apoyo social debe incluir varios ELEMENTOS PRIMARIOS:
 - a) Dirección.
 - b) Disposición.
 - c) Descripción/evaluación.
 - d) Contenido.
 - e) Redes sociales.
- Desde el punto de vista de la salud, resulta más relevante el apoyo percibido que el apoyo real.
Vaux, Rieden y Stewart: Escala para evaluar el apoyo social percibido: La *Social Support Behavoirs (SS-B)*, que aborda 5 modos de apoyo social:
 1. Apoyo emocional.
 2. Socialización.
 3. Asistencia práctica.
 4. Ayuda financiera.
 5. Consejo/ayuda.

El apoyo social favorece la salud, bien porque se relacione negativamente con el comienzo de enfermedades u otros problemas de salud o porque facilita la recuperación de los pacientes con algún tipo de trastorno.

En la actualidad se trata de dilucidar si los efectos del apoyo social se deben a una acción amortiguadora del estrés o si se trata de un efecto sobre la salud independiente de que exista o no estrés y posiblemente ambos son válidos.

- MODELO DE AMORTIGUACIÓN:

El apoyo social actúa protegiendo al individuo durante los momentos de estrés, potenciando su adaptación.

Reduce o amortigua el impacto del estrés:

1. Eliminando o reduciendo el propio estresor.
2. Reforzando la capacidad del individuo para hacer frente al estresor.
3. Atenuando la experiencia del estrés.

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

- La **HIPÓTESIS DE LOS EFECTOS DIRECTOS:**

El apoyo social ejerce efectos positivos primarios sobre la salud, independientemente de los efectos del estrés.

El hecho de estar integrado en grupos, facilita experiencias individuales positivas (autoestima, afecto positivo, sensación de control, ect.), que protegen al individuo de los trastornos físicos y mentales.

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

- La **hipótesis de la amortiguación** es la que ha sido más ampliamente probada.
- Este modelo de *efectos directos* implica **dos interpretaciones diferentes:**

HIPÓTESIS MODERADORA ⇒ Predice una interacción entre el estrés psicosocial y el apoyo social sobre el bienestar. La correlación entre el estrés y el apoyo social es baja o nula (son independientes).

HIPÓTESIS SUPRESORA ⇒ Relación aditiva entre el estrés, el apoyo social y el bienestar. Los efectos directos del estrés son minimizados por el efecto indirecto del apoyo social. El estrés correlaciona con el apoyo social.

- Los **aspectos negativos del apoyo social** (ausencia de relaciones íntimas), pueden constituir en sí mismos, un **factor de riesgo para desarrollar depresión**, aún en ausencia de sucesos vitales estresantes.

Coyne y Downey: El aparente beneficio del apoyo social puede en gran parte ser secundario a la *ausencia de los efectos deteriorantes de las relaciones conflictivas o inseguras.* Así, la cuestión relativa a cómo el apoyo social amortigua el estrés, se complementa con otra basada en cómo las relaciones disfuncionales perjudican el afrontamiento.

8.- VARIABLES PERSONALES DE PREDISPOSICIÓN

- Las variables de tipo disposicional **"modulan"** las reacciones del individuo ante situaciones estresantes.

- Conexión entre las variables de personalidad y los trastornos asociados al estrés:
 1. La personalidad puede influir sobre la salud a través de mecanismos fisiológicos directos (reactividad cardiovascular) o indirectos (modulación del sistema inmune).
 2. Las características de la personalidad pueden potenciar la enfermedad al potenciar conductas no saludables (alcoholismo).
 3. Ciertos aspectos de la personalidad pueden aparecer como resultado de procesos asociados a la enfermedad (dependencia).

8.A.-ESTRÉS Y VARIABLES DISPOSICIONALES

- Algunas variables son consideradas potenciadoras de la salud: *hardinnes, optimismo, sentido del humor, motivación de sociabilidad y autoestima*. Otras como facilitadoras de la enfermedad: *reactividad al estrés, conducta tipo A, hostilidad, cinismo, antagonismo, alexitimia, personalidad tipo C, estilo represor y motivación de logro*.

• ALEXITIMIA:

Característica personal que consiste en una *discapacidad para describir verbalmente la experiencia emocional*.

Esta relacionada con el desarrollo de enfermedades físicas (trastornos respiratorios) y con la presencia de quejas somáticas.

No es unidimensional. **4 DIMENSIONES:**

1. *Dificultad para identificar emociones.*
2. *Dificultad para comunicar emociones.*
3. *Reducción de ensueños y fantasías.*
4. *Pensamiento orientado externamente.*

La dimensión relacionada con la dificultad para identificar sentimientos, es un *factor de riesgo general psicosomático*, pues se asocia positivamente con todos los tipos no saludables de reacción al estrés.

• HARDINESS:

"Resistencia" ó "dureza" ante el estrés.

Kobasa: Tendencia de orientación optimista ante el estrés caracterizada por implicar **3 CONCEPTOS:**

1. **Compromiso** ⇒ habilidad para creer en y reconocer los propios valores, metas y prioridades, apreciar la propia capacidad y lo que uno hace, y la tendencia a implicarse uno mismo en las diferentes situaciones vitales con un sentido general de propósito. Las personas "comprometidas" poseen un sistema de creencias que minimiza la percepción de amenaza ante los diferentes sucesos vitales.

2. **Desafío** ⇒ La tendencia a valorar las situaciones estresantes como un desafío es más saludable que la tendencia a hacerlo como una amenaza.
3. **Control** ⇒ La sensación personal de control, facilita la adaptación ante las situaciones estresantes y la salud.

Conexión entre "hardiness" y otros factores positivos o protectores como el optimismo, la autoestima y la autoeficacia.

- Los mecanismos y niveles de acción de las variables disposicionales pueden ser diversos:
 1. Las **personas neuróticas** tienden a valorar las situaciones estresantes de forma más amenazante y a emitir mayor grado de respuestas fisiológicas y emocionales.
 2. Bajo estrés, las **personas con elevada hostilidad** tienden a experimentar ira y elevada reactividad cardiovascular.
 3. Los **individuos con estilo represor**, presentan inhibición de la competencia inmunológica asociada al estrés.
 4. El **neuroticismo** relaciona positivamente con el uso de estrategias de afrontamiento focalizadas en la emoción, y negativamente con estrategias focalizadas en la situación.
 5. **El optimismo, la autoestima, el locus de control interno y el hardiness**, se asocian positivamente al uso de estrategias focalizadas en el problema, y mayor número de acciones para aliviar sus síntomas cuando se sienten enfermos.

Solapamiento entre los conceptos de afrontamiento y los factores de predisposición.

- Las variables de personalidad también pueden actuar a otros niveles, como los relacionados con los sucesos vitales y con el estrés diario. Los sucesos que se han categorizado como "dependientes" del sujeto, pueden depender de características personales.
Watson y Pennebaker: El autoinforme de **estrés diario** correlaciona positivamente con la predisposición hacia la afectividad negativa.
Las variables de personalidad pueden modular el apoyo social (real o percibido).
 Ciertas cualidades personales parecen caracterizar a los individuos que disponen de superior apoyo social.
 Las **características personales**, no solo pueden asociarse a un **potencial de recursos sociales disminuido**, sino que puede implicar un **peor aprovechamiento de los recursos disponibles**, y un mayor riesgo de pérdida de éstos.
 La **relación entre apoyo social y personalidad es recíproca**: El apoyo social potencia la autoestima.

8.B. - TIPOS DE REACCIÓN AL ESTRÉS

MODELO DE EYSENCK Y GROSSARTH-MATICEK:

TIPO I: Predisposición al cáncer:

- Elevado grado de dependencia conformista, e inhibición para establecer intimidad o proximidad con las personas queridas.
- Ante situaciones estresantes, suelen reaccionar con sentimientos de desesperanza, indefensión y tendencias a idealizar los objetos emocionales y a reprimir las reacciones emocionales abiertas.
- Predomina la hipoestimulación.

TIPO II: Predisposición a la cardiopatía coronaria:

- Reaccionan al estrés mediante excitación general, ira, agresividad e irritación crónicas.
- Predomina la hiperexcitación.

TIPO III: Histérico:

- Alternan la expresión de características de los tipos I y II ⇒ Protector tanto del cáncer como de la C. Isquémica.
- Predomina la ambivalencia.

TIPO IV: Tipo saludable protector de la salud:

- Marcado grado de autonomía en su comportamiento.
- Afrontan el estrés de manera apropiada y realista, mediante estrategias de aproximación o evitación del objeto querido (permiten su autonomía).
- Predomina la autonomía personal.

TIPO V: Racional-antiemocional:

- Suelen reprimir o negar las manifestaciones afectivas, encontrando dificultad para expresar las emociones.
- Predisposición a la depresión y al cáncer.
- Predomina lo racional frente a los emocional.

TIPO VI: Antisocial:

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

- Estudios longitudinales sugieren una estrecha conexión en el sentido que predice la teoría entre los tipos señalados y la ocurrencia de muerte diferencial por cáncer o CC/ictus. Aunque el estrés psicosocial y las características personales pueden independientemente relacionarse con la enfermedad, esta relación es mayor cuando se dan conjuntamente ambos fenómenos. Los tipos psicosociales pueden actuar como factores causales de cáncer y las enfermedades vasculares, también alertan sobre los múltiples factores que pueden estar implicados en el desarrollo de tales enfermedades.
- Basándose en que éstos tipos son modificables por el aprendizaje, los autores han desarrollado un nuevo método de terapia de conducta denominado: "**terapia de conducta de innovación creativa**" (TCIC) ó "**entrenamiento en autonomía**".

Objetivo del tratamiento: Estimular que la persona busque resultados positivos a largo plazo de los diferentes tipos de conducta y autoevaluación. Enseña que la conducta que lleva a resultados positivos a corto plazo, pero negativos a largo plazo, debe ser evitada.

La eficacia de la TCIC ha sido probada en la prevención del cáncer y de la cardiopatía coronaria, así como por su efecto positivo mediante el incremento de su esperanza de vida.

9.- ESTRÉS, ESTADO DE SALUD Y CONDUCTAS RELACIONADAS CON LA SALUD

9.A.-ESTRÉS Y ESTADO DE SALUD

- Existen datos que apuntan a una posible conexión psicobiológica que explicaría diferencialmente ciertos trastornos:

La percepción de no control sobre las situaciones estresantes, el afrontamiento pasivo-emocional, las respuestas de indefensión-desesperanza y la escasa expresión emocional, y las características asociadas al tipo I, se relacionan con patrones fisiológicos (aumento de corticoides), que reducen la competencia inmunológica ⇒ vulnerabilidad al cáncer, enfermedades infecciosas.

El mantener cierto grado de control, el afrontamiento activo y confrontativo, las respuestas de fuerte expresión emocional, y las características asociadas al tipo II, se asocian a incrementos crónicos de la actividad catecolaminérgica y de responsividad cardiovascular ⇒ deterioro de la estructura y funciones vasculares.

- **Frankenhaeuser:** Demostró una **relación diferencial entre el tipo de afrontamiento/emoción y las respuestas hormonales.**

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

Distress: elementos de incertidumbre, insatisfacción, actitudes pasivas y sentimiento de indefensión.

Esfuerzo: Elementos de interés, actitudes activas de afrontamiento y mantenimiento de cierto control sobre la situación.

3 posibles combinaciones:

1. **Esfuerzo y distress:** Elevación conjunta de cortisol y de adrenalina. Estado típico del *estrés diario*.
 2. **Esfuerzo sin distress:** Elevación de secreción de catecolaminas y posible descenso de cortisol.
 3. **Distress sin esfuerzo:** Elevación de cortisol. Las catecolaminas pueden estar también incrementadas pero menos que con el esfuerzo. Perfil típico de los *estados depresivos*.
- El estrés se relaciona también con trastornos más típicamente psicológicos: la esquizofrenia obedece a una interacción entre los factores de vulnerabilidad /predisposición) y factores externos (estresantes).

9.B. - ESTRÉS Y CONDUCTAS RELACIONADAS CON LA SALUD

- El estrés puede influir sobre la salud de manera indirecta, elicitando conductas no saludables.
Incrementando el consumo de tabaco y alcohol, o conduciendo de manera arriesgada (éstas conductas podrían conceptuarse como modos de afrontamiento del estrés).
- El apoyo social reduce la frecuencia de CRS no saludables. Aunque, puede potenciar CRS nocivas (adolescentes estimulados a consumir drogas).
- Las variables disposicionales se vinculan a prácticas de CRS nocivas: Conducta tipo A: consumo elevado de alcohol y tabaco.
Neuroticismo: Correlaciona negativamente con práctica de ejercicio.
- **Modelo de creencias de salud de Rosenstok** para la predicción de conductas de salud específicas. La implicación de creencias personales de salud.