

STRESS Y TERAPIA CONTRA EL STRESS: UN PROYECTO INTERNACIONAL (STRESA) ⁽¹⁾

J. C. BRENGELMANN*

Instituto-Max-Planck de Psiquiatría

1. PLANTEAMIENTO DE LAS METAS

Este es el primer informe acerca de un proyecto internacional referente al diagnóstico y terapia contra el *stress* y la ansiedad, que se realiza en estos momentos en estrecha colaboración con centros de investigación españoles.

En los últimos diez años se ha estudiado y discutido, cada vez con mayor énfasis, desde un enfoque experimental la peligrosidad del *stress* y de la ansiedad. El *stress* a menudo tiene consecuencias somáticas directas, pero también se encuentra en la base de muchos síntomas de ansiedad. Por su parte, la ansiedad se transforma en una carga para el sujeto. En muchas alteraciones somáticas y comportamentales se detectan los efectos del *stress*. Sin embargo, la medida del *stress* y de miedos especiales aún es muy defectuosa, habiéndose trabajado poco en este sentido en la investigación europea. El problema principal reside en el hecho que las reacciones de *stress*, por ejemplo, las de "tipo A", son multidimensionales, y que los múltiples aspectos diferenciables no se han operacionalizado

* Johannes C. Brengelmann: Max-Planck-Institut für Psychiatrie. Kraepelinstrasse 10. München. Alemania Federal.

aún. Tampoco se sabe qué aspecto concreto del *stress* puede hacerse responsable de qué problema psicológico o somático concreto. Lo mismo se puede decir de miedos específicos, por ejemplo, los referidos al terreno social y laboral. El segundo problema importante es la definición precisa del "tipo A" de *stress* en Estados Unidos, que a menudo, se ha encasillado como un problema específico del riesgo coronario. Con toda probabilidad, tal limitación no corresponde a la realidad. Más bien se puede presuponer que este tipo de *stress* se relaciona con diferentes tipos de problemas.

Por estas razones, nos proponemos lograr dos objetivos: *en primer lugar*, la medición aislada de los problemas diferenciales de la ansiedad y el *stress* y la determinación de su estructura interna; *en segundo lugar*, la comprobación de la especificidad de las relaciones entre *stress* y problemas vitales de distinto tipo. Dicho de forma más precisa: deseamos hacer mensurables, a través de un proceso escalonado, los desencadenantes, las reacciones y las estrategias de dominio sobre el *stress*, determinando, además, sus correlatos con respecto a las circunstancias cotidianas de la vida, problemas comportamentales, enfermedad y personalidad. Los factores de *stress* resultantes servirán, posteriormente, para la elaboración de terapias específicas y para la medida de los efectos terapéuticos. Se toman en consideración el importante papel que juega la ansiedad e intentaremos determinar los efectos comunes y específicos de ansiedad y *stress*, tanto en el diagnóstico, como en la terapia. Salta a la vista que éste es un proyecto a largo plazo.

2. EL ESTUDIO TRANSCULTURAL DE LA ANSIEDAD Y EL STRESS (PROYECTO STRESA)

El proyecto de investigación acerca de la ansiedad y el *stress*, (abreviado STRESA) se ha diseñado y se está realizando en base a una colaboración internacional. Primeramente, se revisan y aplican en los distintos países los instrumentos diagnósticos, es decir, los cuestionarios y escalas de calificación. Se trata de analizar los distintos factores de tal manera, que se puedan elaborar escalas con los mismos items en los diferentes idiomas. Los instrumentos, tipificados de esta manera, permitirán una comparación directa entre distintos países o áreas idiomáticas. Luego se trabajará de la misma forma para la elaboración de las terapias contra la ansiedad y el *stress*. Las terapias se especificarán detalladamente y por escrito, se traducirán y entrenarán a terapeutas, de modo que

se pueda comenzar una comparación transcultural de terapias. Hasta este momento, la ausencia de procedimientos tipificados en diferentes idiomas limitó innecesariamente, cuando no imposibilitó del todo, la comparación directa en el análisis y la modificación de la conducta.

Esta investigación cooperativa tendrá dos efectos suplementarios: una considerable estimulación de la investigación, por la participación de los colegas, y una reducción de los costos. En los países participantes, las condiciones varían extremadamente, sobre todo con respecto a la experiencia de los participantes, pero la tipificación de los instrumentos y el entrenamiento para su utilización vencerá también esta barrera. Cuanto más sea la coordinación entre los diferentes centros, tanto mayor volumen de descubrimientos conjuntos se harán, tanto mayor será la información relevante que se obtenga de los datos y tanto más fácil será la utilización de lo obtenido para futuros planes de investigación conjunta. El proyecto STRESA se planificó por etapas, de manera que los resultados obtenidos en una etapa puedan tomarse en consideración para la siguiente. Algunos de los trabajos preliminares ya están terminados y hoy informaré acerca de los principales resultados alcanzados.

3. ESTRATEGIA GENERAL UTILIZADA PARA LA ELABORACION DE LAS ESCALAS DE STRESS

3.1. *El diagnóstico de stressores referidos al sujeto*

En nuestra vida cotidiana, la sobrecarga y las reacciones a ella (*stressores* y *stress*), son componentes connaturales e ineludibles. Surgen en grupos de personas o en individuos asilados. Existen también causas externas de *stress* en el seno de la sociedad, las cuales pueden estudiarse tras la elaboración de escalas de *stress*. Sin embargo, nos ocuparemos primordialmente de los aspectos internos o personales de la sobrecarga.

Deseamos conocer los desencadenantes individuales de *stress*, así como reaccionan las personas ante él, es decir, las estrategias positivas y negativas que utilizan para dominar las situaciones de *stress*. En base a esta información, se intentará, con ayuda de la modificación de la conducta, debilitar las estrategias negativas y reforzar las positivas, de modo que el individuo aprenda luego a dominar la situación por sí mismo.

Las condiciones inmediatas de vida y el mundo imaginativo del afectado se han investigado como desencadenantes. Este diagnóstico puede moverse en cinco direcciones diferentes, pero a menudo quedan entrelazadas en la realidad:

- (a) *Desencadenantes del stress*: Las conductas de la pareja, miembros de la familia, conocidos y colegas, así como las condiciones de trabajo, representan *stressores* que afectan en forma diferencial a los individuos. También caen dentro de este apartado las condiciones socioeconómicas y las circunstancias personales, por ejemplo problemas y enfermedades.
- (b) *Reacciones comportamentales ante el stress*: la persona afectada muestra enfado, conductas de evitación, insomnio, pérdida de energía, excitabilidad exagerada, estimulación, apatía, etc.
- (c) *Reacciones somáticas paralelas*: En estos casos se pueden observar sensaciones cardíacas, alteraciones estomacales, tensión muscular, jaqueca, sensaciones de calor y reacciones similares.
- (d) *Estrategias equivocadas para el dominio del stress* (conductas de riesgo): Dentro de esta categoría se encuentran conductas tales como fumar, comer demasiado, falta de movimiento, exceso de consumo alcohólico y consumo de diversas drogas, como también la conducta ineficaz en la solución de problemas y en la integración social.
- (e) *Estrategias positivas para el dominio del stress*: Dentro de esta categoría se incluye cualquier comportamiento que elimine o disminuya tanto la causa de la sobrecarga, como las reacciones negativas ineficaces.

3.2. Selección de las variables de stress

El primer paso en la operacionalización de las variables de *stress* han sido la elección de los conceptos relevantes. Esto se ha realizado, *en primer lugar*, a través de la revisión de los conceptos que aparecen en la bibliografía acerca del tema, y que se han considerado relevantes en base a la observación clínica o empírica. *En segundo lugar*, se han utilizado los conceptos empíricos, decantados de experimentos propios, para la operacionalización de nuevos conceptos de *stress*. Así, se recogen y elaboran aquellos conceptos que en el transcurso de nuestros experimentos hayan muestra-

do correlaciones significativas con criterios de *stress* y éxito terapéutico. Se trata, pues, de un procedimiento escalonado, en el cual las representaciones conceptuales respecto a *stress* se amplían constantemente y se someten simultáneamente a validación cruzada. En tercer lugar, se pregunta a pacientes, en una entrevista intensiva, acerca de sus reacciones y desencadenantes de *stress*. De esta manera, se logró reunir una lista casi completa de conceptos referidos a *stress*.

4. ESTUDIOS REALIZADOS PARA LA ELABORACION DE LAS ESCALAS DE STRESS

4.1. Validación de los conceptos de *stress*

La validación interna se realizó con el análisis factorial y análisis de ítems. Se aplicaron los cuestionarios en repetidas ocasiones a diferentes grupos experimentales, hasta lograr factores con altas saturaciones en los ítems, en general por encima de .54, y con una buena consistencia interna y poder discriminativo con el fin de obtener resultados transculturalmente estables.

La validación externa exigía el desarrollo de criterios adecuados, de los cuales carecemos en gran parte por el momento. Con vistas a nuestra participación aquí, nos limitaremos a las siguientes clases de criterios, construidos en trabajos preliminares:

- (a) *Autoevaluación global de ansiedad y sobrecarga* en seis niveles detalladamente definidos;
- (b) *Cuestionarios* sobre reacciones al *stress*, así como sobre control y optimismo respecto a aspectos importantes de la vida. Todos los ítems tienen cuatro posibilidades de respuesta, dirigiéndose las preguntas hacia los siguientes temas:
 - *Stress global* (20 ítems), que une los componentes de presión temporal, sobreexigencia, impaciencia, tensión y sentimientos de estar bajo presión. De esta forma, representa un acercamiento al problema desde diferentes ángulos.
 - *Autoexigencia exagerada* (10 ítems): Este es un factor específico, pero estrechamente relacionado con *stress* global.

- *Control interno y externo* (10 ítems cada uno): En este factor se detecta en qué medida el sujeto rige su propia vida o se deja guiar por fuerzas externas a él.
- *Optimismo y pesimismo* (10 ítems cada uno): En este factor se examina la actitud (o evaluación) frente a la vida pasada y futura;

(c) *Éxito en la vida*. A través de 12 preguntas respecto a las siguientes áreas: Limitación de la vida privada y del rendimiento; satisfacción con respecto a familia, a profesión, a pareja, a amigos y tiempo libre; felicidad y tristeza y, finalmente, tres aspectos más bien sociales: capacidad para llevar una conversación personal, capacidad de vivenciar alegría y de dar alegría a los demás;

(d) *Alteraciones psicósomáticas*: dividido en (17) categorías clínicamente relevantes (cuadro número 1). Estas categorías se aplicaron en clínicas para trastornos psicósomáticos. Los sujetos fueron pacientes de ambos sexos que sufrían desde hacía años trastornos adscritos a medicina interna, así como de frecuentes alteraciones psicósomáticas, siendo atendidos durante cuatro o cinco semanas en una clínica de recuperación. No debían guardar cama y participaron voluntariamente en el estudio.

4.2. *Objetivos de este trabajo*

En el *experimento I* participaron 170 pacientes que contestaron a 218 ítems. Con análisis factorial se aislaron cuatro factores referentes a tensión (tensión muscular, incapacidad de adaptación, reacción ante presiones y capacidad positiva de relajación); cuatro factores de enfado (control, negación, ausencia y demostración de enfado), así como dos factores de amor a la Naturaleza (ausencia de preocupaciones y placer en actividades al aire libre). Un nuevo análisis de estos diez factores de primer orden arrojó tres factores de segundo orden: enfado, tensión y amor a la Naturaleza. El experimento lo realizó Maija Makkonen.

Estos factores explican el 75,5% de la varianza total y poseen una alta fiabilidad, calculada con corrección Spearman-Brown (.89, .86 y .81).

La media de las intercorrelaciones entre los diez factores primarios es tan solo de .297. Sin embargo, es alta entre los tres factores secundarios (alrededor de .65). El estudio de estas correlaciones permite llegar a interesantes conclusiones.

Los cuatro factores de enfado tienen entre sí una correlación alrededor de 0.62 (rango entre 0.45 y 0.78), pero se comportan de manera significativamente distinta. Sólo *rechazo* y *ausencia de enfado* muestran una correlación consistentemente positiva con *relajación Positiva*, así como una correlación consistentemente negativa con cualquiera de los factores de Tensión (0.26, como promedio). *Evitación* y *negación del enfado* parecen ser, por lo tanto, más sanos que *concienciación*, o sea, *control* o *demonstración de enfado*. Este resultado, con toda seguridad, no cabe dentro del marco de ciertas psicoterapias tradicionales.

La capacidad de *relajación Positiva* no correlaciona apenas con las dos variables de *amor a la naturaleza* (0.01), mientras que todas las variables negativas de tensión correlacionan significativamente, y en forma positiva con ellas (entre 0.19 y 0.34). Tam poco *ausencia de enfado* correlaciona significativamente con *amor a la naturaleza* (entre 0.08 y 0.09), mientras que *control* y *demonstración de enfado* sí correlacionan en forma altamente significativa (entre 0.19 y 0.28). De esta manera, se pueden reconocer puntos comunes entre la rabia expresada abiertamente, la incapacidad de relajarse y la necesidad de amar a la naturaleza.

En el *Experimento II* (KANDOLF, en preparación), participaron 164 pacientes, que respondieron a 279 preguntas relacionadas con problemas psicológicos y su dominio. Se obtuvieron 26 factores de primer orden que en general presentaron bajas correlaciones entre sí (0.217 como media). En este momento, sólo podemos tomar en consideración tres de los siete factores de segundo orden: *alteraciones del dormir*, *miedo a envejecer y a la muerte* y un *síndrome general psicósomático*. Explican un 38.3% de la varianza total y sus fiabilidades, calculadas con corrección Spearman-Brown, son de 0.88, 0.85 y 0.74.

La baja intercorrelación entre los factores de primer orden y el gran número de factores de segundo orden nos indica que, en el caso de reacciones psicósomáticas del tipo estudiado, debemos contar con correlatos muy específicos. En este caso también valdría la pena una comparación entre determinadas variables primarias, para detectar relaciones interesantes.

En el *Experimento III* se examinaron 320 ítems referidos al dominio positivo y negativo de *stress* en 251 pacientes (CASPER, 1980; KETTLER, 1980). Se obtuvieron 12 factores, cuyo promedio de correlación fue de 0.242. Se obtuvieron tres factores de segundo orden: *asertividad*, *tendencia a ceder* e *impotencia*. Explican el 62,2% de la varianza total y muestran fiabilidades de 0.83, 0.78

y 0.42. Un aspecto interesante de este análisis es la baja correlación obtenida entre factores que parecerían estar íntimamente relacionados. Por lo tanto, el dominio o la incapacidad de dominio de *stress* parece ser un tema altamente específico, que precisa de medidas de intervención igualmente específicas.

Resumamos de nuevo las tres conclusiones más generales que se pueden sacar de los tres experimentos. *En primer lugar*, los tres estudios aislaron 48 factores de primer orden y 13 factores de segundo orden, sin que se forzara la extracción de los factores. Esto representa un cuadro parcial muy diferenciado del conjunto total, seguramente mucho más complejo, de las dimensiones de *stress*. Por otra parte, sólo a través de una validación externa a largo plazo se podrán determinar las dimensiones relevantes para las tareas diagnósticas y terapéuticas.

En segundo lugar, el experimentador no se debe dar por satisfecho con un análisis mecanicista de los coeficientes de correlación, sino que debe buscar, en lo posible, relaciones funcionales, especialmente en el caso de las familias formadas por factores de *stress*. Por ejemplo, *enfado* y *tensión* forman cada uno una familia de cuatro variables. El análisis factorial los convierte en una su p_{er}variable, o en un factor de segundo orden con una puntuación total, con la cual se pueden estudiar más fácilmente las relaciones más gruesas, pero con ello, desaparecen al mismo tiempo las diferencias entre los factores de primer orden. Sin embargo, si se inspeccionan las familias de variables en sus interrelaciones, se obtienen interesantes puntos de vista, con los cuales se pueden desmantelar viejas teorías y construir otras nuevas.

En tercer lugar, la diferenciación en la estructura de las dimensiones de *stress* y las relaciones entre las variables de *stress* nos indican que las terapias adecuadas deben ser mucho más específicas de lo que vienen siendo hasta ahora. Las relaciones entre las familias de variables de *stress* nos señalan además qué terapias se deberían utilizar y cuáles deberían evitarse. Este punto se aclarará definitivamente con la planificación e investigación experimental en terapia, utilizando el análisis de dependencias necesario para tales fines (por ejemplo, un análisis de varianza). Sin embargo, nosotros hemos demostrado que basta el análisis de relaciones (por ejemplo, análisis factorial), para empezar a sacar conclusiones con trastables sobre las terapias.

4.3. Validación externa de las dimensiones de *stress*

En los cuadros 1 a 3 se encuentran representadas las correla

ciones entre las dimensiones de *stress* y las cuatro clases de criterios.

La matriz global presentada en el cuadro 1 es altamente significativa. Esto seguramente se debe en gran parte al hecho de que todas las variables son autodescripciones. Sin embargo, el cuadro también está bastante diferenciado, como cabría esperar por las bajas correlaciones entre las variables. Los criterios de *stress* presentados en el lado izquierdo muestran correlaciones significativas con las dimensiones clínicas de *stress*: *tensión*, *alteraciones del dormir* y *miedo a envejecer y a la muerte*, mientras que sus correlaciones con el *síndrome Psicosomático* son bajas. Las correlaciones del factor *enfado* no son ni unívocas ni consistentes, ni tampoco cumplen del todo con lo esperable. Un análisis por separado de las cuatro variables que forman el factor de segundo orden *enfado* sería seguramente más productivo, pero no puede hacerse por el momento.

Los factores de *dominio de stress*, *asertividad*, *tendencia a ceder* e *impotencia*, a los cuales se podría agregar *amor a la naturaleza* correlacionan también significativamente, salvo *impotencia*. Llama la atención que tanto *asertividad* como *tendencia a ceder*, vayan aunadas con *stress*. Habrá que investigar si modos opuestos de dominio de situación son indicadores de reacciones similares al *stress*.

Desde el punto de vista de los criterios, tanto *ansiedad* como *sobrecarga* muestran correlatos similares, aunque no idénticos. Estos deberían estudiarse más detalladamente con criterios mejorados, en un futuro. Los cuestionarios de *stress* evidencian una relación especialmente estrecha con la mayor parte de las escalas, reflejando ante todo una *sobrecarga*. *Control externo* y *optimismo* expresan la capacidad de soportar los problemas, mientras que *control externo* y *pesimismo* correlacionan fuertemente con alteraciones psicológicas. Esto confirma las conclusiones obtenidas de la revisión bibliográfica.

Como se puede ver en el cuadro 2, los criterios de la vida cotidiana se ven dominados en forma consistentemente negativa tanto por *tensión*, como por el *síndrome psicosomático*. Las correlaciones de los factores *alteraciones del dormir* y *miedo a envejecer y a la muerte* van en la misma dirección, aunque son muy débiles. Las escalas de *dominio de stress*, *amor a la naturaleza* y *asertividad*, correlacionan con aspectos positivos de la forma de vivir, mientras que *tendencia a ceder* e *impotencia* tienen una influencia negativa. Examinando los criterios, estas relaciones se reparten en todos los

CUADRO 1.- CORRELACIONES ENTRE LAS DIMENSIONES Y LOS CRITERIOS DE STRESS (NI = 170, NII = 164, NIII = 251)

Criterios	DIMENSIONES DE STRESS			
	EXP. I Enfado	EXP. II Tensión	EXP. III A. por N. Alt. dor. M. a V. y M. S. Psic.	EXP. III Asertiv. T. a ceder
Ansiedad	-01	33***	-05	36***
Sobrecarga	-17*	48***	-01	-00
Stress general	-02	53***	30***	17*
Autoexigencia	-01	45***	30***	27***
Control interno	32***	-14*	29***	27***
Control externo	19**	37***	08	27***
Optimismo	26***	-37***	24***	20***
Pesimismo	02	44***	-11	20***

Autoevaluación Global

	-05	25***	42***	-03	-13*	36***	<u>10</u>
			<u>12</u>	19**	-05	20***	-00

Cuestionarios

	30***	32***	22**	09	27***	27***	17*
	30***	27***	24***	02	27***	27***	<u>10</u>
	29***	-20**	-06	-04			
	08	20**	30***	15*			
	24***	-24***	-17*	-26**			
	-11	23***	23***	30***			

NOTA.- Nivel de significación: _ = 10%, * = 5 por 100, ** = 1 por 100, *** = 0,1 por 100. No se dan las correlaciones en el Exp. III, puesto que no se utilizaron los criterios de control interno, control externo, optimismo y pesimismo en este estudio. A. por N. = amor por la naturaleza; Alt. dor. = alteraciones del dormir; M. a V. y M. = miedo a la vejez y muerte; S. Psic. = síndrome psicósomático; A. sertiv. = asertividad; T. a ceder = tendencia a ceder e Impotenc. = impotencia.

CUADRO 2.- CORRELACIONES ENTRE LAS DIMENSIONES DE STRESS Y EXITO EN LA VIDA (NI = 170, NII = 164, NIII = 251).

Preguntas- criterios	DIMENSIONES DE STRESS								
	<u>EXP. I</u>	<u>EXP. II</u>	<u>EXP. III</u>	A. por N. Alt. dor. M. a V. y M. S. Psic. Asertiv. T. a ceder Impotenc.					
	Enfado	Tensión	A. por N. Alt. dor. M. a V. y M. S. Psic. Asertiv. T. a ceder Impotenc.						
Limitación de la vida privada	-07	36***	00	24	08	32***	-09	13*	<u>10</u>
<i>Autoevaluación global</i>									
Limitación del entendimiento	-02	22***	02	35***	08	35***	-02	04	03
S - Profesión	-03	-34***	01	-03	04	-21**	20***	-15*	-20***
S - Familia	-01	-19**	23***	03	01	-03	17**	-06	-17**
S - Pareja	-02	-18*	20**	04	-05	-14*	<u>12</u>	-16*	-10
S - Amigos	08	-27***	21**	06	-09	-12	-10	08	-26***
S - Tiempo libre	10	-38***	14*	-18*	-01	-11	<u>12</u>	-14*	-12*
Felicidad	-23***	-45***	14*	-05	-14*	-24***	21	-07	-21***
Tristeza	-15*	42***	02	18**	10	41***	-21***	23***	08
Conversaciones personales	00	-19**	20**	-03	-18**	00	<u>12</u>	01	-20***
Capacidad de vivir con alegría	05	-29***	29***	-15*	02	-13	20***	04	-05
Capacidad de dar alegría	09	-32***	20**	-13*	-14*	-23***	24***	-04	-18**

NOTA.- Nivel de significación: = 10%, * = 5 por 100, ** = 1 por 100, *** = 0,1 por 100. A. por N. = amor por la naturaleza; Alt. dor = alteraciones del dormir; M. a V. y M. = miedo a la vejez y muerte; S. Psic. = síndrome psicósomático; Asertiv. = asertividad; T. a ceder = tendencia a ceder e Impotenc. = impotencia.

aspectos de la vida, pero afectan más los sentimientos de felicidad, tristeza y alegría.

También el cuadro número 3 presenta correlaciones significativas entre las dimensiones de *stress*, *tensión*, *alteraciones del dormir* y *síndrome psicósomático*, y los trastornos psicósomáticos que sufren los pacientes. El *miedo a envejecer y a la muerte* no parece jugar aquí un papel relevante, lo mismo se puede afirmar con respecto a las escalas de *dominio de stress* y a *enfado*. Esto se puede interpretar diciendo que los pacientes han aprendido, en el curso de los años, a asociar los múltiples trastornos como *tensión*, *insomnio*, *causancio*, *dolores de cabeza*, etc., con el diagnóstico del médico, pero no con su forma de actuar en la vida cotidiana. Puesto que el médico solamente da un diagnóstico somático, que habitualmente va acompañado de determinadas sensaciones de enfermedad, esta asociación es comprensible. Pero, en general, el médico no nos dice que las causas de los trastornos funcionales se encuentran justamente en el terreno psicosocial (por ejemplo, en una falta de asertividad o en una actitud de excesiva conformidad o impotencia). Sólo cuando se somete a los pacientes (por ejemplo) a un programa de entrenamiento asertivo, remitiendo tras éste las quejas funcionales, les queda clara la relación entre dominio de *stress* y enfermedad.

En resumen, podemos decir que hemos limitado la discusión a los aspectos más importantes. Diferentes criterios tienen correlatos muy significativos con las nuevas dimensiones de *stress* que presentamos, en concreto, con las reacciones frente al *stress* y con sus formas de dominio. Surgieron algunas desviaciones de esta norma general, que se pueden comprender analizando su sentido o que exigen, para su esclarecimiento, unos análisis más específicos.

5. ANALISIS DIAGNOSTICOS PREVIOS PARA UN EXPERIMENTO EN TERAPIA

5.1. Interacción entre diagnóstico y terapia

Centraremos ahora nuestra atención en el aspecto terapéutico y, en primer lugar, en las relaciones entre diagnóstico y terapia. Recordemos que nuestra investigación tenía dos metas principales, en estrecha relación funcional:

CUADRO 3.- CORRELACIONES ENTRE DIMENSIONES DE STRESS Y ALTERACIONES PSICOSOMATICAS (NI = 170, NII = 164, NIII = 251).

Alteraciones Psicosomáticas	EXP. I			EXP. II			EXP. III		
	Enfado	Tensión	A. por N.	Alt. dor. M. a V. y M.	S. Psic. Asertiv. T. a ceder	Impotenc.			
Molestias en el corazón	04	32***	09	46***	06	-02	06	04	-11
Alteraciones circulatorias	03	24***	12	32***	10	37***	00	-03	-01
Hipertensión arterial	15*	22***	13	08	07	-04	-02	-05	01
Hipertensión arterial	-04	02	-04	05	07	09	-04	14*	-05
Recuperación tras una operación	-01	-06	06	10	-13	15*	03	10	07
Estado de agotamiento	-00	39***	07	19**	13	32***	-18**	11	01
Sobrecarga nerviosa	-27***	44***	12	30***	09	20**	-06	13*	07
Estado de ansiedad	-22***	44***	12	33***	24***	21***	-13*	21***	07
Molestias estomacales e intestinales	-12	31***	07	07	02	16*	-03	-01	-03
Enfermedades de hígado y biliares	02	22***	05	10	01	27***	06	-07	-02
Dolores de espalda	-06	20***	13	19**	-04	26***	-04	07	-04
Molestias reumáticas en articulac.	01	16*	18**	19**	-01	17*	-04	05	-00
Asma, bronquitis	06	04	03	10	15*	18*	08	-04	05
Sobrepeso	13	10	27***	10	-08	-00	-04	14*	-10
Diabetes	11	-08	01	18*	-01	09	02	-04	-08
Enfermedad de riñón o vejiga	-07	09	-05	13	06	09	-02	16**	18**
Alt. del dormir	-14*	30***	04	55***	15*	24***	-10	03	08

NOTA.- Nivel de significación: _ = 10%, * = 5 por 100, ** = 1 por 100, *** = 0,1 por 100. A. por N. = amor por la naturaleza; Alt. dor. = alteraciones del dormir; M. a v. y M. = miedo a la vejez y muerte; S. Psic. = síndrome psicossomático; Asertiv. = asertividad; T. a ceder = tendencia a ceder e Impotenc. = impotencia.

- la medición de reacciones de *stress* con cuestionarios, para mejorar el diagnóstico de *stress*, y
- la elaboración de terapias para la modificación de las reacciones negativas al *stress* a partir de un diagnóstico de *stress* perfeccionado.

Como es sabido, existen ya múltiples estrategias para el autocontrol del *stress*, como por ejemplo, inmunización contra el *stress*, autoinstrucción, aprendizaje de control de los enfados, en entrenamiento en solución de problemas, entrenamiento para el manejo de reacciones afectivas, detención del pensamiento, terapia racional-emotiva (reestructuración emocional) y entrenamiento en *biofeedback* (retroalimentación biológica). Pese a ser parcialmente diferentes, también se relacionan con estas estrategias las terapias en caminadas a reducir la ansiedad. En muchos casos se utiliza el entrenamiento en habilidades sociales para controlar reacciones o desencadenantes de *stress* y ansiedad. La estrategia que nosotros pretendemos utilizar se diferencia de las demás porque primero se diagnostican experimentalmente los problemas de los pacientes, para luego adaptar la terapia en la forma más precisa posible al individuo. Así se establece una relación funcional entre diagnóstico y terapia, con las siguientes características:

- (a) Los resultados del diagnóstico del *stress* determinan la forma de la terapia. Cuando se sabe con exactitud cuán correcta o incorrectamente reacciona una persona sometida a sobrecarga, se pueden formular reglas de conducta precisas para el dominio del problema.
- (b) El diagnóstico del *stress* sirve para lograr una comparabilidad entre grupos o personas en la línea-base, antes de empezar el tratamiento.
- (c) Las escalas de *stress* sirven para medir la eficacia del tratamiento, permitiendo comparaciones con la línea-base. Sustituyendo los criterios tradicionales y poco útiles de eficacia, tales como "curado", "mejorado" o "no mejorado".
- (d) Al repetir las aplicaciones de las escalas, el proceso de cambio puede medirse en forma más cercana, por ejemplo, apelando a un análisis de series temporales. Los análisis procesuales nos permiten una observación interesante de los cambios en los componentes terapéuticos y de sus relaciones causales.

5.2. El estudio diagnóstico previo

Deseo presentar ahora un ejemplo de una investigación realizada en este sentido, en la cual las escalas de problemas se prepararon especialmente para el experimento terapéutico. En primer lugar, se interrogó individualmente a 32 pacientes, calificados por el médico y el psicólogo de una clínica como especialmente ansiosos y alterados por sus problemas y por su estado general. La entrevista duró una hora y media por paciente. La información obtenida se transformó en ítems, de los cuales se seleccionaron aquéllos que se duplicaban. Quedaron 645 ítems, los cuales se aplicaron a alrededor de mil pacientes. El análisis factorial arrojó 17 factores, con lo cual se redujo el número de ítems a 305. Una nueva aplicación a 225 pacientes extrajo 12 factores, que concordaban con el primer análisis y cuya fiabilidad era alta. Los nombres de los factores se encuentran en el cuadro número 4, además de sus correlaciones con unas escalas de personalidad que aislan Ansiedad, Neuroticismo y Extraversión (SAALFELD, 1980).

Algunos factores correlacionan muy alto entre sí. Por ejemplo, la correlación entre *subestimación de sí mismo* y *depresividad* fue de 0.65. Sin embargo, la correlación media es baja, por debajo de 0.3, lo que permite que surjan resultados diferenciados. El cuadro número 4 muestra que ansiedad y neuroticismo están estrechamente relacionados y que correlacionan muy significativamente con los factores de ansiedad y *stress*, pero, a la vez, presentan correlaciones diferenciales con respecto a las escalas criterioles. También *extraversión* muestra correlaciones sustanciales y diferenciadas. Esta diferenciación hace necesaria y posible una especificación terapéutica de acuerdo con las características de cada paciente.

Los factores referidos a diversos aspectos de *depresividad* y *ansiedad* (*miedo social*, *subestimación* y *dificultades de comunicación*, *alteraciones del dormir* y *físicas*, *depresividad* y *temor a envejecer*), aparecen estrechamente unidos, así como los llamados factores "positivos" (*ternura*, *relajación personal*, *disfrute de las relaciones sociales*, *asertividad*). A menudo, los factores que describen problemas muestran correlaciones negativas significativas con los factores "positivos". El factor *sobrecarga de trabajo* parece representar una dimensión relativamente independiente. La matriz de intercorrelaciones permite reconocer tres áreas principales: primero, factores que miden aspectos de *depresividad* y *ansiedad*; segundo, aquéllos que contienen elementos de *felicidad*, *sentirse bien* y *disfrute* y tercero, un área de *sobrecarga*, mejor dicho, de *autoexigencia exagerada*. En todo caso, se trata primordialmente de factores de *stress* social.

CUADRO 4.- DOCE ESCALAS CRITERIALES, SOMETIDAS A VALIDACION CRUZADA, QUE MIDEN ASPECTOS POSITIVOS Y NEGATIVOS EN PACIENTES PSICOSOMATICOS

Escalas criteriosales	Ansiedad (SPIELBERGER)	Neuroticismo (BRENDELMAANN)	Extraversión (BRENDELMAANN)
Miedos sociales	.57***	.48***	-.48***
Alteraciones del dormir y físicas	.64***	.53***	-.27***
Subestimación y dificultad de comunicación	.31***	.47***	-.52***
Relajación personal	-.22***	-.12*	.12*
Ternura	-.36***	-.22***	.21**
Miedo a envejecer	.22***	.44***	-.26***
Asertividad	-.22***	-.22***	-.27***
Sobrecarga de trabajo	.29***	.26***	-.00
Depresividad	.65***	.47***	-.36***
Disfrute de relaciones sociales	-.23***	-.30***	.42***
Religiosidad	.07	.22***	-.16**
Miedo por la pareja	.43***	.36***	-.22***
Ansiedad	-	.72***	-.40***

NOTA.- Nivel de significación: * = 5 por 100; ** = 1 por 100; *** = 0,1 por 100.

Los sujetos experimentales fueron pacientes psicossomáticos si milares a los descritos en la primera parte de este trabajo.

6. EL EXPERIMENTO EN TERAPIA

Se compararon cuatro terapias, que describiré a continuación: KR = tratamiento hospitalario de rutina, AT = tratamiento hospitalario de rutina y entrenamiento autógeno; y, además, dos grupos de terapia de conducta: AST = terapia asintomática y ABT = estrategia de dominio de ansiedad.

El programa terapéutico para AST y ABT estuvo compuesto de nueve estadios y se realizó en sesiones de grupo de hora y media, tres veces por semana. Se rotaron los terapeutas entre los grupos, para evitar efectos del terapeuta.

6.1. AST = *terapia asintomática, no dirigida hacia el problema*

Gabi NIEBEL (1980) estructuró la terapia asintomática, que constituyó un programa de amplio espectro que reúne varias estrategias terapéuticas para la eliminación de la ansiedad y la depresión.

El entrenamiento comportamental no se dirige a la alteración concreta, sino que se centra, en todos los ejercicios e instrucciones, en un enfoque positivo. De acuerdo con tal enfoque, los componentes terapéuticos individuales no son medios "contra" las alteraciones del dormir, la ansiedad y la depresión, sino que se dirigen al logro del bienestar del sujeto.

Los componentes terapéuticos son:

- (1) Aprendizaje de principios de actuación comportamental, en los cuales se presta especial atención al refuerzo positivo y a la significación de la conducta individual para el logro del bienestar.
- (2) Entrenamiento en relajación muscular progresiva, como mé-todo para el logro de bienestar físico.
- (3) Entrenamiento en pensamientos e imaginaciones positivas, para el logro de bienestar físico y el refuerzo de expectativas positivas respecto a las consecuencias de la propia conducta.

- (4) Entrenamiento en habilidades sociales basadas en aspectos positivos. Aquí se incluyen: comunicación verbal y no-verbal, expresión de emociones, refuerzo diferencial por terceras personas, aceptación de refuerzos, establecimiento de contactos sociales y entrenamiento en dirigir conversaciones, capacidad para reconocer los propios derechos y asertividad y capacidad para discriminar entre conductas asertivas de auto-seguridad y pasivas.
- (5) Entrenamiento en autorefuero y en afirmaciones positivas, estrategias de autorefuero.
- (6) Autoobservación y detección de conductas positivas y sus consecuencias.
- (7) Detección, planificación y realización de metas y actividades positivas.
- (8) Estrategias de autocontrol y de logro de metas.

Como componentes complementarios de la terapia se planificaron: el refuerzo de la interacción en grupo a través del logro conjunto de metas positivas. Aceptación de un contrato terapéutico en el cual los participantes se comprometían a seguir las instrucciones y a colaborar activamente en la terapia. Otro componente complementario fue el establecimiento de objetivos individualizados en el curso de todas las fases terapéuticas, así como en el trabajo con un manual dirigido a los clientes. Se consideraron como parte esencial del proceso de aprendizaje los ejercicios fuera de las horas de sesión.

6.2. ABT = *estrategia sintomática de dominio de ansiedad, centrada en el problema*

La terapia asintomática (AST) se comparó con los factores de la terapia para dominio de ansiedad desarrollada por Peter SONDERER (1980). Se asienta sobre el "entrenamiento de inmunización contra el *stress*" de Meichenbaum. Por lo demás, sus componentes formales fueron similares a los de AST.

Otro componente complementario fue el establecimiento de objetivos individualizados.

El principal objetivo perseguido fue el aprendizaje de estrategias para el dominio de situaciones, reacciones de ansiedad y *stress*. Se consideraron como necesarias varias etapas para alcanzar

este objetivo:

- (1) Autoobservación y discriminación, tanto de las situaciones desencadenantes de ansiedad como de las reacciones en cubiertas y visibles frente a tales situaciones.
- (2) Aprendizaje y utilización de habilidades de dominio de si tuaciones (relajación, autoinstrucción y modos de conducta observables), ante la percepción de conductas ansiosas y ante el reconocimiento de situaciones ansiógenas.
- (3) Determinación de metas propias y creación paulatina de la capacidad de dominio de sí mismo y de la ansiedad.

El supuesto teórico que apoyaba este programa era la idea de que se puede reducir la ansiedad si se logran utilizar reacciones antagónicas a la ansiedad ante el reconocimiento precoz de las reacciones ansiosas de uno mismo. El acento estuvo situado, en este caso, en relajación, detención de pensamiento y autoinstrucción.

Los componentes del entrenamiento de dominio de la ansiedad fueron:

- Instrucción acerca de los principios que rigen la conducta, poniendo un énfasis especial en el papel que juegan las autoinstrucciones y autocomentarios destructivos;
- Autoobservación de conductas ansiosas, a nivel motor, cognitivo y fisiológico;
- Relajación muscular progresiva, como habilidad para el dominio de la ansiedad;
- Relajación contingente a estímulos de ansiedad;
- Detención de pensamiento unida a la aplicación de autoinstrucciones alternativas;
- Confrontación, a través del juego de roles, con situaciones y problemáticas ansiógenas, y aplicación de técnicas de dominio y de autoreforzo;
- Estrategias para el logro de metas (jerarquización de metas para una autoevaluación).

6.3. Resultados de las terapias

Los resultados obtenidos con las escalas criterioles están representados en el cuadro número 5.

A excepción de *religiosidad*, *ternura* y *problemas de pareja*, los factores criterioles mostraron mejorías significativas. Los mejores resultados se ven claramente en el *grupo* AST (terapia *asintomática*) en cada uno de los tres momentos estudiados: "antes-inmediatamente después", "antes-un mes tras la finalización de la *tera*pia" y "antes-cuatro meses después del final de la *tera*pia". En general, los resultados continuaron mejorando aún después del alta hospitalaria. El *grupo* ABT (terapia *sintomática*) también mejoró *me*jorías significativas en la mitad de las escalas criterioles. Sin embargo, el volumen de la *me*joría es significativamente más bajo que en el grupo AST (*asintomático*). En el caso de las terapias *tra*dicionales KR y AT, no se observaron cambios relevantes entre "antes" y el segundo seguimiento (a los cuatro meses).

El mismo análisis se repite en el cuadro número 6 para las ocho preguntas-criterio.

En principio, los resultados son los mismos y no requieren una explicación prolongada. La AST (terapia *asintomática*) supera a todas las demás y la ABT supera a la rutina hospitalaria y al *entre*namiento autógeno. Las últimas dos terapias muestran pocas pruebas de haber tenido éxito, siendo algo mejor la rutina hospitalaria. El éxito global en estos dos grupos es negligible.

Estos resultados presentan problemas teóricos para distintos tipos de terapias, en los cuales no podemos entrar aquí. Sin embargo, creo que el procedimiento común utilizado para el diagnóstico y terapia en el proyecto STRESA recibe cierto apoyo en los resultados obtenidos en este experimento.

7. COMENTARIO FINAL

El Proyecto para el tratamiento de la ansiedad y el *stress* (STRESA) representa un intento por realizar simultáneamente, a nivel internacional, una terapia orientada por la modificación de conducta para las áreas problemáticas implicadas. Sus metas principales son la tipificación, en distintos idiomas, de los caminos y medios que permiten un análisis diferenciado y una terapia más efi-

CUADRO 5.- DIFERENCIAS EN LAS ESCALAS CRITERIALES ENTRE LA LINEA BASE ANTES DE LA TERAPIA, Y TRES MEDICIONES HECHAS TRAS LA TERAPIA. SE REPRESENTAN LAS MEJORIAS (VALORES DE t)

Escalas criteriosales	pr/po	AST pr/ful	pr/fu2	pr/po	ABT pr/ful	pr/fu2	KR pr/po	y	AT pr/fu2
Miedos sociales	**	***	***	-	-	-	-	-	-
Alteraciones del dormir y físicas	*	***	***	*	**	**	-	-	-
Subestimación y dificultad de comunicación	*	***	***	-	*	*	-	-	-
Relajación personal	*	***	**	-	-	-	-	-	-
Ternura	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Miedo a envejecer	*	**	**	*	**	***	-	-	-
Asertividad	***	***	***	-	-	-	-	-	-
Sobrecarga de trabajo	*	***	***	*	*	-	-	-	-
Depresividad	-	***	***	-	*	*	-	-	-
Disfrute de relaciones sociales	**	***	-	**	-	**	-	-	-
Religiosidad	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Miedo por pareja	-	*	-	-	-	-	-	-	-
Ansiedad (Spielberger)	**	***	***	*	**	*	-	-	-

NOTA.- Nivel de significación: * = 5 por 100; ** = 1 por 100; *** = 0,1 por 100; - = ninguna mejora significativa. Pr = pre; po = post; ful = seguimiento al mes; fu2 = seguimiento a los 4 meses. AST = terapia asintomática (N = 23); ART = estrategias de dominio de ansiedad (N = 23); KR = tratamiento hospitalario de rutina (N = 13) y AT = tratamiento hospitalario de rutina y entrenamiento autógeno (N = 13).

CUADRO 6.- DIFERENCIAS EN LAS PREGUNTAS-CRITERIO ENTRE LA LINEA BASE ANTES DE LA TERAPIA Y TRES MEDICIONES POSTERIORES A LA TERAPIA. SE REPRESENTAN LAS MEJORIAS (VALORES DE t)

Preguntas-criterio	AST		AET		KR		AT	
	pr/po	pr/ful	pr/po	pr/ful	pr/fu2	pr/po	pr/fu2	pr/ful
Limitación	***	***	*	***	*	-	*	***
Satisfacción	-	-	*	-	-	KR: *	-	AT: *
Alegría (hacer cosas agradables)	**	**	-	-	-	AT: -	-	-
Control externo	**	-	*	-	-	-	-	-
Feliz	***	***	-	**	**	-	**	-
Ansioso	***	***	**	***	***	KR: *	***	AT: -
Triste	**	***	***	*	*	-	*	-
Sensaciones corporales desagradables	-	-	**	-	**	-	**	-

NOTA.- Nivel de significación: * = 5 por 100; ** = 1 por 100; *** = 0,1 por 100; - = ninguna mejora significativa. Pr = pre; po = post; ful = seguimiento al mes; fu2 = seguimiento a los 4 meses. AST = terapia asintomática (N = 23); AET = estrategias de dominio de ansiedad (N = 23); KR = tratamiento hospitalario de rutina (N = 13) y AT = tratamiento hospitalario de rutina y entrenamiento autógeno (N = 13).

caz en el terreno de la ansiedad y del *stress*. He descrito en detalle el procedimiento utilizado en la planificación realizada hasta el momento, y se han presentado los resultados de un experimento con pacientes psicósomáticos. En este experimento se realizó un estudio simultáneo de análisis y terapia, descrito paradigmáticamente. Los resultados disipan todas las dudas de la viabilidad y las probabilidades de éxito de tales procedimientos.

Es también importante el efecto estimulante del proyecto STRESA y su significación para la formación en investigación, puesto que ayuda a eliminar desigualdades entre países e instituciones. Los efectos de utilidad para la investigación, que esperamos obtener del intercambio bilateral transcultural, mostrarán sus primeros frutos en el curso de un año, puesto que ya hemos alcanzado la fase de aplicación práctica. Esta conferencia es, a su vez, una invitación cordial a los interesados de diferentes países a participar en el proyecto. El hecho de que mis amigos españoles de Valencia y Madrid participen en él, me alegra especialmente, por mis relaciones de muchos años con este bello país y sus acogedores habitantes.

NOTAS

(1) Traducido por María Cristina López. Revisión técnica: Vicente Pelechano.

BIBLIOGRAFIA

- CASPER, S.: *Psychosomatische Aspekte soziale Kompetenz. Faktoren sozialer Kompetenz und ihr Zusammenhang mit Stress Pattern A und koronaren Herzkrankheiten.* Tesina de licenciatura, Universidad de Bonn, 1980.
- KANDOLF, R.: *Psychosomatische Reaktionen und Formen der Bewaeltigung bei kardiovaskulaeren Erkrankungen.* Tesina de licenciatura (en preparaci3n), Universidad de Munich.
- KETTLER, L.: *Internale und externale Kontrolle als Belastungsfaktoren psychosomatischer Erkrankungen.* Tesina de licenciatura, Universidad de Bonn, 1980.
- NIEBEL, G.: *Asymptomatische Therapie bei aengstlichen Kurpatienten. Ihre konstruktion und Wirksamkeit gegenueber anderen Therapieformen.* Tesis doctoral, Universidad de Osnabrueck, 1980.
- SAALFELD, G.: *Messung und Klassifikation gestoerter Verhaltensweisen bey aengstlichen Patienten und deren therapeutischer Korrelate.* Tesis doctoral, Universidad de Osnabrueck, 1980.
- SONDEREGGER, P.: *Angstbewaltingstraining. Eine Therapiestudie zur verhaltensorientierten Selbstmodifikation.* Tesis doctoral, Universidad de Zurich, 1980.