

# GUÍA DE INTERVENCIÓN DEL ESTRÉS

*Fernando Lino Vázquez González*  
*Vanessa Blanco Seoane*  
*Patricia Otero Otero*

*Guías profesionales*



Contenidos digitales  
[www.sintesis.com](http://www.sintesis.com)

  
EDITORIAL  
SINTESIS

# **GUÍA DE INTERVENCIÓN DEL ESTRÉS**

*Colección*  
GUÍAS PROFESIONALES



**Q**ueda 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](http://www.cedro.org)) vela por el respeto de los citados derechos.

# GUÍA DE INTERVENCIÓN DEL ESTRÉS

Fernando Lino Vázquez González  
Vanessa Blanco Seoane  
Patricia Otero Otero



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

© Fernando Lino Vázquez González  
Vanessa Blanco Seoane  
Patricia Otero Otero

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

ISBN: 978-84-1357-204-8  
Depósito Legal: M-14.713-2022

Impreso en España. Printed in Spain

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 cualquier otro, sin la autorización previa por escrito de Editorial Síntesis, S. A.

# Índice

<i>Prólogo</i> .....	11
<b>1. <i>Introducción</i></b> .....	13
1.1. Una visión general del estrés .....	14
1.1.1. ¿Qué es el estrés? .....	17
1.1.2. Síntomas de estrés .....	20
1.1.3. Tipos de estrés .....	20
1.1.4. Epidemiología del estrés .....	23
1.2. Psicofisiología del estrés .....	27
1.2.1. El sistema nervioso periférico .....	28
1.2.2. El sistema neuroendocrino .....	30
1.2.3. Fisiología de la respuesta de estrés .....	32
1.3. Estrés y problemas de salud física .....	34
1.4. Estrés y problemas de salud mental .....	38
1.4.1. Trastornos relacionados con traumas y factores de estrés .....	38
1.4.2. Otros trastornos mentales .....	38
Resumen .....	41
Caso clínico .....	44
Preguntas de autoevaluación .....	45
<b>2. <i>Etiología</i></b> .....	47
2.1. Teorías del estrés .....	48
2.1.1. Teorías basadas en el estrés como estímulo.....	48

2.1.2. Teorías basadas en el estrés como respuesta ....	50
2.1.3. Teorías basadas en el estrés como interacción o transaccionales .....	54
2.2. Fuentes de estrés .....	60
2.2.1. Sucesos cataclísmicos .....	61
2.2.2. Macroestresores .....	62
2.2.3. Microestresores .....	63
2.3. Factores protectores ante el estrés .....	66
2.3.1. Hábitos saludables .....	66
2.3.2. Control percibido .....	68
2.3.3. Variables disposicionales .....	71
2.3.4. Estilo de afrontamiento .....	74
2.3.5. Apoyo social .....	76
Resumen .....	78
Exposición de un caso clínico .....	80
Preguntas de autoevaluación .....	81

<b>3. Evaluación</b> .....	83
3.1. Objetivos de la evaluación del estrés .....	85
3.2. Evaluación global del problema de estrés .....	87
3.2.1. Entrevista clínica .....	87
3.2.2. Autoobservación .....	90
3.3. Evaluación de los sucesos estresantes .....	91
3.3.1. Evaluación de los macroestresores .....	91
3.3.2. Evaluación de los microestresores .....	96
3.4. Evaluación de la respuesta de estrés .....	98
3.4.1. Reacciones conductuales .....	98
3.4.2. Reacciones cognitivas .....	101
3.4.3. Reacciones emocionales .....	106
3.4.4. Reacciones fisiológicas .....	111
3.5. Evaluación de los factores protectores ante el estrés	112
3.5.1. Evaluación de los hábitos saludables .....	113
3.5.2. Evaluación del control percibido .....	117
3.5.3. Evaluación de las variables disposicionales .....	120
3.5.4. Evaluación del estilo de afrontamiento .....	125
3.5.5. Evaluación del apoyo social .....	128

3.6. Evaluación del estado de salud y detección de otros problemas mentales .....	130
3.6.1. Cuestionario de salud general .....	130
3.6.2. Cuestionario de salud SF-36 .....	132
3.6.3. MINI entrevista neuropsiquiátrica internacional .....	134
3.7. Protocolo de evaluación .....	136
Resumen .....	138
Exposición de un caso clínico .....	140
Preguntas de autoevaluación .....	142
<b>4. Tratamiento I: Guía para el terapeuta .....</b>	<b>145</b>
4.1. Una visión general de técnicas e intervenciones para el estrés .....	145
4.1.1. Relajación muscular progresiva .....	145
4.1.2. Entrenamiento en control de la respiración ..	147
4.1.3. Entrenamiento autógeno .....	148
4.1.4. Terapia cognitivo-conductual .....	149
4.1.5. Terapia de aceptación y compromiso .....	152
4.1.6. Mindfulness .....	153
4.1.7. Ejercicio físico .....	154
4.1.8. Otros .....	155
4.2. Características del programa de intervención propuesto .....	156
4.2.1. Sesiones, duración y formato .....	157
4.2.2. Contenidos generales .....	157
4.2.3. Procedimientos generales .....	163
4.3. El programa de intervención sesión por sesión .....	165
4.3.1. Sesión 1: reconocer el estrés .....	165
4.3.2. Sesión 2: profundizar en la desactivación .....	171
4.3.3. Sesión 3: recuperar la energía .....	173
4.3.4. Sesión 4: desarrollar la atención plena .....	181
4.3.5. Sesión 5: tipos de fuentes de estrés. Observación del diálogo interno generador de estrés .....	184

4.3.6. Sesión 6: modificar el diálogo interno generador de estrés .....	188
4.3.7. Sesión 7: aprender a tomar distancia de los pensamientos destructivos .....	193
4.3.8. Sesión 8: afrontar activamente los problemas de la vida .....	198
4.3.9. Sesión 9: potenciar relaciones saludables .....	204
4.3.10. Sesión 10: promover el ejercicio físico .....	212
4.3.11. Sesión 11: organizarse mejor .....	215
4.3.12. Sesión 12: repaso de todo lo visto .....	219
4.4. Técnicas adicionales .....	221
4.4.1. Versión reducida de la relajación muscular progresiva profunda .....	221
4.4.2. Entrenamiento autógeno .....	224
4.4.3. Desensibilización sistemática .....	225
4.4.4. Exposición emocional, situacional e interoceptiva .....	226
4.4.5. Control de estímulos .....	228
4.4.6. Detención del pensamiento .....	229
4.4.7. El ejercicio de las “hojas en un arroyo” .....	230
4.4.8. Tiempo de preocupación .....	231
4.4.9. Entrenamiento en autoinstrucciones .....	231
4.4.10. Estrategias para afrontar conflictos interpersonales .....	232
4.4.11. Nutrición equilibrada .....	233
4.5. Sugerencias para el terapeuta .....	235
4.5.1. Establece una buena relación con el paciente .....	236
4.5.2. Sé tú mismo .....	237
4.5.3. Practica la escucha activa .....	237
4.5.4. Sé empático .....	237
4.5.5. Transmite calidez .....	238
4.5.6. Sé sincero y honesto .....	238
4.5.7. Mantente objetivo .....	238
4.5.8. Administra los tiempos de la terapia .....	238
4.5.9. Refuerza los logros alcanzados .....	239
4.5.10. Maneja con calma y destreza las situaciones complicadas .....	239

Resumen .....	252
Exposición de un caso clínico .....	253
Preguntas de autoevaluación .....	256
<b>5. Tratamiento II: Guía para el paciente .....</b>	<b>259</b>
5.1. ¿Qué es el estrés? .....	259
5.2. Tipos de estrés .....	262
5.3. ¿Cuánto estrés sufrimos? .....	264
5.4. ¿Cómo afecta el estrés física y psicológicamente? .....	265
5.5. ¿Cuáles son las fuentes de estrés? .....	270
5.6. ¿Qué factores pueden protegernos ante el estrés? .....	271
5.7. ¿Cómo se puede identificar el estrés? .....	273
5.8. ¿Cómo se puede manejar el estrés? .....	275
5.8.1. Tómate la vida con calma .....	275
5.8.2. Recupera tu energía .....	277
5.8.3. Centra tu atención en el aquí y el ahora .....	279
5.8.4. Analiza tus fuentes de estrés .....	280
5.8.5. Cambia tu diálogo interno generador de estrés .....	281
5.8.6. Afronta activamente los problemas de tu vida .....	284
5.8.7. Construye relaciones sociales de apoyo .....	285
5.8.8. Haz ejercicio físico .....	286
5.8.9. Organiza tu tiempo .....	288
5.8.10. Prioriza tu bienestar .....	289
<b>Solucionario .....</b>	<b>291</b>
<b>Bibliografía .....</b>	<b>293</b>

## *Contenidos digitales*



### *Anexos web: materiales para las sesiones*

Anexo 1: *Mis síntomas de estrés*

Anexo 2: *Contrato terapéutico*

- Anexo 3: *Mi autorregistro de relajación*
- Anexo 4: *Actividades restauradoras*
- Anexo 5: *Diario de sueño*
- Anexo 6: *Mi autorregistro de meditación*
- Anexo 7: *Tipos de fuentes de estrés*
- Anexo 8: *Mi autorregistro de diálogo interno*
- Anexo 9: *Análisis de mis pensamientos “calientes”*
- Anexo 10: *Análisis coste-beneficio de los “debería”*
- Anexo 11: *Problemas*
- Anexo 12: *Mi ficha de solución de problemas*
- Anexo 13: *Contrato terapéutico*
- Anexo 14: *Mi autorregistro de estilo comunicativo asertivo*
- Anexo 15: *Autorregistro de ejercicio físico*
- Anexo 16: *Plan diario de tareas*

# 2

## Etiología

El gran interés despertado por el estudio del estrés desde distintas áreas investigadoras durante el siglo pasado ha tenido como consecuencia el desarrollo de diversas teorías, que hacen hincapié en diferentes componentes del estrés. Como consecuencia de ello, son numerosos los planteamientos teóricos realizados desde campos de estudio como la biología, la medicina o la psicología, pero también desde disciplinas más alejadas del ámbito clínico, como la antropología o la sociología, redundando en un desarrollo del campo desigual y poco sistemático, en el que han proliferado orientaciones inespecíficas y escasamente articuladas. Entre todas las aproximaciones al estrés, las más relevantes para el ámbito de trabajo de la salud mental son las teorías transaccionales, particularmente la conceptualización de Lazarus y Folkman, cuyo énfasis en los procesos de evaluación y afrontamiento ante los antecedentes estresantes ambientales proporciona la oportunidad de modificar el estrés que los sujetos experimentan a través de la intervención psicológica.

En este capítulo se abordan las principales teorías del estrés en función de su foco en los acontecimientos ambientales que lo generan, la respuesta del organismo o la interacción entre ambos; las fuentes de estrés que han capturado la atención de los investigadores, que incluyen eventos ambientales de distinta magnitud (desde acontecimientos catastróficos a molestias reiteradas de carácter cotidiano); y una serie de variables de carácter conductual y cognitivo que actúan como potenciales mo-

duladoras de la respuesta al estrés, que incluyen los hábitos saludables, distintos componentes del control percibido, variables disposicionales de naturaleza individual, el estilo de afrontamiento y el apoyo social.

## **2.1. Teorías del estrés**

---

En el capítulo anterior se hacía referencia a la evolución conceptual del término *estrés* y a la clasificación de sus definiciones. Entre ellas destacaban tres perspectivas fundamentales: las que han considerado el estrés como estímulo, las que lo han conceptualizado como respuesta y las que lo han entendido como una interacción continua entre organismo y ambiente. A todas estas definiciones subyacen distintos modelos teóricos, que se expondrán de manera detallada en este apartado.

### *2.1.1. Teorías basadas en el estrés como estímulo*

Las perspectivas basadas en el estrés como estímulo enfatizan los estímulos del medio que afectan al funcionamiento. Estas aproximaciones consideran que el disparador del estrés, que puede incluir tanto acontecimientos específicos como condiciones ambientales, es sinónimo de estrés. Aunque los orígenes de esta conceptualización se remontan a la Antigüedad, podemos destacar, en los años treinta del siglo pasado, el trabajo del Dr. Meyer, interesado en los precursores de la enfermedad, que desarrolló un gráfico vital para recoger los acontecimientos relevantes que habían ocurrido en la trayectoria de los pacientes, que servía como parte del examen y entrevista médica (Cohen *et al.*, 1995). Las biografías que recogió empleando esta herramienta sugerían que los pacientes que habían enfermado lo habían hecho poco después de experimentar varios cambios importantes en sus vidas en un corto periodo de tiempo, y caían enfermos más a menudo que sujetos que no habían experimentado esos acontecimientos.

Trabajos posteriores derivados de este tipo de entrevista en la práctica médica comenzaron a aclarar las relaciones entre acontecimientos vitales estresantes y salud. En las décadas de los cuarenta y cincuenta

del siglo xx, el Dr. Wolff desarrolló sus trabajos pioneros en el campo de estrés vital y enfermedad (Cohen *et al.*, 1995; Lazarus y Folkman, 1986). Entre sus aportaciones, en los años cincuenta del siglo pasado investigó, junto con el neurólogo estadounidense Clarence Hare, los factores de estrés de los operadores telefónicos, documentando en esta población periodos de estrés relacionados con varias patologías físicas.

Tomando como base las ideas de estos precursores, se han hecho muchos intentos por establecer qué situaciones son constitutivas de estrés. En 1956, el psiquiatra estadounidense Thomas Holmes elaboró, sobre la base de la historia personal, el inventario de experiencias recientes, que incluye un listado de cambios vitales seleccionados de manera no sistemática de las historias personales.

Posteriormente, Holmes y Rahe (1967), a partir de sus investigaciones sobre cómo afecta a los individuos lo que les ocurre, desarrollaron una teoría en la que consideraron los cambios o acontecimientos vitales como el estresor al que los sujetos responden, y definieron el estrés como el ajuste o adaptación requerido por cambios o acontecimientos importantes, estableciendo que experimentar demasiados cambios en un lapso breve de tiempo hacía a las personas más vulnerables a la enfermedad. Para evaluar el nivel de estrés elaboraron la escala de estimación del reajuste social (Holmes y Rahe, 1967), un inventario de 43 acontecimientos ambientales (que se exponen con más detalle en el siguiente apartado), que incluyen el fallecimiento del cónyuge, un divorcio o ser despedido del trabajo, entre otras dificultades, que en el análisis de las historias de los pacientes se encontró que precedían frecuentemente al inicio de enfermedades. A cada uno de estos acontecimientos le asignaron un peso en función de la cantidad de ajuste estimado que requerían, y la suma de las puntuaciones de los eventos ocurridos en un periodo de tiempo determinado, normalmente bastante reciente, se consideraba un indicador de la cantidad de estrés.

Este modelo ha recibido críticas por considerar que todos los acontecimientos vitales requieren el mismo nivel de reajuste para todas las personas, que todo cambio (deseado o no por el sujeto) es sinónimo de estrés y que hay un umbral común de reajustes o demandas de adaptación más allá del cual ocurrirá la enfermedad, viendo a la persona como un receptor pasivo de estrés, considerado como un fenómeno agregado resul-

tante de sumar una serie de acontecimientos vitales con un determinado peso normativo compartido por todos los individuos. Sin embargo, este tipo de enfoque ha tenido una importantísima repercusión, proliferando propuestas específicas dirigidas a evaluar el estrés asociado a distintas situaciones (como guerras, desarrollar determinadas ocupaciones, o la conciliación de la vida laboral y familiar), así como trabajos de investigación cuyo objetivo era analizar cómo el número y tipo de estresores se relacionaban con la aparición y la evolución de una serie de trastornos.

En concreto, durante los años setenta del siglo pasado se realizaron muchos de estos estudios sobre la capacidad de los acontecimientos vitales para predecir la enfermedad, pero las relaciones entre estos eventos y el desarrollo de patologías fueron inferiores a lo esperado. A finales de esa década, el psicólogo estadounidense Seymour Sarason y sus colaboradores (1978) desarrollaron otro instrumento, la encuesta de experiencias vitales, que incorporaba no solo la ocurrencia de una serie de acontecimientos, sino también la estimación del sujeto del grado de impacto en su vida. Las correlaciones entre experiencias vitales y enfermedad fueron mayores que las encontradas con herramientas anteriores, pero continuaron siendo muy bajas.

Teniendo en cuenta la eficacia limitada de este paradigma para explicar la relación entre estrés y enfermedad, el psicólogo estadounidense Allen Kanner y sus colaboradores (1981) propusieron evaluar situaciones cotidianas con mayor cronicidad, desarrollando la escala de molestias diarias (que medía experiencias y demandas diarias relativamente menores valoradas por el sujeto como potencialmente amenazadoras o dañinas) y la escala de satisfacciones (que medía experiencias positivas). La tipología de estresores incluida en estos instrumentos mostró una asociación más significativa con la salud que los acontecimientos vitales, pero su capacidad explicativa todavía resultaba insuficiente.

### *2.1.2. Teorías basadas en el estrés como respuesta*

Las teorías que han entendido el estrés como respuesta, y enfatizado la reacción psicofisiológica del organismo a condiciones ambientales, tienen su referente más importante en los trabajos del Dr. Selye. Ini-

cialmente, este autor conceptualizó el estrés como un estímulo, y puso el foco en las condiciones ambientales que lo generaban; sin embargo, durante el curso de una investigación cuyo objetivo era descubrir una nueva hormona sexual, observó que si se inyectaba a ratas extractos de tejido ovárico de ganado vacuno ocurrían una serie de cambios inesperados en varios órganos corporales, consistentes en un agrandamiento y un incremento de la actividad del córtex (capa superior) de las glándulas adrenales, mientras se encogían glándulas como el timo y el bazo, así como varias estructuras del sistema linfático, y aparecían úlceras sangrantes en el estómago y el intestino. Sorprendentemente, encontró que la inyección de otras sustancias, la exposición al frío, al calor y a situaciones traumáticas producían una reacción similar. Esto le llevó a cambiar el foco de atención a la respuesta física del organismo, empleando el término *estresor* para hacer referencia al estímulo y *estrés* para aludir a la respuesta.

Basándose en estos hallazgos, en los años cuarenta el Dr. Selye desarrolló un modelo para explicar la respuesta no específica del organismo para defenderse ante situaciones estresantes de distinto tipo, acuñando la denominación de *síndrome general de adaptación* (SGA) (véase figura 2.1). Este síndrome, de carácter fisiológico, consta de tres etapas fijas secuenciadas (Brannon *et al.*, 2018; Everly y Lating, 2019):

1. *Reacción de alarma*: es la fase inmediatamente posterior a la detección del estresor. Durante esta etapa, las defensas del organismo se movilizan a través de la activación del sistema nervioso simpático y de un incremento en la actividad adrenal. Se libera adrenalina (epinefrina), se incrementan la tasa cardíaca y la presión sanguínea, se acelera la respiración, la sangre se deriva de los órganos internos a los músculos esqueléticos, se activan las glándulas sudoríparas y se reduce la actividad del sistema gastrointestinal. Este primer ciclo del SGA se corresponde con la respuesta de lucha-huida que, como ya hemos señalado, fue descrita por Cannon en la década de 1910, y con lo que Selye observó inicialmente cuando inyectó a ratas extractos ováricos bovinos. Si estos cambios permiten resolver la situación, la respuesta cesa; pero si no es así, el organismo no puede mantener esta movilización de

recursos durante mucho tiempo, y evolucionaría hacia el estadio de resistencia.

2. *Fase de resistencia*: en este estadio el organismo se adapta al estresor, manteniendo un nivel de activación menor que durante la reacción de alarma, pero que continúa siendo elevado. Su duración depende de la gravedad del estresor y de la capacidad adaptativa del organismo, de forma que se puede mantener durante periodos de tiempo largos. Aunque externamente la apariencia es de normalidad, internamente el funcionamiento no lo es, ya que la derivación de los recursos del organismo de sus funciones habituales para intentar una adaptación exitosa a la amenaza puede hacer que otras funciones físicas y psicológicas se vean desatendidas, produciéndose cambios neurológicos y hormonales continuados.
3. *Fase de agotamiento*: denominada así por Selye, es la última fase del SGA en la que puede entrar el individuo si la situación no se resuelve, dado que la capacidad del organismo para mantener la activación fisiológica de manera prolongada es finita. En este estadio la capacidad de resistencia del organismo se agota y se da una ruptura en la que pierde de manera gradual o repentina su capacidad de activación (que afectaría incluso a la activación normal). Esta etapa se caracteriza por una activación de la división parasimpática del sistema nervioso autónomo que, aunque en condiciones normales funciona para mantener el equilibrio, en esta fase de agotamiento se comporta de manera anormal, provocando que la persona esté exhausta y que el organismo se vuelva vulnerable al daño fisiológico y la enfermedad. De acuerdo con Selye, este tercer estadio frecuentemente tiene como consecuencia lo que describió como *enfermedades de adaptación*, entre las que incluyó las úlceras pépticas y la colitis ulcerosa, la hipertensión y enfermedades cardiovasculares, el hipertiroidismo y el asma bronquial. Asimismo, este autor hipotetizó que la resistencia al estrés produciría cambios en el sistema inmune, lo que incrementaría su vulnerabilidad a enfermedades infecciosas, ocasionando frecuentemente la depresión e incluso en algunos casos la muerte del individuo.

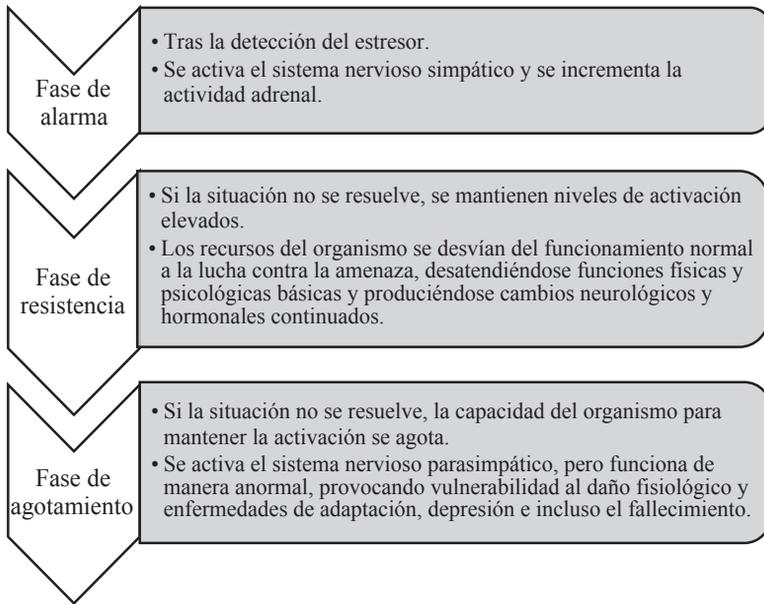


Figura 2.1. Fases del síndrome general de adaptación

Entre las características centrales de este modelo cabe destacar que el Dr. Selye consideró que esta respuesta era no específica, es decir, que independientemente del origen de la amenaza, la reacción del organismo era la misma. Sin embargo, como ya se describió en el capítulo anterior, distingue entre un estrés dañino, que llamó *distrés*, y uno positivo, que llamó *eutrés*. Aunque las respuestas fisiológicas serían similares, consideró el eutrés mucho menos dañino para la salud.

A pesar del interés de la aproximación de Selye, esta ha generado controversia, fundamentalmente por la ya mencionada caracterización de la respuesta de estrés como inespecífica (sugiriendo sus detractores que las réplicas a la amenaza varían en función del tipo de estresor) y por conceptualizarlo exclusivamente como una reacción biológica (lo cual probablemente se deriva de que su teoría parte de experimentos con animales). Además, ignora dentro de su modelo los factores situacionales y de carácter psicológico que contribuyen al estrés.

En esta línea, el fisiólogo estadounidense John Mason (1975) sugirió que el hallazgo de Selye de reacciones similares a distintos estímulos amenazantes en un contexto de laboratorio se debía a que estos evocaban emociones en los animales de estudio, y que ante amenazas que no despertasen reacciones emocionales se produciría un patrón fisiológico diferente. Sobre la base de sus investigaciones, Mason sugirió una analogía entre el estrés y las infecciones bacterianas o víricas, en el sentido de que situaban al individuo en riesgo de desarrollar la enfermedad, pero no determinaban que efectivamente esta llegase a prosperar. El que enfermasen o no dependía de la naturaleza del patógeno y de la capacidad de su organismo para resistir a la infección; similarmente, los estresores tenían la capacidad para desencadenar el SGA, pero que ocurriese finalmente o no dependía de factores de la persona expuesta a él (entre los que se incluía cómo se evaluaban y afrontaban las amenazas a nivel psicológico).

### *2.1.3. Teorías basadas en el estrés como interacción o transaccionales*

Dentro de las teorías que han considerado el estrés como una interacción entre el organismo y el ambiente, la más relevante es la aproximación de Lazarus (Lazarus, 1991; Lazarus y Folkman, 1986), cuyos elementos centrales se muestran en la figura 2.2.

De acuerdo con esta teoría, el estrés se considera el resultado de una transacción entre la persona y su ambiente. Además, ni el ambiente ni la respuesta de la persona definen el estrés, sino que el punto clave en su conceptualización es la interpretación o percepción del individuo de esa situación. De esta manera, aunque ciertos acontecimientos producen estrés en una cantidad considerable de personas, existen diferencias importantes en las reacciones individuales a los mismos. Para entenderlas es necesario tener en cuenta los procesos cognitivos que median entre el estímulo y la respuesta, así como los factores que afectan a la naturaleza de esa relación. De este modo, una situación concreta (p. ej., la cercanía de un examen de oposición) puede generar en un individuo optimismo y esperanza, y poner en marcha conductas de afrontamiento

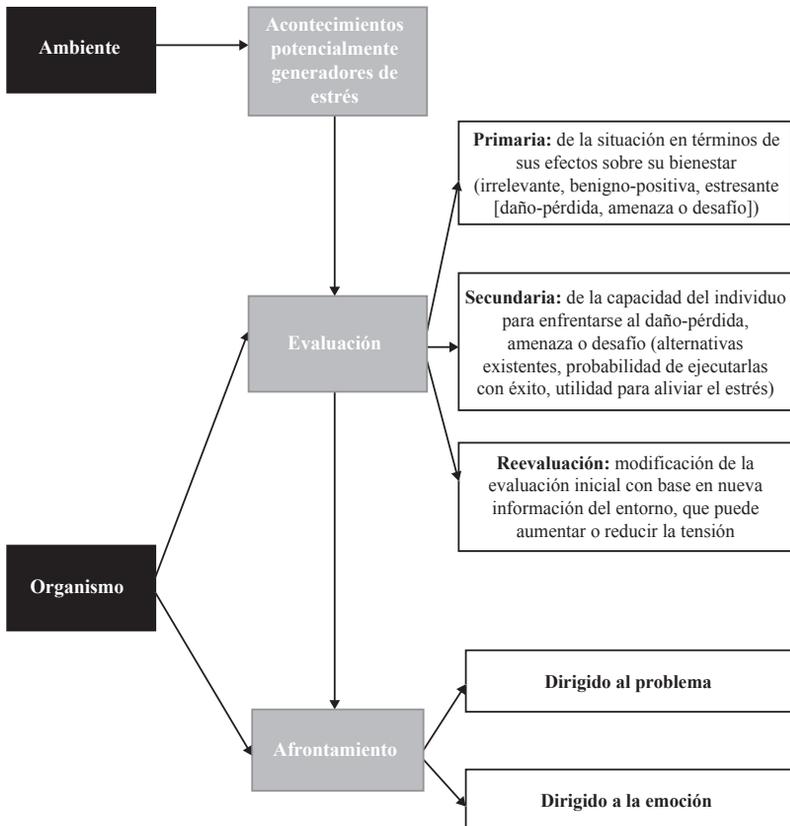


Figura 2.2. Modelo transaccional de Lazarus y Folkman (1986)

(como intensificar el tiempo de estudio o mejorar sus hábitos de salud), mientras en otro puede provocar ansiedad y temor, y desencadenar comportamientos evitativos (como ver demasiada televisión, “asaltar” la nevera o intensificar hábitos tóxicos como el consumo de alcohol o tabaco). Estas respuestas dependen de que el acontecimiento (en este caso, el examen) sea percibido como una oportunidad o desafío, o bien como una amenaza, y estará modulado por una serie de variables de carácter personal y situacional. Desde esta teoría, las personas realizan tres tipos de evaluación: la evaluación primaria, la evaluación secundaria y la reevaluación.

La *evaluación primaria* es la primera en el tiempo. Cuando un sujeto se enfrenta a una circunstancia determinada, la evalúa en términos de su efecto sobre su bienestar, como:

- a) Irrelevante: si no conlleva implicaciones para él (p. ej., que pierda el equipo local de una modalidad deportiva que no le interesa).
- b) Benigna-positiva: si considera que tendrá consecuencias favorables, es decir, que preservará su bienestar o ayudará a conseguirlo, generando emociones positivas como alegría, amor, felicidad o tranquilidad.
- c) Estresante: si cree que producirá daño/pérdida, amenaza o desafío.

En concreto, dentro de esta tercera categoría de acontecimientos evaluados como estresantes, el sujeto los considera como daño o pérdida cuando ya ha sufrido consecuencias negativas (lesiones o enfermedades, daños a la autoestima o la pérdida de un ser querido); como amenaza cuando los daños o pérdidas aún no han ocurrido, pero se prevé que van a suceder; a su vez, un daño o pérdida ya ocurridos pueden interpretarse como amenaza por las implicaciones negativas que tendrán para el futuro (las limitaciones a la actividad que generará esa lesión o enfermedad, las consecuencias emocionales que tendrá ese daño a la autoestima o las repercusiones a nivel emocional y económico del fallecimiento de un miembro de la familia en el futuro). Y, por último, como desafío cuando el sujeto considera que dispone de los recursos necesarios para superar las dificultades, generando emociones placenteras como excitación y alegría.

Tras esta primera evaluación de un acontecimiento, la persona se implica en el proceso denominado *evaluación secundaria*, que está dirigida a determinar su capacidad para controlar o enfrentarse al daño/pérdida, amenaza o desafío. En este proceso el sujeto se plantea tres cuestiones:

- a) ¿De qué opciones dispongo?
- b) ¿Cuál es la probabilidad de que pueda aplicar con éxito las estrategias necesarias para reducir este estrés?
- c) ¿Funcionará este procedimiento (es decir, aliviará mi estrés)?

Las evaluaciones primaria y secundaria interaccionan para determinar el grado de estrés y la intensidad y calidad de la reacción emocional a la situación, pudiendo ser esta interacción compleja. Así, por ejemplo, un nivel de estrés relativamente grande puede deberse a que un sujeto se sienta incapaz de enfrentarse a una determinada situación, pero también a que, aunque sienta que tiene un control considerable sobre los resultados, las consecuencias de enfrentarse a la situación son importantes para él.

El tercer tipo de proceso de evaluación en la que se implica la persona es la *reevaluación*. Esta hace referencia a la modificación de la evaluación inicial con base en nueva información procedente del entorno, que puede actuar en dos sentidos, eliminando la tensión o aumentándola.

Un elemento nuclear en la teoría de Lazarus y Folkman (1986) es el afrontamiento que, como ya se comentó previamente, es un término que se refiere a un conjunto de estrategias conductuales y cognitivas que la persona utiliza para manejar las demandas internas o externas que son percibidas como excesivas para los recursos de los que dispone. Entre las implicaciones que se derivan de esta conceptualización se encuentran que el afrontamiento es un proceso (en constante cambio en función de situaciones concretas), no un rasgo; que es diferente de la conducta adaptativa automatizada, limitándose a demandas que exceden los recursos del individuo; que, independientemente del resultado que alcance, requiere esfuerzo; y que es un intento por manejar la situación (lo que puede implicar minimizar, evitar, tolerar y aceptar las condiciones estresantes, o intentar dominar el entorno). Entre las formas de afrontamiento, estos autores distinguen dos tipos principales:

- a) El afrontamiento dirigido al problema.
- b) El afrontamiento dirigido a la emoción.

Las *estrategias de afrontamiento dirigidas al problema* tienen más probabilidad de aparecer cuando las condiciones ambientales se consideran susceptibles de cambio; se parecen a las empleadas para su resolución y suelen dirigirse a la definición del problema, la búsqueda de soluciones alternativas, su consideración con base en su coste-beneficio y la elección y aplicación de una solución. Sin embargo, engloban un

conjunto de herramientas más amplio, de índole interna (e incluirían las estrategias encargadas de los cambios motivacionales o cognitivos, como la variación del nivel de aspiraciones, el desarrollo de nuevas pautas de conducta o el aprendizaje de recursos y procedimientos novedosos).

Con respecto a las *estrategias de afrontamiento dirigidas a la emoción*, tienen más probabilidad de ponerse en marcha cuando se ha determinado que no se puede hacer nada para modificar las circunstancias dañinas, amenazantes o desafiantes del entorno. Una buena parte de ellas son procesos cognitivos encargados de disminuir el grado de trastorno emocional, que incluyen la evitación, la minimización, el distanciamiento, la atención selectiva, las comparaciones positivas y la extracción de valores positivos de acontecimientos negativos. Algunas formas cognitivas de afrontamiento dirigido a la emoción cambian la forma de vivir la situación, sin modificarla objetivamente, equivaliendo a la reevaluación (“he decidido que hay cosas más importantes de las que preocuparse”). Pero no siempre es así; por ejemplo, cuando se emplean estrategias conductuales, como iniciar una actividad para olvidarse de un problema, o buscar apoyo emocional. En el proceso y resultado final del afrontamiento pueden intervenir muchas variables interfiriéndolo o potenciándolo. Tanto los factores internos (estilos habituales de afrontamiento y algunas variables de personalidad) como los externos (recursos materiales, apoyo social y la actuación de otros factores estresantes simultáneos) pueden modular, de forma favorable o desfavorable, el impacto de una situación estresante.

Cabe aquí también señalar brevemente el modelo explicativo desarrollado en nuestro país por los profesores de Psicología de la Universidad Complutense de Madrid Francisco J. Labrador y María Crespo (Crespo y Labrador, 2003), que recoge en parte la concepción transaccional de Lazarus y Folkman, al considerar el estrés como una interacción dinámica entre el sujeto y el medio. En él se integran, en primer lugar, la evaluación cognitiva de los estímulos, en la que se especifican los niveles de procesamiento central controlado propuestos por Lazarus y Folkman: evaluación primaria, evaluación secundaria y organización de la acción, entendida esta como la elección de la respuesta que mejor se ajusta a las demandas percibidas. Además, se considera un nivel previo de evaluación automática inicial, que hace referencia a una reacción cog-