

Estrés y enfermedad



Agustín Moreno Sánchez
Psicólogo.
Ginecología y Unidad de Reproducción Humana.
Clínica Tambre. Madrid.

INTRODUCCIÓN

Hoy día y gracias a los avances médicos, los patrones de enfermedad son diferentes a los habituales en las postrimerías del siglo XIX o principios del XX. «En pocas palabras: padecemos enfermedades distintas y tenemos más probabilidades de morir de forma diferente que la mayoría de nuestros antepasados (o que la mayoría de los seres humanos actuales que habitan en zonas menos privilegiadas del planeta) [...], vivimos lo suficientemente bien y el suficiente tiempo como para irnos deteriorando lentamente.»¹

Muchas de las enfermedades actuales se caracterizan por la provocación de «un daño lento y acumulativo: enfermedades del corazón, cáncer, trastornos cerebrovasculares, etc.». Este cambio en los patrones de enfermedad ha ido acompañado de cambios conceptuales en «el modo de percibir el proceso de enfermedad en sí». Hoy empezamos a ser capaces de conocer el «complejo entrelazamiento entre la biología y las emociones, las infinitas formas en que la personalidad, los sentimientos y el pensamiento se reflejan e influyen en los hechos del organismo». Un buen ejemplo de esto es la cada vez más abundante investigación sobre las relaciones directas o indirectas que parecen existir entre estrés y enfermedad.

EL CONCEPTO DE ESTRÉS

El término estrés fue utilizado por primera vez en 1956 por el endocrinólogo Hans Selye, tomándolo de la física, quien aplicó la palabra estrés —síndrome de estrés— para caracterizar la respuesta corporal inespecífica que se producía en el organismo ante cualquier demanda externa que supusiera una amenaza para su equilibrio.

De forma general, la respuesta de estrés es una reacción inmediata e intensa, que implica la movilización general de los recursos del organismo y que se produce ante situaciones que suponen importantes demandas para el individuo. Una amenaza real o imaginada, una pérdida importante, como la de un ser querido, o un reto pueden ser ejemplos de este tipo de situaciones desencadenantes. Esta reacción general incluye respuestas fisiológicas (el corazón se acelera, hay hiperventilación, se tensan los músculos, etc.), cognitivas (incremento de la atención, mayor rigidez de pensamiento, etc.) y motoras (conductas de lucha o huida, fundamentalmente), encaminadas todas ellas a facilitar un mejor procesamiento de la situación y una respuesta efectiva a la hora de afrontarla o manejarla.

Sin duda, este tipo de respuesta supone una ventaja adaptativa para que el organismo actúe ante cualquier amenaza o reto que se presente en el entorno, por lo que no es perjudicial

en sí misma. No obstante, en muchas ocasiones la respuesta de estrés puede tornarse perjudicial para el organismo, sobre todo cuando aparece de forma muy frecuente, intensa o duradera y puede contribuir a hacernos enfermar.

MODELOS EXPLICATIVOS DEL ESTRÉS

Diferentes modelos han tratado de dar cuenta de las relaciones existentes entre estrés y enfermedad. No obstante, hoy por hoy, carecemos todavía de «una teoría específica, detallada y bien organizada, que sea capaz de articular los múltiples hallazgos que de manera inconexa se han ido efectuando sobre este tema»². Repasemos brevemente a continuación las tres aproximaciones teóricas más relevantes de las que disponemos hoy día.

La perspectiva de Selye.

Modelos basados en la respuesta

Desde los años treinta del pasado siglo y a raíz de sus experimentos sobre la comunicación hormonal del cuerpo humano, Hans Selye empezó a destacar la posible relación de las respuestas fisiológicas de estrés y las enfermedades. Selye conceptualiza el estrés como una respuesta no específica del organismo que puede ser provocada por cualquier estresor medioambiental que atente contra la homeostasis o equilibrio del organismo (síndrome de adaptación general)³. Según esta teoría, este intento generalizado del organismo por defenderse de los agentes negativos actúa en tres etapas: *reacción de alarma*, que provoca la movilización de las defensas del organismo para combatir el estresor mediante la acción del sistema nervioso simpático, activando los sistemas corporales de modo que maximicen su fuerza y preparándolos para una respuesta de lucha o huida. *Fase de resistencia*, en ella el organismo se adapta al estresor. La duración de esta fase dependerá de la duración de este estresor y de la capacidad adaptativa del organismo. Si éste puede adaptarse, la etapa de resistencia perdurará durante un tiempo prolongado. El espec-

to externo de la persona en esta fase parece normal, pero fisiológicamente el funcionamiento del cuerpo no lo es. La continuación del estrés producirá cambios fisiológicos y hormonales. Selye creía que estas demandas terminaban cobrándose un precio, emparentando esta etapa con el inicio de las denominadas *enfermedades de adaptación*, aquellas anomalías que se relacionan con un estrés continuo y persistente (enfermedades como las úlceras pépticas, las colitis ulcerosas, la hipertensión y la enfermedad cardiovascular, el hipertiroidismo y el asma, o cambios en el sistema inmunológico que favorecen la aparición de infecciones). Por último, en la *fase de agotamiento*, la capacidad de resistencia del organismo se agota, produciéndose un derrumbamiento físico que el autor de la teoría relacionaba con la depresión y en ocasiones con la muerte.

«Los modelos basados en la respuesta, como el de Selye, adolecen de numerosos problemas, no caracterizan el estresor, “operativizándose meramente con definiciones circulares”. Además, tan sólo se consideran respuestas orgánicas, básicamente fisiológicas, obviándose otros componentes de la respuesta» (v. Crespo², p. 53).

Modelos basados en el estímulo

Estos modelos tienen una influencia menor en la investigación del estrés, aunque han sido muy utilizados en psicopatología. En este tipo de modelos, el estrés se identifica con aquellos estímulos ambientales que pueden llegar a perturbar el funcionamiento del organismo. «El estrés es una variable independiente que actúa sobre el organismo y que se identifica con carga o demanda» (v. Crespo², p. 53).

Este tipo de modelos suelen establecer una relación directa entre el estresor y la enfermedad. Véase, por ejemplo, la propuesta de Meyer, en su historia vital (*life chart*), en la que, mediante una ficha personal de cada paciente, se describían sus situaciones vitales ordenadas de forma cronológica, con el objeto de llegar a conocer el contexto social en el que apareció la enfermedad.

Siguiendo esta línea de investigación, se han producido varios intentos para tratar de delimitar las situaciones que constituyen estrés, lo que ha dado lugar a diversas clasificaciones. Véase por ejemplo el «Inventario de experiencias recientes», de Holmes y Rahe (1967)⁴, donde se establece un listado de 43 sucesos vitales, ordenados según el grado de reajuste requerido por el organismo a la hora de recuperar su homeostasis tras la aparición del suceso estresante, y entre los que se encuentran, por ejemplo, en primer lugar, la muerte del esposo o la esposa. Estos agentes estresantes no provocan la enfermedad de manera inevitable, sino que parecen aumentar el riesgo de contraer enfermedades o, si ya se tienen, de que las defensas del organismo se vean superadas por ellas.

La principal crítica que puede hacerse a este tipo de modelos basados únicamente en el estímulo es que la situación no es tan simple como dan a entender, «ya que si la mera exposición al estresor fuera la causante de la reacción y de los problemas del sujeto, todos aquellos que sufren los mismos estresores (ya sea un accidente de tráfico, la muerte de un ser querido o un despido del trabajo) reaccionarían del mismo modo y la evidencia nos indica que no es así» (v. Crespo², p. 55).

Modelos procesuales.

La perspectiva de Lazarus

Al contrario que los anteriores modelos donde el organismo es presentado como un ente pasivo, los modelos procesuales explican el origen del estrés a través de las relaciones particulares establecidas en la *interacción* de la persona con su entorno. «El estrés deja de ser un concepto simple y estático para pasar a implicar un complejo conjunto de variables e interacciones» (v. Crespo², p. 55).

El mejor exponente de este tipo de modelos se encuentra en la teoría transaccional de Lazarus y Folkman (1986)⁵. Según la perspectiva de esta teoría, es la interpretación que el sujeto hace de los acontecimientos la verdadera fuente del grado de estrés sufrido y no el acontecimiento en sí mismo. Para Lazarus y Folkman, el proceso básico que

media entre el acontecimiento y la reacción estresante o no es la valoración cognitiva que el sujeto hace de la situación, que adopta dos formas básicas: *evaluación primaria*, que determina en primera instancia el significado del acontecimiento para el sujeto. «¿Tengo problemas o puedo verme beneficiado, en el presente o en el futuro? Y si es así, ¿de qué modo?» En una evaluación posterior, *evaluación secundaria*, el sujeto valora los propios recursos para enfrentar la situación (incluyendo las propias habilidades de afrontamiento, el apoyo social disponible, los recursos materiales, etc.). En este caso, la persona se pregunta: «¿Qué puedo hacer, si es que puedo hacer algo?».

La respuesta de estrés sólo aparece si el sujeto valora la situación como potencialmente negativa y se siente incapaz de hacerle frente con sus recursos. «En consecuencia, dentro del modelo transaccional, el proceso de estrés no puede entenderse sin referencia al proceso de afrontamiento, definido como aquellos procesos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas que son evaluadas como excesivas o desbordantes de los recursos del individuo» (v. Crespo², p. 56).

Quizá desde la perspectiva de este artículo la crítica que se puede hacer a este modelo es la falta de explicación de los mecanismos por los que el estrés puede afectar negativamente a la salud del individuo.

CONCLUSIONES

Como decíamos antes, hoy por hoy, el estrés carece de una teoría específica, detallada y bien articulada, que sea capaz de conjugar los múltiples hallazgos que de manera inconexa se han ido efectuando sobre este tema. Dada esta situación, se comprende la dificultad de disponer, por el momento, de un modelo potente y contrastado que ponga en relación estrés y enfermedad.

No obstante, de lo que sí disponemos es de un importante bagaje de investigaciones de todo tipo que relacionan estrés y enfermedad, hasta tal punto que tanto las clasificaciones de enfermedades

Tabla 1. Identificación y localización de los problemas asociados al estrés en el DSM-IV-TR y la CIE-10

	DSM-IV-TR	CIE-10
Trastornos físicos relacionados con el estrés	Factores psicológicos que afectan a la condición médica (316)	Factores psicológicos y del comportamiento en trastornos o enfermedades clasificados en otro lugar (F54)
Influencia del estrés en los trastornos psicopatológicos	Problemas psicosociales y ambientales (eje IV)	Factores que influyen en el estado de salud y el contacto con los servicios de salud (capítulo XXI, códigos Z)
Trastornos producidos por mala adaptación a situaciones estresantes	<i>Trastornos de ansiedad</i> • Trastorno de estrés agudo (308,3) • Postraumático (309,81) Adaptativos (309,0... 309,28)	<i>Reacciones a estrés grave</i> • Trastorno de estrés agudo (F43,0) • Postraumático (F43,1) Adaptativos (F43...)

Entre paréntesis se incluyen los códigos diagnósticos.

mentales de la Asociación Psiquiátrica Americana, DSM-IV y DSM-IV-TR⁶, como de la Organización Mundial de la Salud, CIE-10⁷ (tabla 1), recogen categorías diagnósticas en las que se relacionan trastornos físicos y estrés, como el asma, la úlcera gástrica, la colitis mucosa o ulcerosa, etc.

Por lo que sabemos, y para concluir, el estrés puede afectar a la salud de las personas de diversas formas:

- Influyendo en el curso de una enfermedad, bien sea en su desarrollo, agravamiento o interferencia en la recuperación (p. ej., disminuyendo la capacidad defensiva del sistema inmunológico).
- Interfiriendo en el tratamiento (p. ej., mediante la puesta en marcha de mecanismos de afrontamiento inadecuados que impiden una buena relación con el personal médico).
- Constituyendo un factor de riesgo adicional para la salud (como, por ejemplo, el patrón de con-

ducta tipo A en su relación con los problemas cardiovasculares).

- Aumentando la frecuencia de conductas nocivas para la salud: fumar, beber alcohol en exceso, etc.
- Generando respuestas fisiológicas que pueden relacionarse con el problema (p. ej., contracturas tensionales).

BIBLIOGRAFÍA

1. Sapolky RM. ¿Por qué las cebras no tienen úlcera? La guía del estrés. Madrid: Alianza Editorial; 1995.
2. Crespo M, Labrador FJ. Estrés. Madrid: Síntesis; 2003.
3. Selye H. The stress of life. New York: McGraw-Hill; 1956.
4. Holmes TH, Rahe RH. The social readjustment rating scale. J Psychosom Res. 1967;2:213-8.
5. Lazarus R, Folkman S. Estrés y procesos cognitivos. Barcelona: Martínez Roca; 1986.
6. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 4.ª ed. (Text Revision). Washington DC: American Psychiatric Association; 2000.
7. Organización Mundial de la Salud: CIE-10. Trastornos mentales y del comportamiento. Descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico. Madrid: Meditor; 1992.