

Ansiedad, angustia y estrés: tres conceptos a diferenciar

Juan Carlos Sierra

Doctor en Psicología por la Universidad de Granada. Profesor Titular de Evaluación Psicológica en la Facultad de Psicología de Granada. Director de International Journal of Clinical and Health Psychology. Facultad de Psicología. Universidad de Granada 18071 Granada - España e-mail: jcsierra@ugr.es

Virgilio Ortega

Licenciado en Psicología por la Universidad de Granada. Becario del programa de Formación de Personal Docente e Investigador en las Universidades y Centros de Investigación en Andalucía, y posee la Especialización de Postgrado en Psicología Económica y del Consumo de la Universidad del Norte (Colombia).

Ihab Zubeidat

Licenciado en Psicología por la Universidad de Granada y master en Psicología Clínica y de la Salud por la Asociación Española de Psicología Conductual. En la actualidad está realizando

*estudios de doctorado en el Programa Psicología
Clínica y de la Salud de la Universidad de
Granada.*

RESUMEN

El objetivo de este trabajo es hacer una revisión de los conceptos de ansiedad, angustia y estrés, a fin de delimitar el solapamiento entre los mismos (especialmente entre ansiedad y angustia, por una parte, y ansiedad y estrés, por otra); también, se pretende identificar aspectos que hacen posible la diferenciación de estos conceptos. Para alcanzar este objetivo, ofrecemos una introducción general sobre la confusión conceptual que se há producido en torno a dichos términos, aportando evidencias empíricas y reflejando la situación actual. A continuación, seguimos una estructura similar para los tres conceptos: (1) una introducción, (2) un recorrido histórico sobre cada uno de ellos (recogiendo definiciones de distintas fuentes) y, (3) un apartado dedicado a los distintos marcos teóricos que se han planteado en torno a éstos, tomando las aportaciones de diferentes disciplinas, como la Psicología (incluyendo aproximaciones como la conductual, la cognitiva-conductual, la psicodinámica), la Filosofía, la Física, entre otras. Por último, desarrollamos algunas conclusiones y proponemos directrices para la investigación ulterior en el tema.

Palabras clave: ansiedad, angustia, estrés, evolución histórica, aproximaciones teórica

ABSTRACT

The purpose of this paper is to review the concepts of anxiety, angst and stress, and to define the linkages between them (specially anxiety-angst, on one hand, anxiety-stress, for other); also, it is sought to identify several key elements that allow to differ among these concepts. In order to carry out this purpose, we offer a general introduction to conceptual confusion has taken place around this terms, contributing empirical evidences by themselves, and reflecting the current approach. Next, we follow a similar structure for the three concepts: (1) an introduction, (2) a historical review on each one of them (picking up definitions from many sources), and (3) a section dedicated to the different conceptual frameworks,

...serving us as the contributions of different disciplines as Psychology (including theoretical approaches as behavioral, cognitive-behavioral, psychodynamic), Philosophy, Psychoanalysis, Physics, and many others. Finally, we develop some conclusions, and suggest future directions for building research.

Key words: anxiety, angst, stress. historical evolution, theoretical approaches

Introducción

Desde las primeras décadas del siglo XX, existe un interés por la ansiedad en la literatura psicológica al considerarla una respuesta emocional paradigmática que ha ayudado a la investigación básica en el ámbito de las emociones. Dichas investigaciones se han desarrollado a lo largo de la historia con dos problemas fundamentales: la ambigüedad conceptual del constructo de ansiedad y las dificultades metodológicas para abordarlo. Estos problemas dieron lugar a que las distintas corrientes psicológicas (psicodinámica, humanista, existencial, conductista, psicométrica y, las más recientes, cognitiva y cognitivo-conductual) se ocuparan del abordaje de la ansiedad y de las similitudes y diferencias con otros conceptos, dada la gran confusión terminológica con la angustia, el estrés, temor, miedo, tensión, *arousal*, entre otros. Esta confusión conceptual ha sido objeto de diversos estudios (Ansorena, Cobo y Romero, 1983; Bermúdez y Luna, 1980; Borkovek, Weerts y Berstein, 1977; Casado, 1994; Cattell, 1973; Lazarus, 1966; Miguel-Tobal, 1985). Sin embargo, en la práctica actual dichos términos se siguen utilizando indistintamente.

El intento de diferenciar entre los conceptos de ansiedad y angustia es un ejemplo claro de dicha problemática, la utilización de ambos términos dio lugar a confusión en el siglo pasado dado que, en algunas ocasiones, eran usados como sinónimos y, en otras, como vocablos de distinto significado. En esta línea, López-Ibor (1969) realiza una distinción entre ansiedad y angustia; en la angustia existe un predominio de los síntomas físicos, la reacción del organismo es de paralización, de sobrecogimiento y la nitidez con la que el individuo capta el fenómeno se atenúa, mientras que en la ansiedad cobran mayor presencia los síntomas psíquicos, la sensación de ahogo y peligro inminente, se presenta una reacción de sobresalto, mayor intento de buscar soluciones eficaces para afrontar la amenaza que

en el caso de la angustia y, por último, el fenómeno es percibido con mayor nitidez. En la actualidad, es difícil mantener dichas diferencias, ya que dentro del concepto de ansiedad agrupamos tanto los síntomas psíquicos o cognitivos como los conductuales y físicos. Además, en el DSM-IV (Manual de Clasificación de Trastornos Psicopatológicos), el trastorno de ansiedad se denomina trastorno de angustia resaltando, entre otras características, la presencia de crisis de angustia recidivantes e inesperadas (American Psychiatric Association, 1994); éste es traducido al castellano del término inglés *panic disorder*, dificultando la distinción entre ambos conceptos. Así, el término alemán *Angst*, empleado por Freud para referirse a un afecto negativo y una activación fisiológica desagradable, fue traducido al inglés como *anxiety*, pero en español y en francés tuvo un doble significado, ansiedad y angustia en el primer caso y *anxiété* y *angoisse* en el segundo. Con el desarrollo de la Psicología y la aparición de distintas escuelas y enfoques, ambos conceptos se han ido diferenciando, hoy en día, la psicología científica se ocupa del abordaje de la ansiedad, mientras que las corrientes psicoanalíticas y humanistas usan con preferencia el término angustia. Durante mucho tiempo, el término angustia fue diferenciado de la ansiedad, caracterizando a la misma como una expresión somática predominante en forma de constricción y opresión, es decir, vivenciada como un sufrimiento físico general; además de dicha sensación aparece la anticipación del peligro, que también es común a la ansiedad. En la actualidad, angustia se utiliza como sinónimo de ansiedad, ya que se considera a ambos como estados psicológicos displacenteros acompañados de síntomas fisiológicos de manera frecuente, describiéndose como expectación penosa o desasosiego ante un peligro impreciso (Suárez Richards, 1995). Por otro lado, la distinción entre los conceptos de ansiedad y estrés, actualmente, se considera una tarea laboriosa debido al uso frecuente de ambos como procesos equiparables, agrupando una gran cantidad de elementos comunes; en esta línea, Endler (1988) defiende que el concepto de estrés superpone al de ansiedad, usándose los dos términos indistintamente, mientras que Lazarus y Folkman (1984), partidarios de usar el término estrés, resaltan que, en los libros, aún aparecen títulos que cofunden el estrés al sustituirlo por el término ansiedad, señalando que autores como Freud, Dollar, Miller, May, Taylor, Spence o Spielberger, entre otros, emplean el término ansiedad en lugar de estrés. No obstante, desde distintas orientaciones se ha manifestado el interés por diferenciar ambos términos y, así, la Psicofisiología se

ha interesado por el estudio del estrés, resaltando la importancia de sus aspectos fisiológicos frente a los subjetivos que intervienen en la ansiedad. En esta línea, Taylor (1986) destaca que el estrés hace referencia, principalmente, a la situación, mientras que la ansiedad alude a la reacción ante sucesos estresantes. Por su parte, Bensabat (1987) describe la ansiedad como una emoción de estrés, confundiendo a la misma con el estado agudo de éste, mientras que Spielberg (1972) considera que los términos estrés y miedo son indicadores de fases temporales de un proceso que da lugar a la reacción de ansiedad. En cualquier caso, estos intentos de distinguir ambos conceptos muestran un déficit común al no incluir todas las características que ambos términos han ido aglutinando a lo largo de su historia. Desde esta perspectiva, la distinción de dichos conceptos se hace posible trabajando de manera parcelada con los mismos, destacando determinados elementos entendidos como parte de uno u otro de manera específica (Miguel-Tobal y Casado, 1999). En definitiva, no se necesita mucha perspicacia para advertir que la Psicología recoge multitud de conceptos cuyas definiciones se contradicen o se solapan a la vista de diferentes desarrollos teóricos, indicio de su nivel de avance y complejidad como ciencia. A continuación, vamos a centrarnos en describir la evolución histórica de los conceptos ansiedad, angustia y estrés, recogiendo las distintas conceptualizaciones que se han propuesto por una variedad de autores de la comunidad psicológica y filosófica, destacando las diferencias entre las mismas; además, ofreceremos la visión que han tenido los distintos enfoques con sus respectivas teorías sobre dichos conceptos; finalmente, realizaremos un apartado de conclusiones sobre esta revisión.

Ansiedad

Introducción

La ansiedad es una parte de la existencia humana, todas las personas sienten un grado moderado de la misma, siendo ésta una respuesta adaptativa. La ansiedad sigue siendo un tema de gran importancia para la Psicología; su incorporación es tardía, siendo tratado sólo desde 1920, abordándose desde distintas perspectivas. Según el Diccionario de la Real Academia Española (vigésima primera edición), el término ansiedad proviene del latín *anxietas*, refiriendo un estado de agitación, inquietud o zozobra del ánimo, y suponiendo una de las sensaciones más frecuentes del ser humano,

siendo ésta una emoción complicada y displacentera que se manifiesta mediante una tensión emocional acompañada de un correlato somático (Ayuso, 1988; Bulbena, 1986). En general, el término ansiedad alude a la combinación de distintas manifestaciones físicas y mentales que no son atribuibles a peligros reales, sino que se manifiestan ya sea en forma de crisis o bien como un estado persistente y difuso, pudiendo llegar al pánico; no obstante, pueden estar presentes otras características neuróticas tales como síntomas obsesivos o histéricos que no dominan el cuadro clínico. Si bien la ansiedad se destaca por su cercanía al miedo, se diferencia de éste en que, mientras el miedo es una perturbación cuya presencia se manifiesta ante estímulos presentes, la ansiedad se relaciona con la anticipación de peligros futuros, indefinibles e imprevisibles (Marks, 1986). Tanto la ansiedad como el miedo tienen manifestaciones parecidas, en ambos casos se aprecian pensamientos de peligro, sensaciones de aprensión, reacciones fisiológicas y respuestas motoras; por eso, algunos autores utilizan indistintamente un término u otro (Cambell, 1986; Thyer, 1987). Además, ambos se consideran mecanismos evolucionados de adaptación que potencian la supervivencia de nuestra especie (Thyer, 1987). En esta línea, Johnson y Melamed (1979) indican que la ansiedad se diferencia del miedo en que la primera consiste en la emisión de una respuesta más difusa, menos focalizada, ocurriendo sin causa aparente y quizás mejor descrita como aprensión para el individuo. La característica más llamativa de la ansiedad es su carácter anticipatorio, es decir, posee la capacidad de prever o señalar el peligro o amenaza para el propio individuo, confiriéndole un valor funcional importante (Sandín y Chorot, 1995); además, tiene una función activadora y facilitadora de la capacidad de respuesta del individuo, concibiéndose como un mecanismo biológico adaptativo de protección y preservación ante posibles daños presentes en el individuo desde su infancia (Miguel-Tobal, 1996). Sin embargo, si la ansiedad supera la normalidad en cuanto a los parámetros de intensidad, frecuencia o duración, o bien se relaciona con estímulos no amenazantes para el organismo, provoca manifestaciones patológicas en el individuo, tanto a nivel emocional como funcional (Vila, 1984).

Por su parte, desde la psicología de la personalidad (Endler y Okada, 1975; Eysenck, 1967, 1975; Gray, 1982; Sandín, 1990) se concibe la ansiedad en términos de rasgo y estado. Desde el punto de vista de rasgo (personalidad neurótica), se presenta una tendencia

individual a responder de forma ansiosa, es decir, se tiende hacia una interpretación situacional-estimular caracterizada por el peligro o la amenaza, respondiendo ante la misma con ansiedad. En general, esta tendencia va acompañada de una personalidad neurótica de base similar a la timidez, apareciendo durante largos periodos de tiempo en todo tipo de situaciones. Existe una gran variabilidad interindividual en cuanto al rasgo de ansiedad, debido a la influencia tanto de factores biológicos como aprendidos; así pues, algunos sujetos tienden a percibir un gran número de situaciones como amenazantes, reaccionando con ansiedad, mientras que otros no le conceden mayor importancia. Por otra parte, la ansiedad entendida como estado se asimila a una fase emocional transitoria y variable en cuanto a intensidad y duración; ésta es vivenciada por el individuo como patológica en un momento particular, caracterizándose por una activación autonómica y somática y por una percepción consciente de la tensión subjetiva. Cuando las circunstancias son percibidas como amenazantes por el sujeto, la intensidad de la emoción aumenta independientemente del peligro real, mientras que cuando las mismas son valoradas como no amenazantes, la intensidad de la emoción será baja, aunque exista dicho peligro real. La relación entre ambos puntos de vista es muy estrecha, pues un individuo con alto rasgo de ansiedad reaccionará con mayor frecuencia de forma ansiosa (Miguel-Tobal, 1996). La ansiedad rasgo y estado se solapan en varios aspectos, al igual que le ocurre a la ansiedad crónica y la de tipo agudo; cuando ésta es intensa origina un sentimiento desagradable de terror e irritabilidad, acompañado de fuertes deseos de correr, ocultarse y gritar, presentando sensaciones de debilidad, desfallecimiento y desesperación para el individuo; también, puede haber un sentimiento de irrealidad o de "estar separado" del suceso o la situación. Todo esto, indica que la ansiedad se entiende como una respuesta normal y necesaria o como una respuesta desadaptativa (ansiedad patológica); la solución para diferenciar ambas respuestas puede residir en que la ansiedad patológica se manifiesta con mayor frecuencia, intensidad y persistencia que la ansiedad normal, es decir, presenta diferencias cuantitativas respecto a aquella (Spielberger, Pollans y Wordan, 1984). El sistema categorial dominante en la psicopatología actual promueve diferencias cualitativas tanto entre los sujetos clínicos y los normales como entre las categorías clínicas; la diferenciación entre ambos tipos de ansiedad se concreta en la demanda de tratamiento por el sujeto, siendo ésta de carácter multicausal. Al tomar como base un modelo multidimensional, la

diferencia entre la ansiedad patológica y la normal se relaciona con el grado en que se manifiestan las dimensiones relevantes. Ante este razonamiento, se debe tomar conciencia de la problemática de esta distinción (Belloch y Baños, 1986; Ibáñez y Belloch, 1982). Desde otra perspectiva, se ha considerado la ansiedad patológica como rasgo y como estado a la vez (Spielberger, 1966, 1972), traduciéndose en el trastorno en sí mismo por la presencia de síntomas irracionales y perturbadores para el individuo. Por su parte, Sheehan (1982) diferencia la ansiedad exógena (conflictos externos, personales o psicosociales) de la endógena (autónoma e independiente de los estímulos ambientales); la primera está ligada a la ansiedad generalizada, mientras que la segunda es la responsable de los ataques de pánico y en su extensión, de diversos cuadros fóbicos. Por último, la ansiedad se puede dividir igualmente en primaria, cuando no deriva de otro trastorno psíquico u orgánico subyacente, o secundaria, cuando acompaña a la mayoría de las afecciones primarias psiquiátricas. Asimismo, destaca una ansiedad reactiva que es conocida como las reacciones neuróticas de la angustia, o una ansiedad nuclear, donde destacan las crisis de angustia y la ansiedad generalizada.

En resumen, la ansiedad alude a un estado de agitación e inquietud desagradable caracterizado por la anticipación del peligro, el predominio de síntomas psíquicos y la sensación de catástrofe o de peligro inminente, es decir, la combinación entre síntomas cognitivos y fisiológicos, manifestando una reacción de sobresalto, donde el individuo trata de buscar una solución al peligro, por lo que el fenómeno es percibido con total nitidez.

Evolución histórica del concepto

Durante la década de los años cincuenta y posteriormente en los sesenta, la investigación psicológica estaba centrada en el trastorno mental de la esquizofrenia, mientras que en los años setenta el interés se dirigió a la evaluación de los estados de ánimo, especialmente la depresión. Sin embargo, en 1985 dos psicólogos norteamericanos, Husain y Jack Maser, afirman que la década de los años ochenta pasaría a la historia como la década de la ansiedad, y es a partir de entonces cuando la misma pasa a ocupar un lugar preferente que perdura hasta nuestros días. En esta época, las neurosis de ansiedad se caracterizan por una preocupación ansiosa exagerada que llega hasta el pánico y va acompañada a menudo por síntomas somáticos. La neurosis de ansiedad (al contrario que la

neurosis fóbica) puede producirse en cualquier circunstancia y no está limitada a situaciones u objetos específicos (DSM II, 1986). Actualmente, los trastornos de ansiedad ocupan el primer lugar a nivel mundial entre los trastornos del comportamiento más destacados.

Existe una gran confusión con el término ansiedad, pues bajo el mismo se han englobado diversos conceptos en el campo de la Psicología. Los problemas de ambigüedad conceptual y operativa para su abordaje dificultan el desarrollo de definiciones unánimes desde los distintos enfoques, a lo que se suma el problema de las numerosas etiquetas (reacción emocional, respuesta, experiencia interna, rasgo de personalidad, estado, síntoma, etc.) que ha recibido. En esta línea, la filosofía existencial considera que la ansiedad es una respuesta de carácter humano que está dirigida hacia la amenaza que sufren los valores morales, y que aparece cuando el sistema de valores que da sentido a la vida del ser humano se ve amenazado de muerte. Los psiquiatras existencialistas dan una importancia notoria al hecho de que la ansiedad es una característica ontológica del hombre. Dicha corriente filosófica mantiene que no es una actitud entre otras muchas, como pueden serlo el placer o la tristeza. Sin embargo, desde el punto de vista psicopatológico, el concepto de ansiedad no siempre ha sido usado de forma homogénea. Como sugiere Lewis (1980), varias palabras latinas contienen la raíz indogermánica *angh* y, a pesar de ello, el término que ha prevalecido en toda la cultura occidental para definir a ese sentimiento de inquietud, que se acompaña de una clara constricción en la zona epigástrica y dificultades respiratorias, es el de ansiedad, debido a la influencia de Freud, quien la introduce como palabra técnica en la psicopatología. Este autor define la ansiedad como un estado afectivo desagradable, caracterizado por la aprensión y una combinación de sentimientos y pensamientos molestos para el individuo. La ansiedad se concibe como el resultado de la percepción (consciente o inconsciente) por parte del individuo de una situación de peligro, que se traduce en ciertos estímulos sexuales o agresivos y da lugar a la anticipación del ego (Freud, 1964); Freud identifica elementos fenomenológicos y fisiológicos en sus estudios sobre la ansiedad, defendiendo que las distintas formas de neurosis están determinadas por la intensidad y el carácter que presentan a raíz de la experiencia traumática y en función de la etapa de desarrollo psicosexual en la que se encuentre el individuo. Según esto, la ansiedad es una característica esencial de la neurosis, una respuesta no realista ante

la situación que es temida por el sujeto y que implica poco o ningún miedo real. Dicha ansiedad neurótica es entendida por los psicoanalistas como una señal de peligro procedente de los impulsos reprimidos del individuo, que se origina a raíz de las transformaciones producidas sobre la propia ansiedad objetiva.

El concepto de ansiedad ha ido evolucionando hacia una multiplicidad de dimensiones. En primer lugar, éste se ha considerado como un estado emocional y fisiológico transitorio, como un rasgo de personalidad y como explicación de una conducta. La ansiedad no siempre varía en proporción directa al peligro objetivo producido por una determinada situación, sino que tiende a ocurrir de forma irracional, es decir, ante situaciones carentes de peligro real (Mowrer, 1939). A partir de la década de los años cincuenta, la ansiedad empezó a ser concebida como una dolencia de sobreexcitación, en tanto la exposición prolongada ante un estímulo excitante puede desembocar en una incapacidad para la inhibición de la excitación (Malmo, 1957). Por su parte, Wolpe (1958) describe la ansiedad como "lo que impregna todo", estando condicionada a distintas propiedades más o menos omnipresentes en el ambiente, haciendo que el individuo esté ansioso de forma continua y sin causa justificada. En la década de los años sesenta se formuló la teoría tridimensional de la ansiedad, según la cual, las emociones se manifiestan a través de reacciones agrupadas en distintas categorías: cognitiva o subjetiva, fisiológica y motora o comportamental, las cuales correlacionan escasamente entre sí (Lang, 1968). Esto quiere decir que una persona puede mostrar una reacción muy intensa en la categoría subjetiva, moderada en la fisiológica e incluso leve en la motora, mientras que otra persona puede mostrar todo lo contrario, llegando a la conclusión de que existe alta variabilidad interindividual en la reacción. Por eso, a finales de los años sesenta, se empieza a concebir la ansiedad como un término referido a un patrón de conducta caracterizado por sentimientos subjetivos de tensión, cogniciones y activación fisiológica (Franks, 1969), como respuesta a estímulos internos (cognitivos o somáticos) y externos (ambientales). Se trata, por tanto, de un constructo multidimensional compuesto por tres componentes (motor, cognitivo y fisiológico), los cuales interactúan entre sí. La respuesta emocional emitida engloba aspectos subjetivos de carácter displacentero en el individuo (tensión, inseguridad, falta de concentración, dificultad para tomar decisiones, miedo, aprensión, pensamientos negativos de inferioridad, sentimientos de incapacidad

ante la situación, sensación general de pérdida de control, etc.), aspectos corporales caracterizados por un alto grado de activación del sistema nervioso autónomo y del sistema nervioso somático (palpitaciones, pulso rápido, opresión torácica, respiración rápida y superficial, ahogo, aerofagia, molestias digestivas, sudoración, sequedad de boca, temblor, hormigueo, dolor de cabeza tensional, fatigabilidad excesiva, tensión muscular, mareo, vómitos, micciones frecuentes, eyaculación precoz, frigidez, impotencia, etc.), y aspectos observables que implican comportamientos poco adaptativos (paralización motora, hiperactividad, tartamudeo, dificultades de expresión verbal, conductas de evitación ante determinadas situaciones, conductas de escape, movimientos sin una finalidad concreta, torpes y repetitivos, etc.). Además, en esta misma década de los años sesenta se comienza a tomar consciencia de la relación que existe entre la ansiedad y la enfermedad, concluyendo que la ansiedad puede influir sobre las funciones fisiológicas del organismo y contribuir al desarrollo o a la potenciación de determinadas patologías o trastornos en el ser humano. En esta línea, Kolb (1968) considera que el ataque de ansiedad es causado por una hiperventilación, es decir, por un cambio en el ritmo de la respiración que se traduce en tomar grandes cantidades de aire en cada inspiración. Así, algunos de los síntomas del ataque de ansiedad son similares a los que se observan en la hiperventilación, como el aturdimiento, la sensación de desvanecimiento, el paso inseguro y la respiración entrecortada.

A partir de la década de los años setenta, se empieza a considerar que la ansiedad constituye un estado emocional no resuelto de miedo sin dirección específica, ocurriendo tras la percepción de una amenaza (Epstein, 1972). Por su parte, Marks y Lader (1973) describen la ansiedad crónica y continua como ansiedad de fluctuación libre. Otro autor importante de esta década fue Wolpe, que propuso a partir de la psicopatología experimental una definición operacional; éste viene a definir la ansiedad como una respuesta autónoma de un organismo individual concreto después de la presentación de un estímulo nocivo y que, de forma natural, posee la facultad de provocar dolor y daño en el individuo (por ejemplo, una descarga eléctrica); en términos de aprendizaje, la ansiedad sería tanto una respuesta condicionada como una respuesta incondicionada, pudiendo ser las respuestas de ansiedad ante los estímulos condicionados superiores incluso a las producidas ante los

estímulos incondicionados (Wolpe, 1979). Por otro lado, en los años ochenta se comienza a describir las características de la ansiedad. Así, Lewis (1980) señala que, en primer lugar, constituye un estado emocional experimentado como miedo o algo similar cualitativamente y distinto a la ira; en segundo lugar, es una emoción desagradable (sentimiento de muerte o derrumbamiento); en tercer lugar, se orienta al futuro, relacionándose con algún tipo de amenaza o peligro inminente; en cuarto lugar, en ella no aparece una amenaza real y, si la hay, el estado emocional sugerido resulta desproporcionado a ésta; en quinto lugar, se señala la presencia de sensaciones corporales que causan molestias durante los episodios de ansiedad, por ejemplo, la sensación de ahogo, opresión en el pecho, dificultades respiratorias, etc.; en último lugar, se informa de la manifestación de trastornos corporales que bien pertenecen a funciones controladas voluntariamente de huida, defecación, etc., o bien obedecen a funciones involuntarias o parcialmente voluntarias como vómitos, temblor y sequedad de boca. La ansiedad también se ha descrito como una reacción adaptativa de emergencia ante situaciones que representan o son interpretadas por el sujeto como una amenaza o peligro para su integridad, poniendo en marcha una serie de mecanismos defensivos a través de, entre otras, una estimulación del sistema nervioso simpático y de la liberación de catecolaminas, responsables de buena parte de los síntomas somáticos que integran la respuesta ansiosa (Tyrer, 1982). Rachman (1984) propone que la ansiedad dentro de la psicopatología actual corresponde a una respuesta condicionada, anticipatoria y funcional; este autor añade que, dentro de la visión científica de la ansiedad, no se presenta correlación positiva entre el peligro objetivo y la ansiedad, sino que ésta tiene un carácter irracional, es decir, se produce ante situaciones sin peligro real. Por su parte, Spielberger *et al.* (1984) definen el estado de ansiedad como una reacción emocional de aprensión, tensión, preocupación, activación y descarga del sistema nervioso autónomo, mientras que Tobeña (1997) la considera como una emoción que modifica los parámetros biológicos y se expresa a través de diferentes aparatos y sistemas.

A partir de los años noventa, se propone que la ansiedad es un estado emocional que puede darse solo o sobreañadido a los estados depresivos y a los síntomas psicósomáticos cuando el sujeto fracasa en su adaptación al medio (Valdés y Flores, 1990). Tras realizar una revisión de las distintas orientaciones, Miguel-Tobal (1990) propone

que “la ansiedad es una respuesta emocional, o patrón de respuestas, que engloba aspectos cognitivos, displacenteros, de tensión y aprensión; aspectos fisiológicos, caracterizados por un alto grado de activación del sistema nervioso autónomo, y aspectos motores, que suelen implicar comportamientos poco ajustados y escasamente adaptativos. La respuesta de ansiedad puede ser elicitada, tanto por estímulos externos o situacionales, como por estímulos internos al sujeto, tales como pensamientos, ideas, imágenes, etc., que son percibidos por el individuo como peligrosos y amenazantes. El tipo de estímulo capaz de evocar la respuesta de ansiedad vendrá determinado en gran medida por las características del sujeto”. Posteriormente, Miguel-Tobal (1996) resume la definición anterior en lo siguiente: la ansiedad es una reacción emocional ante la percepción de un peligro o amenaza, manifestándose mediante un conjunto de respuestas agrupadas en tres sistemas: cognitivo o subjetivo, fisiológico o corporal y motor, pudiendo actuar con cierta independencia. Por otro lado, según la Asociación Americana de Psiquiatría (1994), la ansiedad fóbica se ha definido como una reacción excesiva o irracional a una situación particular. En definitiva, la ansiedad se ha visto como una reacción emocional consistente en sentimientos de tensión, aprensión, nerviosismo y preocupación que se acompañan por la activación del sistema nervioso autónomo simpático; ésta es anticipatoria, teniendo un valor funcional y utilidad biológica (Sandín y Chorot, 1995). Por último, las manifestaciones cognitivas pueden ir desde una leve preocupación hasta el pánico, pudiendo en sus formas graves implicar la convicción de un destino inminente (el fin del mundo o la muerte), preocupación por lo desconocido o temor de perder el control sobre las funciones corporales. Las manifestaciones conductuales implican la evitación de situaciones inductoras de ansiedad, mientras que los cambios somáticos incluyen la respiración entrecortada, sequedad de boca, manos y pies fríos, micción frecuente, mareos, palpitaciones cardíacas, elevación de la presión sanguínea, aumento de transpiración, tensión muscular e indigestión (Sue, 1996). En definitiva, la ansiedad se refiere a una respuesta a un peligro indefinido, confuso o imaginario; ésta se caracteriza por la tirantez, inquietud y un sentido de desamparo. El individuo ansioso anticipa una desgracia, dando como resultado ciertas manifestaciones clínicas particulares, como sudoración, tensión muscular, quejidos, pulso acelerado, respiración entrecortada, indigestión, diarrea, disfunción sexual, entre otras.

Aproximaciones teóricas

Las manifestaciones de la ansiedad consisten en una respuesta vivencial, fisiológica, conductual y cognitiva, caracterizada por un estado generalizado de alerta y activación. Existen casi tantas definiciones de ella como modelos teóricos donde encuadrar a las mismas, por lo que todas las teorías están de acuerdo en que consiste en una respuesta emocional compleja, adaptativa y fenomenológicamente pluridimensional. A continuación, realizaremos un breve recorrido por los distintos enfoques que han abordado el concepto de ansiedad a lo largo de su historia.

Enfoque psicoanalítico

La teoría psicoanalítica sostiene que la ansiedad con la que el psiconeurótico lucha es producto del conflicto entre un impulso inaceptable y una contrafuerza aplicada por el ego. Freud concibió la ansiedad como un estado afectivo desagradable en el que aparecen fenómenos como la aprensión, sentimientos desagradables, pensamientos molestos y cambios fisiológicos que se asocian a la activación autonómica. Este autor identifica elementos fenomenológicos subjetivos y fisiológicos, siendo los primeros más relevantes bajo su punto de vista, añadiendo que es el componente subjetivo el que implica, en sí mismo, el malestar propio de la ansiedad. Por otra parte, carácter adaptativo, actuando como una señal ante el peligro real e incrementando la activación del organismo como preparación para afrontar la amenaza. Además, Freud (1971) identifica tres teorías sobre la ansiedad: 1) La ansiedad real que aparece ante la relación que se establece entre el yo y el mundo exterior; se manifiesta como una advertencia para el individuo, es decir, le avisa de un peligro real que hay en el ambiente que lo rodea. 2) La ansiedad neurótica, que resulta más complicada, se entiende también como una señal de peligro, pero su origen hay que buscarlo en los impulsos reprimidos del individuo, siendo ésta la base de todas las neurosis; se caracteriza por la carencia de objeto, estando el recuerdo del castigo o evento traumático reprimido, no se reconoce el origen del peligro; además, se relaciona el peligro con el castigo contingente a la expresión de los impulsos reprimidos, lo que permite reconocer la superioridad de esta ansiedad respecto a la objetivadiferenció entre peligro real externo y peligro de origen interno y desconocido. Con respecto al primero, señala que produce la ansiedad objetiva o miedo de (Spielberger, 1966; Spielberger, Krasner y Solomon, 1988); dicha ansiedad neurótica ocurre cuando el yo

intenta satisfacer los instintos del ello, pero tales exigencias le hacen sentirse amenazado y el sujeto teme que el yo no pueda controlar al ello. 3) La ansiedad moral es conocida como la de la vergüenza, es decir, aquí el super-yo amenaza al sujeto con la posibilidad de que el yo pierda el control sobre los impulsos.

Para Freud, toda psiconeurosis es un trastorno emocional expresado en el plano psíquico, con o sin alteraciones somáticas y con una leve deformación afectiva del sentido de la realidad, que se manifiesta en las relaciones sociales e interpersonales como la expresión de otros conflictos psicológicos. Cualquier tipo de psiconeurosis (neurosis) presenta una característica común: la ansiedad, refiriéndose aquí a un estado puramente mental del sujeto; otras características a destacar serían: la inmadurez emocional y la necesidad de dependencia, que es a su vez un producto del psicoinfantilismo del neurótico, ya que todo neurótico suele sentirse la mayoría de las veces como un ser inferior y inseguro respecto a los demás. Por último, las corrientes humanistas y existencialistas también se han ocupado del constructo de ansiedad, siendo el elemento común de las mismas la consideración de la ansiedad como el resultado de la percepción de peligro por parte del organismo.

Enfoque conductual

Frente a las teorías dinámicas, aparece un nuevo modelo que trata de acercar el término hacia lo experimental y operativo. El conductismo parte de una concepción ambientalista, donde la ansiedad es entendida como un impulso (*drive*) que provoca la conducta del organismo. Desde esta perspectiva, Hull (1921, 1943, 1952) conceptualiza la ansiedad como un impulso motivacional responsable de la capacidad del individuo para responder ante una estimulación determinada. Esta escuela utiliza en el estudio de la respuesta de ansiedad los términos de miedo y temor frecuentemente. Así, desde las teorías del aprendizaje, la ansiedad se relaciona con un conjunto de estímulos condicionados o incondicionados que elicitán a la misma en forma de respuesta emocional; además, ésta se concibe como un estímulo discriminativo, considerando que la ansiedad conductual está mantenida a partir de una relación funcional con un refuerzo obtenido en el pasado. Todo ello indica que se puede entender el escenario en el que se aprende la conducta de ansiedad a través del aprendizaje por observación y el proceso de modelado.

El eje conductual en el que el individuo se mueve abarca, por ejemplo, desde un simple enfado hacia los demás por algún hecho concreto que le haya molestado, hasta moverse con inquietud, movimientos repetitivos e inconexos o, por el contrario, hasta intentar pasar desapercibido para el resto de las personas que se encuentran en ese entorno concreto. En general, supone un afrontamiento de la situación por parte del sujeto, sean cuáles sean las consecuencias que deriven de ella, un escape de la situación sin permitir su desarrollo, o la evitación del peligro percibido por el individuo una vez que se propone iniciar la conducta; a esto se le conoce por reacción de lucha y huida. Puede derivar en inhibición de la conducta, en comportamientos agresivos, en evitación de situaciones futuras que sean similares, en bloqueos momentáneos o en hiperactividad, según se trate de un individuo o otro.

Enfoque cognitivo

Después de la década de los años sesenta, las variables cognitivas empiezan a cobrar importancia en el ámbito de la Psicología, dando lugar al enfoque cognitivista. Las formulaciones de Lazarus (1966), Beck (1976) y Meichenbaum (1977), centradas en el concepto de estrés y los procesos de afrontamiento, acentúan la importancia de los procesos cognitivos. La mayor aportación del enfoque cognitivo ha sido desafiar el paradigma estímulo-respuesta, que se había utilizado para explicar la ansiedad. Los procesos cognitivos aparecen entre el reconocimiento de una señal aversiva y la respuesta de ansiedad que emite el sujeto. Desde este enfoque, el individuo percibe la situación, la evalúa y valora sus implicaciones; si el resultado de dicha evaluación es amenazante, entonces se iniciará una reacción de ansiedad modulada por otros procesos cognitivos; situaciones similares producirán reacciones de ansiedad parecidas en su grado de intensidad. Las situaciones que elicitán una mayor reacción de ansiedad se evitan y, aún en su ausencia, la mera imagen de éstas también produce una reacción de ansiedad; esto se explica de muy diversas formas pero, en general, se asume que la reacción se genera a raíz del significado o interpretación individual que el sujeto confiere a la situación. Algunas veces, el individuo reconoce que tal situación no es una amenaza objetiva, a pesar de lo cual no puede controlar voluntariamente su reacción de ansiedad. En definitiva, el eje cognitivo del individuo muestra los pensamientos, ideas, creencias e imágenes que acompañan a la ansiedad; estos pensamientos inductores de ansiedad giran en torno al peligro de una situación

determinada o al temor ante una posible amenaza. En la mayoría de los casos, funcionan de forma automática, es decir, él individuo a penas se da cuenta de cuando se ponen en marcha, por lo que no los puede controlar y cree firmemente que no están bajo su dominio. La persona con ansiedad interpreta la realidad como amenazante, pero esto no es totalmente cierto porque la situación que él percibe puede no constituir una amenaza real; dicha percepción suele venir acompañada de una sensación subjetiva de inseguridad, nerviosismo, angustia, irritabilidad, hipervigilancia, inquietud, preocupación, miedo, agobio, sobreestimación del grado de peligro, pánico, atención selectiva a lo amenazante, interpretación catastrofista de los sucesos, infravaloración de la capacidad de afrontamiento, disfunción de la capacidad de memoria y concentración, etc.

En la actualidad, la ansiedad de carácter clínico se caracteriza por presentar una serie de factores entre los que se cuenta que la emoción sea recurrente y persistente, que la respuesta emocional emitida sea desproporcionada en relación a la situación, que sea evocada en ausencia de algún peligro ostensible; además, el individuo puede quedar paralizado por un sentimiento de desamparo o se muestra incapaz de realizar conductas adaptativas a la situación con objeto de eliminar dicha ansiedad. Por otra parte, el funcionamiento psicosocial o fisiológico también resulta deteriorado (Akiskal, 1985). Por último, Beck y Clark (1997) describen en su modelo de la ansiedad y el pánico una secuencia de procesamiento de la información basada en procesos cognitivos automáticos, por un lado, y controlados por otro, al tiempo que consideran el papel crucial que la anticipación juega en la ansiedad.

Enfoque cognitivo-conductual

La aparición de éste enfoque se vincula a autores como Bowers (1973), Endler (1973) o Endler y Magnusson (1976), aunando las aportaciones del enfoque cognitivo y del conductual. Así, la conducta quedaría determinada a partir de la interacción entre las características individuales de la persona y las condiciones situacionales que se presentan. Cuando un individuo siente o afirma tener ansiedad, intervienen en dicho proceso distintas variables, por lo que ninguna de ellas debe ser despreciada para el estudio del mismo; se trata de variables cognitivas del individuo (pensamientos, creencias, ideas, etc.) y variables situacionales (estímulos discriminativos que activan la emisión de la conducta). Según esto, la ansiedad pasa de ser concebida como rasgo de personalidad a ser

considerada como un concepto multidimensional, existiendo áreas situacionales específicas asociadas a diferencias relativas al rasgo de personalidad. A partir de ahí surge la teoría interactiva multidimensional (Endler y Magnusson, 1976; Endler, Magnusson, Ekehammar y Okada, 1976; Endler y Okada, 1975), que concuerda con la hipótesis de la congruencia propuesta por Endler en 1977, la cual defiende que es imprescindible la congruencia entre el rasgo de personalidad y la situación amenazante para que la interacción entre ambos dé lugar al estado de ansiedad. En el caso de la teoría tridimensional de Lang (1968), se considera a la ansiedad como un sistema triple de respuesta en el que interactúan manifestaciones cognitivas, fisiológicas y motoras. En definitiva, la ansiedad empieza a ser conceptualizada como una respuesta emocional que, a su vez, se divide en tres tipos de respuestas, las cuales incluyen aspectos cognitivos, fisiológicos y motores, debido a la posible influencia de estímulos tanto internos como externos al propio individuo; el tipo de estímulo que provoca la respuesta de ansiedad está determinado, en gran medida, por las características del individuo (Miguel-Tobal, 1990).

La angustia

Introducción

La angustia es la emoción más universalmente experimentada por el ser humano, tiene un efecto de inmovilización y conduce al sobrecogimiento en innumerables ocasiones; se define como una emoción compleja, difusa y desagradable que conlleva serias repercusiones psíquicas y orgánicas en el sujeto; la angustia es visceral, obstructiva y aparece cuando un individuo se siente amenazado por algo (Ayuso, 1988). Es un sentimiento vinculado a situaciones de desesperación, donde la característica principal es la pérdida de la capacidad de actuar voluntaria y libremente por parte del sujeto, es decir, la capacidad de dirigir sus actos. En ella participan factores biológicos, psicológicos, sociales y existenciales, por lo que conlleva inevitablemente un abordaje integral desde todos los campos mencionados. La angustia ha sido objeto de estudio y mención por parte de grandes filósofos, teólogos, poetas, psicólogos y psiquiatras a lo largo de la historia. A menudo, se percibe como instinto de protección, siendo ella misma la que provoca una perturbación en el individuo. Como dijo Benedetti: "la angustia, al igual que otros estados psíquicos que producen sufrimiento, así, por ejemplo, la tristeza y el sentimiento de culpa, constituye una pugna normativa de lo

esencialmente humano"; aquí, se admite que el contenido y la entidad del concepto de angustia se aborda a través de la Filosofía, ocupándose ésta de lo que es esencial en el ser humano (Kielholz, 1987). El concepto de angustia procede del término alemán *angst* y de la palabra germana *eng*. Ambos terminan de acercar los campos semánticos de uno y otro idioma; por lo tanto, dicho concepto hace referencia a algo angosto o estrecho, es decir, a malestar y apuro. Mientras la influencia latina hablaba de *angor*, con el influjo de la Psiquiatría francesa se llegó al término de *angoisse*, como un sentimiento de constricción epigástrica, dificultades respiratorias e inquietud. La reacción del individuo ante la angustia es de paralización, donde predominan los síntomas físicos; además, el grado de nitidez de captación del fenómeno se encuentra atenuado (Lopez-Ibor, 1969).

La angustia puede ser adaptativa o no, dependiendo de la magnitud con la que se presenta y del tipo de respuesta que se emita en ese momento; su patología versa en la proporción, intensidad y duración de las anomalías. La angustia normal no implica una reducción de la libertad del ser humano, mientras que la patológica refleja una reacción desproporcionada respecto a la situación que se presenta, siendo más corporal, primaria, profunda y recurrente; este tipo de angustia es estereotipada, anacrónica (revive continuamente el pasado) y fantasmagórica (imagina un conflicto tal vez inexistente) (Ayuso, 1988). Además, la angustia de carácter patológico genera trastornos como pueden ser las propias crisis de angustia. Puede darse el caso de que dichas crisis afloren de forma secundaria o simplemente que las acompañen otros trastornos como la neurosis obsesiva, la depresión o la psicosis. El sujeto no se ve capaz de iniciar una acción que alivie el sentimiento que está provocando esa angustia; ese estado de indefensión es el que le impide ser libre. Como consecuencia, esto conlleva un grave y marcado deterioro del funcionamiento fisiológico, psicológico y social del individuo. En esta línea, es la medicina psicosomática la que se encarga de estudiar el impacto que provocan determinadas situaciones nocivas y amenazantes en el propio sujeto y que, muy probablemente, le pueden llevar a desarrollar enfermedades físicas de gravedad. Los animales responden fisiológicamente con claros signos de miedo ante aquellas situaciones que se perciben como amenazantes o aquellas situaciones donde hay un peligro latente para ellos; sin embargo, el hombre tiene la capacidad de anticipar esa amenaza, siendo ésta la base de la angustia. Tanto en el caso del miedo como en el caso de la

angustia nos enfrentamos a una amenaza que no se distingue desde el punto de vista fisiológico y subjetivo. Aún así, se utiliza el término de miedo como una reacción normal ante un estímulo amenazante o ante una situación de peligro claramente identificable en el ambiente; por lo tanto, es reconocible la causa del sentimiento, es decir, tiene una explicación racional, e incluso existe la posibilidad de la presencia de un fracaso real para el sujeto, como puede ser la realización de una prueba de evaluación. Sin embargo, la angustia es carente de objeto, con sentimientos inmotivados y una respuesta anticipatoria (Ayuso, 1988).

La angustia puede estar relacionada con otros trastornos psíquicos, con enfermedades de índole somática (delirios tóxicos, alucinosis alcohólica, etc.) o incluso, con enfermedades metabólicas y endocrinas (hipertiroidismo, hipoglucemias, etc.). Su sintomatología es bastante extensa, mostrando síntomas de índole somática tales como taquicardia, palpitaciones, dolor u opresión precordial, palidez, exceso de calor, sensación de ahogo, náuseas, dispepsia, sensación de bolo esofágico, pesadez y sensación de hinchazón, frigidez, eyaculación precoz, enuresis, temblor, hormigueo, cefalea, vértigo, mareo, sudoración y sequedad de boca, entre otros (Ayuso, 1988). A nivel fisiológico aparece, por un lado, un aumento de la frecuencia cardiaca, del flujo sanguíneo, de la conductibilidad cutánea y de la actividad electromiográfica y, por otro lado, un descenso en el volumen del pulso digital; a nivel sanguíneo se observa un aumento de cortisol, adrenalina y noradrenalina (Ayuso, 1988). También, se destacan los síntomas subjetivos que se producen en el individuo que sufre angustia y las alteraciones de la conducta manifiesta, siendo éstas las más visibles. En definitiva, la angustia ha acompañado y acompaña al hombre en el curso de su existencia. Para la Filosofía, la mera condición del ser existencial es ya la base de la angustia, o forma parte de la misma en sí. Todo hombre experimenta el estado anímico de la angustia alguna vez en su vida; desde el momento del nacimiento y con la obligada y necesaria separación del vínculo materno, el ser humano cae en un estado de absoluta independencia que no reconoce y, por lo tanto, no puede interpretarlo como estado de libertad, llevándole a ser consciente de la limitación de su existencia humana. En esta línea, la angustia se ha definido como un modo de hundirse en la nada, pero es a la vez la manera de salvarse de esa misma nada que amenaza con aniquilar al hombre angustiado, es decir, una manera de salvarse de lo finito y de los engaños (Villanueva, 1981).

Por otro lado, para el psicoanálisis, la angustia es la primera experiencia del hombre, se produce en el nacimiento y puede ser según Freud, real, neurótica o moral provocada por el súper yo; puede expresarse en forma de temor concreto (como temor a morir, a enloquecer o a perder el juicio) o de forma más general, tal es el caso de un temor ante la nada. El psicoanálisis vive la angustia como una amenaza de disolución del yo; Freud afirmó que se produce sin relación con ningún tipo de condición, de manera tan incomprensible para nosotros como para el enfermo, que su acceso es espontáneo y libre, sin que pueda hallarse un peligro o pretexto; siempre está presente en la vida del ser humano, pudiendo adquirir distintos tipos de máscaras, pero aún así sigue siendo una, es decir, es la misma angustia de la que hablaron tanto nuestros antepasados como los profesionales de la salud.

En resumen, la angustia se conceptualiza como una emoción compleja, difusa y displacentera, presentando una serie de síntomas físicos que inmovilizan al individuo, limitando su capacidad de reacción y su voluntariedad de actuación; para que ocurra ésta, es necesaria la interacción entre distintos factores de tipo biológico, psicológico y social.

Evolución histórica del concepto

En cada cultura y en cada época, la angustia tiene una forma de expresión diferente, por lo que las causas y consecuencias de ésta dependen del contexto que se ubiquen. Aún así, al igual que otras emociones o conductas, es experimentada por todos los seres humanos, pudiendo presentarse ante una situación peligrosa, ante una enfermedad seria de carácter cardíaco o pulmonar, por ejemplo, o simplemente como una duda de tipo filosófico o religioso. La angustia marca una nota estática donde no hay una tendencia al escape, es decir, no hay una tendencia motora en el organismo que lo capacite para ponerse en marcha.

La Filosofía afirma que sólo a partir de sus propios postulados se puede explicar el contenido histórico y el concepto de angustia. Según aseguran los filósofos, ninguna otra ciencia ha conseguido ocuparse tan íntimamente de aquello que es primordial en el hombre y para el mismo y, por consiguiente, de la angustia en sí misma. Existe una angustia existencial, procedente de la misma entidad del individuo sano, del hecho mismo de vivir y convivir, angustia controlable y capaz de dinamizar aspectos creativos de la persona, facilitando el rendimiento y la motivación para la realización de proyectos

(Kierkegaard, 1844); este autor considera que el origen de la angustia que el individuo experimenta se encuentra en la posibilidad de ocurrencia del fallo, es decir, en la posibilidad de no acertar, de no tomar la decisión correcta, de no alcanzar la meta final perseguida. Para Kierkegaard, la nada en su sentido más general no significa muerte, como puede significar para otros pensadores, ya que eso para él no existe. Un pensador existencial nunca podría centrarse en esa nada, la nada no se percibe como una idea abstracta, sino como la posibilidad de no acertar el uso de la libertad del individuo, de que las posibilidades no actúen de forma adecuada. Otro filósofo de la época, Heidegger, piensa que la angustia está formada por un doble carácter; por un lado, la considera como un fenómeno de hundimiento de los puntos de apoyo y, por otro, como una máxima quietud que deja al individuo que la sufre clavado y fijo en ese nuevo vacío. Mientras Kierkegaard habla de la angustia como un presentimiento propio de la nada o como la nada sumergida en la propia existencia del individuo, es Nietzsche quien habla de ella como el miedo a la muerte, considerándola la enfermedad de Europa.

Más tarde, el psicoanálisis se ocupa de la angustia con gran relevancia, centrándose más en una angustia de carácter neurótico (Freud, 1971) y, a su vez, en las causas de la misma. El Psicoanálisis se enfrenta a grandes dificultades a la hora de diferenciar entre un tipo de angustia de índole neurótica y una angustia no neurótica. La primera es entendida como la formación del yo separado, es decir, una angustia donde hay una pérdida del placer. Un ejemplo de ésta, sería la angustia de castración edípica, entendiéndose cómo la única perteneciente al campo de lo simbólico; se manifiesta mayormente como una fantasía inconsciente y parte de la base de un conflicto neurótico en el individuo; además, es la que da paso al deseo genital y a la relación con otras personas sexuadas. La angustia neurótica es un producto de la libido (Freud, 1955). La angustia es en parte fisiológica, ya que está provocada por una descarga incontrolada de la libido en el individuo; por lo tanto, la angustia real se desencadena por la percepción de un peligro externo que se asocia a un reflejo de autoconservación, así pues, se presenta como una cuestión completamente normal y comprensible. De todas maneras, la reacción de protección podría intervenir sin acompañarse de una sensación de angustia, la cual, cuando es demasiado intensa, puede constituir un obstáculo paralizante para el sujeto; únicamente la huida es racional, ya que la angustia no responde a ningún fin. Más tarde, M.

Klein considera que la angustia es una reacción directa del organismo frente a la coexistencia en su estructura de la pulsión de vida y la pulsión de muerte. En 1949, López-Ibor utiliza por primera vez el término de angustia vital, concluyendo que la angustia que presentan algunos de sus pacientes neuróticos no refleja las características normales que manifiesta la misma en individuos sanos; esta angustia se torna más patológica a medida que aumenta su somatización, adquiriendo un carácter más morboso; según esto, el propio síntoma que ya es patológico, se fija de tal forma que comienza a evolucionar por sí mismo.

La angustia normal es entendida como una reacción de alerta percibida por un sujeto ante una situación peligrosa o de amenaza para él, pudiendo llegar a ser dinámica y controlar el flujo de determinadas conductas; cuando no se controlan los niveles normales de dicha angustia, ésta puede llegar a ser desproporcionada, destacando entonces en ella la inmovilidad, el bloqueo y la falta de acción para la realización de conductas adaptativas, siendo ésta la angustia neurótica. Aquí, el individuo continúa reaccionando ante los peligros instintivos con las mismas pautas arcaicas y desfasadas que utilizaba en los primeros años de su vida, como si el tiempo no hubiera transcurrido, como si las amenazas procedentes del exterior y las desencadenadas por los impulsos fueran iguales a las de entonces, y la capacidad del yo para hacer frente a unas y otras continuara siendo tan escasa como en aquellos momentos (Coderch, 1975). Además de estos dos tipos de angustia aparece una tercera, la psicótica, que se produce en las psicosis endógenas; ésta tiene una raíz mucho más profunda y marcada que las anteriores y aparece en los pacientes psicóticos; en la mayoría de los casos no puede ser aliviada mediante ansiolíticos, sino por medio de neurolépticos o antidepresivos (Scharfetter, 1977).

Más tarde, aparece el trastorno por ataques de angustia, que se inicia en la juventud; generalmente, se da en la tercera década de la vida, resulta más tardío que el correspondiente a la fobia simple y a la fobia social, que suelen aparecer en la adolescencia (Reich, 1986). No es común encontrar un caso de inicio de dicha angustia en un individuo que ha pasado los cuarenta años de edad. Las crisis de angustia (crisis de pánico) son trastornos en los que aparecen crisis recurrentes y se desarrollan con frecuencia actividades agorafóbicas ante el miedo de que una de estas crisis pueda aparecer cuando el sujeto esté solo o alejado de sus lugares o puntos de seguridad que

toma como referencia, derivándose, en innumerables ocasiones, en tanatofobia (miedo a la muerte) o en maníofobia (miedo a la locura); se destaca una angustia de tipo agudo, cuando el comienzo es brusco y ocurre ante un suceso específico, y una angustia de carácter crónico, cuando el estado habitual es de alerta constante, implicando con ello un descenso en el rendimiento laboral y un deterioro en las relaciones sociales. Por su parte, Zubiri (1992) apunta que no se trata de agitación o hiperactividad, sino todo lo contrario: una larvada "paralización"; para este autor la angustia es el gran peligro del hombre actual, la considera como todo lo contrario a una fuente de progreso para el ser humano. Bajo su punto de vista, el ser humano ha cultivado, queriéndolo o no, un régimen de aturdimiento, promovido por instrumentos como la televisión, el cine y la radio.

En definitiva, se puede afirmar que el psicoanálisis marcó una época, un concepto de angustia diferenciado de consideraciones previas y una clasificación de la misma bastante importante (angustia neurótica o no neurótica); aunque dejó paso a las nuevas perspectivas psicológicas que llegaban con fuerza para aproximarse al concepto, estas últimas no han destacado tanto en la evolución del concepto en sí.

Aproximaciones teóricas

El hombre occidental desde el renacimiento y, principalmente, desde la corriente filosófica existencialista (unida al pensamiento Kierkegaardiano), ha mostrado un gran interés respecto al término de angustia. Cronológicamente, podemos decir que la primera en aproximarse al concepto para establecer una base teórica clara fue la Filosofía pero, más tarde, a principios del siglo XX, el Psicoanálisis y Sigmund Freud se apoderan del término con gran fuerza para la literatura psicológica. Más tarde, serán la psicología clásica, el conductismo y la psicobiología las que continuarán décadas después hasta nuestros días, haciéndose cargo de la misma desde sus distintas perspectivas teóricas; cada una de ellas ha aportado al término algo con lo que perfeccionar nuestro conocimiento.

Enfoque filosófico

La tradición filosófica ha distinguido siempre entre esencia y existencia, teniendo principal relevancia la esencia en sí misma. Por lo tanto, la existencia estuvo a punto de ser devorada por la esencia o por la razón desde Hegel, pero con los esfuerzos de Kierkegaard esto no se produjo; con éste último autor nació la corriente filosófica del

existencialismo. Para los filósofos, la existencia es la propia experiencia del individuo, ya que el sujeto se percibe como un ser libre en el mundo y, a la vez, rodeado de la nada. Al hombre se le ha lanzado al mundo en busca únicamente del sentido de su existencia como individuo, por lo que está en él simplemente, sin haberlo pedido o deseado.

Enfoque científico-natural

La angustia se ha estudiado igualmente desde una perspectiva científico-natural. Debemos a Schulte la definición de angustia dentro de este marco teórico, donde la misma es entendida como sentimiento vital de índole penosa y carácter indefinido, y donde el individuo se siente impotente y entregado a algo desconocido. Aquí la angustia corresponde a una profundidad personal, al estrato emocional-vegetativo, es decir, a esa esfera próxima a lo corporal; se trata simultáneamente a lo corporal, a lo psíquico y a lo espiritual. El acontecimiento somático no sería en este caso ni causa ni consecuencia sino la propia manifestación de la angustia. En este enfoque no se trata de que el hombre sienta, padezca o tenga angustia, sino de que ésta se ha apoderado del individuo de tal forma que es el propio individuo el que se convierte en la misma, es decir, el ser humano es angustia en sí. Binder considera que la angustia tiene un triple origen: la angustia procedente del propio cuerpo humano (angustia vital), el peligro que amenaza al individuo a partir de un hecho concreto (angustia real) y el peligro que reside en la propia psique (angustia de conciencia moral). Más tarde, Kielholz distingue entre una angustia moral consciente y una angustia moral de tipo más inconsciente, correspondiendo esta última a la angustia neurótica del psicoanálisis.

Enfoque psicoanalítico

Desde una óptica dinámica, las normas sociales han llevado al ser humano a reprimir su libido por no encontrar un cauce apropiado, provocando la represión que da lugar al nacimiento de la angustia en el individuo; el psicoanálisis considera que es necesario un tratamiento para que se produzca una adecuada liberación de la misma. Para Freud, la angustia es el resultado de una excitación no liberada a nivel sexual, de manera que se manifiesta una tensión física de carácter sexual bastante marcada en el individuo, llevándole a una neurosis de angustia, por lo que es necesaria una elaboración psíquica. A raíz de esto, Freud desarrolla tres teorías de la angustia: la

primera como una manifestación de la libido reprimida, la segunda como representación de la experiencia del nacimiento y la tercera en la que considera a la ansiedad como una respuesta al aumento de la tensión afectiva. La primera teoría de Freud aparece en 1905, y nos viene a decir que la libido se convierte en angustia, tanto en el niño como en la persona adulta, en el instante en el que no puede alcanzar su satisfacción, indicando que ésta al principio aparece en el niño únicamente ante la ausencia de la persona amada. Más tarde, en la década de los años treinta, cuando Freud escribe "Introducción al Psicoanálisis", distingue entre una angustia real y una angustia neurótica. En su segunda teoría de la angustia, le da a ésta una función del yo cuando se presenta una señal de falta de placer que moviliza todas las energías presentes para luchar contra las pulsiones procedentes del ello. Aquí, se afirma que el yo es la sede de la angustia, rechazando la idea que defiende que la energía de la moción reprimida es transformada en angustia de inmediato. Freud añade que el origen de la angustia estaba en el propio exceso, y a esto se le encuentra un modelo análogo en la Biología, concediendo a la misma un valor más destacado (Freud, 1971); este autor determina que sus pacientes muestran distintos tipos de neurosis y que éstas se presentan como distintos mecanismos de defensa frente a la angustia que manifiestan, pero ésta no es consecuencia en sí de la neurosis, sino que es entendida como causa, apareciendo ante estímulos que no pueden integrarse entre sí. Por último, la angustia anticipa y reacciona ante el peligro simultáneamente, llevando al individuo a la neurosis de angustia, haciéndole sentir como perturbado; además, tiene como característica principal la indeterminación y la ausencia del objeto, presentándose como una señal, síntoma y defensa.

Enfoque clásico

La psicología clásica introduce a Ribot y su teoría de la angustia dentro del campo de las emociones. Desde este enfoque se estudian diversas emociones como la cólera, la ternura, el egoísmo o la emoción sexual, pero su estudio se centra principalmente en la emoción de temor, llegando a confundirla con la angustia, al igual que le ocurre a Ribot. Este autor considera que aquel temor más consciente y razonado, por ser a su vez el más frecuente, es llamado en sí mismo angustia, mientras que el otro temor inconsciente e instintivo sería aquel que no forma parte de la experiencia del individuo, por ser anterior y primitivo.

Enfoque conductista

Más tarde, el conductismo propone que la angustia es una conducta aprendida; por lo tanto, la teoría del aprendizaje afirma que los estímulos que anteceden a los no condicionados se convierten en condicionados, derivando esto en una respuesta condicionada. Esta respuesta condicionada sería la angustia en sí misma que, a su vez, estaría determinando una conducta de evitación. Hay que tener en cuenta las variables disposicionales en esta teoría, ya que son las que facilitan que se dé la respuesta de angustia en el individuo. Un individuo con angustia es aquel que, a parte de haber aprendido a generalizar a distintos ambientes su respuesta de angustia, la manifiesta de forma excesiva y constante, siendo de fácil aparición con alta frecuencia e intensidad. El conductismo asegura que con un tratamiento adecuado se pueden “desaprender” los comportamientos angustiosos. Las conductas de evitación que se manifiestan en los ataques de angustia de los pacientes se ven reforzadas, por lo que la agorafobia que pueden presentar en algunos casos no mejora, siendo necesario el tratamiento conductual, mejorando el paciente cuando se le aplica una desensibilización sistemática de sus fobias.

Enfoque psicobiológico

Profundizando en la psicobiología, se observa que también ha dejado en los últimos años una parte de sus estudios destinada a la angustia. El complejo GABA, un receptor de benzodiazepinas, aparte de estar implicado en la acción ansiolítica de las mismas, se ha descubierto que puede tener una clara relación con la angustia. Se hipotetiza la existencia en el cerebro ligandos endógenos que, al interaccionar con dicho receptor, estén relacionados con algunas funciones fisiológicas. En la actualidad, es posible afirmar que el GABA asociado a los receptores específicos para las benzodiazepinas y los sistemas de neurotransmisión noradrenérgica y serotoninérgica están relacionados con la psicobiología de la angustia pero, aún así, queda mucho por desvelar en este campo.

El estrés

Introducción

El estrés supone un hecho habitual de la vida del ser humano, ya que cualquier individuo, con mayor o menor frecuencia, lo ha experimentado en algún momento de su existencia. El más mínimo cambio al que se expone una persona es susceptible de provocárselo.

Tener estrés es estar sometido a una gran presión, sentirse frustrado, aburrido, encontrarse en situaciones en las que no es fácil el control de las mismas, tener problemas conyugales, etc. El origen del término estrés se encuentra en el vocablo *distres*, que significa en inglés antiguo “pena o aflicción”; con el uso frecuente se ha perdido la primera sílaba. El vocablo ya era usado en física por Selye, aludiendo a la fuerza que actúa sobre un objeto, produciendo la destrucción del mismo al superar una determinada magnitud; para este autor, el estrés es una respuesta inespecífica del organismo ante una diversidad de exigencias. Se trata de un proceso adaptativo y de emergencia, siendo imprescindible para la supervivencia de la persona; éste no se considera una emoción en sí mismo, sino que es el agente generador de las emociones. En todo caso, el estrés es una relación entre la persona y el ambiente, en la que el sujeto percibe en que medida las demandas ambientales constituyen un peligro para su bienestar, si exceden o igualan sus recursos para enfrentarse a ellas (Lazarus y Folkman, 1984). Por ejemplo, cuando los individuos imaginan cómo puede ser un hecho estresante, la primera asociación que establecen es negativa, es decir, resulta más común pensar en algo que cause daño, en la muerte reciente de algún ser querido, en la pérdida de trabajo, en la enfermedad, en una mala experiencia. No obstante, una situación o hecho positivo igualmente causa estrés como, por ejemplo el cambiar de casa o lugar de residencia, el ascender en el trabajo y tener más responsabilidades, o enamorarse, que puede llegar a provocar el mismo estrés que cuando un individuo rompe una larga relación de valor afectivo para él. Bajo esta perspectiva, los autores barajan diversos datos, unos se relacionan más con la rama de la fisiología y otros, en cambio, con la Psicología, siendo esta última la que engloba un mayor número de manifestaciones en el sujeto, dado que los individuos responden a cualquier demanda del entorno, incluyendo las de naturaleza psicosocial. Si el sentimiento de carácter negativo aparece de forma constante en el sujeto y no es tratado adecuadamente, puede conducir a un bajo rendimiento en la vida cotidiana, debilitando la salud (Olga y Terry, 1997). Casi todas las personas han oído hablar del estrés, pues es éste un término que utilizan por igual profesionales de la salud y profanos en la materia. En general, cuando los individuos hablan de él se refieren a la tensión que se experimenta en la sociedad actual. La Psicología, la Psicopatología y la medicina psicosomática han empleado el término de estrés, en ocasiones, con excesiva libertad y falta de rigor científico. No se trata de la dificultad

que puede suponer su traducción a otros idiomas, ya que para los anglosajones no está muy claro aún el significado del concepto en sí; para unos es sinónimo de sobresalto, para otros hace referencia a malestar y, para la mayoría, un generador de tensión para el sujeto. No obstante, en todos estos casos, el estrés es entendido como algo negativo, perjudicial o nocivo para el ser humano, ya que produce dolores de cabeza, indigestión, resfriados frecuentes, dolor de cuello y espalda e infelicidad en las relaciones personales más cercanas (Olga y Terry, 1997); además, el estrés puede incapacitar al individuo en el ámbito laboral, provocar crisis nerviosas recurrentes, depresión, ansiedad o incluso dar lugar a la muerte por un ataque al corazón. En cambio, otras personas lo perciben como algo positivo para sus vidas, describiéndolo como una experiencia placentera, divertida y estimulante, sintiéndose más capaces de hacer frente a las demandas del entorno de forma libre, exponiéndose a situaciones de riesgo con la confianza de superarlas con éxito. La vivencia del estrés como positivo o negativo va a depender de la valoración que realiza el individuo de las demandas de la situación y de sus propias capacidades para hacer frente a las mismas. Según esto, el ser humano se enfrenta continuamente a las modificaciones que va sufriendo el ambiente, percibiendo y reinterpretando las mismas con objeto de poner en marcha conductas en función de dicha interpretación. Hay ocasiones en las que la demanda del ambiente es excesiva para el individuo, por lo que su repertorio conductual para hacer frente a la situación generadora de estrés es insuficiente, al igual que cuando se enfrenta a una situación nueva para él (Olga y Terry, 1997).

El estrés puede provocar distintos problemas de salud, entre ellos están el asma, el infarto de miocardio y las alteraciones gastrointestinales e inmunológicas (McEwen, 1995). Así, la descripción de la conexión entre el estrés y la enfermedad se basa en el concepto de alostasis, que se refiere a la posibilidad de que se produzcan cambios fisiológicos relevantes con el fin de mantener la homeostasis frente a la demanda de aumento de la actividad (Sterling y Eyer, 1988); este sistema alostático se pone en marcha por la acumulación de distintos acontecimientos aversivos que dan lugar al desgaste de los tejidos y órganos, provocando, a largo plazo, la enfermedad (McEwen, 1995). Por último, las experiencias estresantes proceden de tres fuentes básicas: el cuerpo, el entorno y los pensamientos; la primera fuente de estrés es de carácter fisiológico,

existiendo innumerables circunstancias en la vida que afectan al organismo como por ejemplo, las restricciones en la dieta, los malos hábitos y los cambios de horario en nuestro tiempo diario de sueño, las nuevas enfermedades, los accidentes, las problemáticas y dificultades de la adolescencia, el envejecimiento, etc. Las amenazas procedentes del ambiente producen en el cuerpo cambios, concretamente, las que se refieren a la adaptación, ya que con ellas el ser humano se ve obligado a mantener horarios rígidos en su vida diaria, a aguantar las exigencias de las relaciones sociales, a soportar el ruido, la contaminación y las aglomeraciones de la gran ciudad, influyendo negativamente en su seguridad y su autoestima. A continuación, vamos a realizar un recorrido histórico, reflejando la evolución y las modificaciones que ha sufrido el concepto de estrés hasta nuestros días.

Evolución histórica del concepto

El interés por el estudio del estrés es ya antiguo, pudiendo encontrarse sus raíces en distintas etapas de la historia. La utilización del término para referirse a los problemas y adversidades se remonta al siglo XIV. Posteriormente, la formulación más clara del concepto tuvo lugar en el siglo XVII a través del trabajo del físico Robert Hooke. Éste concibe el estrés como la relación entre la “carga” externa ejercida sobre un objeto y la deformación experimentada por el mismo, dependiendo el resultado de las propiedades estructurales del objeto y de las características de la fuerza externa; este planteamiento realizado desde la Física manifiesta el carácter interactivo del concepto. La palabra estrés se aplica a los seres humanos en el siglo XVIII para aludir al estado de resistencia ofrecido frente a las influencias extrañas, mientras que el término *stress* se ha utilizado en la lengua inglesa primero en un contexto social y después, en la Física y en la industria metalúrgica, refiriéndose a un apremio o fuerza ejercida sobre algún objeto provocando una tensión (Alonso-Fernández, 1997). En 1936, Hans Selye introdujo el término estrés como un síndrome específico constituido por cambios inespecíficos del organismo inducidos por las demandas que se le hacen; inicialmente, el estrés se desarrolla a partir de los trabajos de Selye (1936, 1960, 1974) como un término novedoso y relevante en la Medicina. Este autor consideró la respuesta de estrés como un conjunto de respuestas fisiológicas de carácter hormonal que tienen lugar por la activación del eje hipotálamo-hipófiso-córticosuprarrenal, con la correspondiente elevación de la secreción de corticoides y del

eje simpático-médulo-suprarrenal, así como la reacción a estímulos inespecíficos. El agente desencadenante del estrés es un elemento que atenta contra el equilibrio del organismo, incrementando la necesidad de reequilibrarse. Según Selye, “el estrés es una respuesta no específica del organismo ante cualquier demanda que se le imponga”; dicha respuesta puede ser de tipo psicológico (mental) o fisiológico (física/orgánica). Sin embargo, según la literatura científica, el estrés implica cualquier factor que actúe interna o externamente, al cual se hace difícil adaptarse y que produce un aumento en el esfuerzo por parte de la persona con el fin de mantener un estado de equilibrio dentro de sí mismo y con su ambiente externo.

Los investigadores no han conseguido crear aún una definición que satisfaga a todos; de hecho, el estrés se puede conceptualizar desde tres claras y grandes perspectivas teóricas (Cohen *et al.*, 1982; Elliot y Eisdorfer, 1982); existen definiciones en las que se considera como un estímulo, otras que están centradas en la respuesta producida en el organismo y, en tercer lugar, las definiciones de tipo interactivo o transaccional. Miller (1997) define el estrés como cualquier estimulación vigorosa, extrema o inusual que, ante la presencia de una amenaza, causa algún cambio significativo en la conducta; asimismo, Basowitz, Persky, Korchin y Grinker (1955) conceptualizan el mismo como aquellos estímulos con mayor probabilidad de producir trastornos. A modo de ejemplo, se mencionan las condiciones generadas dentro del organismo como el hambre o la apetencia sexual, convertidos en estados hormonales y estímulos que son originados a partir de características neurológicas determinadas (White, 1959). Por lo tanto, se entiende el estrés como estímulo cuando un suceso da lugar a una alteración en los procesos homeostáticos (Burchfield, 1979). Appley y Trumbull (1977) hacen uso del término para describir aquellas situaciones novedosas, de carácter cambiante, intensas, inesperadas o repentinas, incluyendo aquellas que superan los límites de la tolerabilidad, así como el déficit estimular, la ausencia de estimulación o la fatiga producida por ambientes aburridos; sin embargo, McGrath (1970) considera que este punto de vista no explica las diferencias individuales que se presentan ante una misma situación. Además, se mantiene una concepción del ser humano como mero sufridor pasivo de las condiciones ambientales (Blanco, 1986; Cox, 1978). Por otra parte, la aparición de determinadas respuestas evidencia que el organismo ha sufrido un estado de tensión recientemente, por lo tanto, el estrés es

una conducta que aparece cuando las demandas del entorno superan la capacidad del individuo para afrontarlas (Kals, 1978). Este planteamiento dio lugar a que se conceptualizara el estrés como aquella respuesta no específica del organismo ante cualquier demanda (Selye, 1980). A raíz de ello, las definiciones basadas en la situación predominan en las investigaciones sociológicas, mientras que otras disciplinas asumen definiciones de corte biológico (Novaco y Vaus, 1985). Se ha señalado que esta segunda visión no ha conseguido asentarse dado que aquellas situaciones que causan un patrón determinado de respuestas como, por ejemplo, taquicardia, aumento de la presión sanguínea y otras, serían las situaciones que generarían estrés, pero existe una variabilidad enorme de situaciones que no están vinculadas al estrés y sin embargo provocan el mismo patrón fisiológico de respuesta, como por ejemplo hacer ejercicio físico o la pasión amorosa (Blanco, 1986; McGrath, 1970). Con objeto de superar la controversia establecida a raíz de los dos planteamientos anteriores, surge el estrés como interacción entre el organismo y el ambiente que lo rodea; ésta perspectiva transaccional permite controlar una serie de variables intermedias entre sujeto y entorno, siendo defendida por varios autores (Cox, 1978; Folkman, 1984; Lazarus y Folkman, 1986; McGrath, 1970; Mechanic, 1976). Folkman (1984) dice que el estrés no pertenece a la persona o al entorno, ni tampoco es un estímulo o una respuesta, más bien se trata de una relación dinámica, particular y bidireccional entre el sujeto y el entorno, actuando uno sobre el otro. Por su parte Lazarus (1981) afirma que los seres humanos no son víctimas del estrés, sino que su forma de apreciar los acontecimientos estresantes (interpretación primaria) y sus propios recursos y posibilidades de afrontamiento (interpretación secundaria) determinan la naturaleza del mismo; el afrontamiento se concibe como un esfuerzo conductual y cognitivo dirigido a reducir las exigencias internas y/o externas causadas por las transacciones estresantes (Lazarus y Folkman, 1984). Así, Turcotte (1986) afirma que el estrés es el resultado de las transacciones entre la persona y su entorno, considerando que el origen del estrés puede ser positivo (oportunidad) o negativo (obligación), el resultado es la ruptura de la homeostasis psicológica o fisiológica, desencadenando emociones y movilizandolas energías del organismo. Por todo ello, un estímulo se considera estresante cuando tiene la capacidad de poner en marcha una respuesta fisiológica de estrés en el individuo, mientras que una respuesta recibe el apelativo de estrés cuando es producida por una demanda del ambiente, un daño determinado o una

amenaza; esto implica estímulos, respuestas y los procesos psicológicos que median entre ellos. El estrés psicológico es aquel que establece una relación entre el individuo y el ambiente; por lo tanto, la Psicología se centra en el estudio de las causas que provocan este estado en diferentes sujetos a través del análisis del afrontamiento individual y la evaluación cognitiva que conlleva. El afrontamiento le sirve al sujeto para controlar las demandas que evalúa como estresantes y todas las emociones que generan, mientras que la evaluación cognitiva determina hasta que punto una relación individuo-ambiente es estresante. Por su parte, las demandas que recibe el individuo pueden proceder del ambiente físico que le rodea como, por ejemplo, el frío y el calor extremos, pero mayormente procederán del ambiente social en el que está más inmerso, denominándose estrés psicosocial del individuo. Las demandas que, por su particular intensidad, novedad e indeseabilidad, requieren una respuesta esforzada (Campas, 1987) o de afrontamiento (Cohen, Kamark y Mermelstein, 1983; Lazarus y Folkman, 1984) son las que realmente se consideran estresantes. Entonces, el estrés es una fuerza que induce malestar o tensión tanto sobre la salud física como sobre la emocional (Lewen y Kennedy, 1986). Por último, es necesario resaltar que en numerosos estudios experimentales se ha mostrado que los efectos fisiológicos, psicológicos y conductuales de los estresores dependen, en gran medida, de procesos cognitivos, apareciendo inmediatamente cambios orgánicos generalizados, lo que hace que se aumente el nivel de activación fisiológica (Anisman, Kokkinidis y Sklar, 1985). Además, la persistencia de esta reacción más allá de los recursos de afrontamiento del sujeto provoca una serie de respuestas desadaptativas en los sistemas orgánicos y psíquicos (Martínez-Sánchez y García, 1993). Por ello, en la actualidad el término se utiliza para describir un proceso psicológico originado ante una exigencia al organismo, frente a la cuál éste no tiene información para proporcionarle una respuesta adecuada, activando un mecanismo de emergencia consistente en una activación psico-fisiológica que recoge más y mejor información, procesándola e interpretándola más rápida y eficientemente, lo que permite al organismo mostrar una respuesta adecuada a la demanda (Fernández-Abascal, 1995). Recientemente, el estrés se aborda desde una perspectiva psicosocial, considerando que las condiciones sociales (apoyo social, aspecto socioeconómico, estatus marital, rol laboral, etc.) pueden estar implicadas en el origen de las experiencias estresantes, ya que las situaciones sociales son capaces de causar altos niveles de

estrés, repercutiendo negativamente en la salud, calidad de vida y longevidad (Cockerham, 2001); desde esta perspectiva, la experiencia del estrés es entendida como una consecuencia inevitable de la organización social, y no tanto como antecedentes anormales de un trastorno, según se ha mantenido en la Psicología y la Medicina (Sandín, 2003). Éste autor realiza un estudio sobre la naturaleza y el origen de los estresores a partir de un análisis basado en el papel de los factores sociales, poniendo de manifiesto tres formas de estrés (estrés vital, estrés de rol y estrés provocado por contrariedades cotidianas), pudiendo contribuir todas ellas a predecir las perturbaciones de salud asociadas al estrés; según esto, el estrés experimentado por el individuo es el producto de la interrelación entre tales categorías de estresores, dependiendo en gran medida de los recursos personales y sociales (estrategias y recursos de afrontamiento y apoyo social) que poseen las personas para hacer frente a los efectos del estrés. Hoy en día el término estrés hace referencia a una sobrecarga emocional que experimenta el individuo, vinculada a una exigencia desproporcionada del ambiente, y que se manifiesta en un estado de nerviosismo porque requiere un sobreesfuerzo por parte del individuo, poniéndole en riesgo de enfermar. En definitiva, el estrés es la respuesta fisiológica y psicológica del cuerpo ante un estímulo (estresor), que puede ser un evento, objeto o persona.

Aproximaciones teóricas

En el contexto popular se utiliza la palabra estrés con un sentido diferente al que se le da en un contexto profesional, por lo tanto, es importante establecer cómo se debe interpretar dicho concepto; el estrés es un fenómeno complejo que se aplica de forma diferente según el sesgo científico, por lo que se plantean tres orientaciones: por un lado, el enfoque fisiológico, que considera el estrés en términos de respuesta (Selye, 1956); por otro, la orientación psicológica y a su vez la psicosocial, que enfatizan la situación estimular (Holmes y Rache, 1967), asumiendo el estrés como algo externo y focalizado en el estímulo; finalmente, la interacción entre los dos planteamientos anteriores (Lazarus, 1966), que será la que marque el desarrollo de la teoría general del estrés y de su aplicación a la psicopatología.

Enfoque físico

El estrés procede del campo de la Física, las fuerzas

aplicadas a un objeto pueden llevarlo hasta un punto de rotura o desintegración por la presión ejercida. Así, cuando se coloca un peso sobre cualquier cuerpo, éste ejerce una presión sobre el mismo. Más tarde, Lader (1971) señala que el concepto de estrés es más filosófico que científico o físico por implicar valores, modelos de vida dirigidos por la cultura y evaluaciones circunstanciales. La Filosofía afirma que el concepto de salud ha sido siempre competencia suya o, como mucho, de la Estadística, pero que la Medicina ha tratado de conceptualizarlo para plantear sus objetivos y modelos a raíz de ello.

Enfoque médico

Cuando inicialmente la Medicina consideró hacerse cargo del término estrés, partió de la idea de que el organismo es un sistema encargado de mantener el equilibrio interno u homeostasis, mediante mecanismos de *feedback* (Cannon, 1932); este modelo implica estabilidad, retroalimentación negativa e imposibilidad de transformación. No obstante, el hecho de ver el estrés como alarma del organismo a través de la actividad simpático-adrenal, ha puesto de manifiesto una relación causal entre enfermedad y ruptura homeostática.

Alexander (1962) considera que el concepto de enfermedad constituye una función relacionada con multitud de variables, tales como una constitución hereditaria, enfermedades orgánicas y experiencias primordiales de la infancia referentes al cuidado, al sueño, al clima afectivo y a los rasgos específicos de los padres y del entorno. Según esto, la agresión procedente del medio externo desencadena en el sujeto una reacción de tensión. Así, ciertas enfermedades en su origen, como la diabetes por ejemplo, se han producido debido a una emoción-choque primeramente en el individuo, siendo la violencia que recibe el mismo del entorno lo que potencia el desarrollo de determinadas enfermedades. No hay que olvidar que cada individuo tiene su historia previa y que, por lo tanto, el significado de un acontecimiento va a ser muy particular, dependiendo de la persona en cuestión. Aquellas situaciones que llevan a la enfermedad están relacionadas con la significación afectiva del individuo por la relación problemática no resuelta, teniendo un papel muy estresante para el propio individuo. Además, la tensión crónica puede provocar trastornos funcionales crónicos, dando lugar a la lesión orgánica.

Enfoque fisiológico

El científico canadiense Hans Selye fue quien otorgó categoría médica al término estrés en 1936 en el curso del estudio del eje hipofisario-suprarrenal, describiéndolo como el “síndrome de estrés biológico” o “síndrome general de adaptación”; este autor afirma que no es lo mismo hablar de estrés en el ámbito de la Física que hacerlo en el ámbito de la Psicología, pues, a diferencia que en esta última, en la Física la presión que se ejerce es sobre un cuerpo sin vida. Selye (1956) detalla los ejes biológicos a través de los que se produce la transformación, considerando la posibilidad de su implicación en trastornos tales como la úlcera péptica. La agresión que el organismo recibe y su reacción conduce a Selye a revelar que la secuencia de respuestas que se presenta hace que el organismo supere o no esa estimulación perturbadora del equilibrio interno llamada estrés, por lo que la secuencia se divide en tres fases con sus correspondientes implicaciones biológicas: reacción de alarma o periodo de choque, caracterizado por una alteración fisiológica (taquicardia, insomnio, etc.), seguido de una fase de resistencia y, por último, una fase de agotamiento, que da lugar a las llamadas enfermedades de adaptación. Siguiendo a dicho autor, se constata que el término referido alude al estado del organismo, es decir, a su respuesta biológica, mientras que lo que él llama “agente estresor” sería el agente agresivo exterior, siendo éste la causa. Según esta perspectiva, se puede hablar de adaptación pasiva en el sujeto, ya que no siempre es necesaria su participación, de manera que cuando el sujeto ignora las agresiones somáticas con poder estresante, como puede ser el inicio de una infección, entonces se estaría refiriendo a esta adaptación pasiva. Más tarde, en 1949, los participantes en la conferencia de estrés y trastornos cardiacos reconocen la contribución del estrés en la etiología y cronificación de dichos trastornos.

Enfoque biológico

El estrés implica una sobreactivación biológica provocada por la acción funcional del sistema reticular (Ursin, 1979); esto es una consecuencia del bombardeo de estímulos tanto de carácter interno como externo que influyen en el mismo. El sistema reticular mantiene una serie de relaciones funcionales con los lóbulos cerebrales, especialmente con el lóbulo frontal, que es el encargado de evaluar, planificar y regular las estrategias conductuales del ser humano. Por ello, los procesos cognitivos, la evaluación de los recursos propios y el establecimiento de determinados planes de acción son lo que

marca la actividad del sistema reticular. Si el estrés se expresa biológicamente a través de un estado de activación general, se plantea el dilema de si se considera como factor de riesgo para sufrir una enfermedad a la hora de conceptualizar el término. Resulta difícil determinar si lo que se detecta es una activación tónica (estado de alerta y afrontamiento) o fásica (sobrestimulación del estado tónico) (Ursin, 1979), ya que los indicadores biológicos del estrés siguen estando mal definidos (Ursin, 1982). La secuencia cronológica del estrés y su estrecha interacción funcional pueden dar lugar a hechos indetectables desde una perspectiva fragmentaria. Cuando el organismo reacciona ante el estrés se activa su sistema nervioso autónomo, liberándose catecolaminas y produciéndose una estimulación del sistema neuroendocrino, siendo ACTH y cortisol en su liberación las dos hormonas por excelencia del estrés.

Enfoque cognitivista

Posteriormente, en el contexto de la Psicología, se añade un enfoque cognitivista a la concepción hormonal y periférica existente, considerando el papel de los factores psicológicos en la producción de la respuesta endocrina y en la posibilidad de manifestaciones psicopatológicas en el individuo como consecuencia de estos factores mencionados. Mason piensa que el mediador principal en las numerosas experimentaciones fisiológicas de Selye podría tener como soporte el sistema nervioso central, en tanto interviene en una excitación emocional. Por ello, el concepto de no especificidad, piedra angular de la teoría de Selye, se replantearía, ya que ante distintos estímulos, si la respuesta hormonal es similar, puede ser debido a que la respuesta es a un solo estímulo o a una gran variedad de situaciones, siendo el componente común la emoción en sí. Esta simplificación del estrés ha causado grandes controversias, incluso algunos autores la han tachado de injustificable, concluyendo que se puede admitir cuando el factor de estrés es intenso y de corta duración, lo que hace pensar que es poco probable su participación en aquellas condiciones de estrés de carácter crónico o repetitivo.

Uno de los modelos más reconocidos en el campo de la Psicología fue el propuesto por Lazarus en 1966, el cual pone énfasis en los factores psicológicos del estrés mediante diversas variables que tienen lugar en el proceso (las demandas y exigencias del medio externo e interno, los recursos del propio sujeto y el grado de satisfacción que experimenta). Cuando en esta época el estrés se

conceptualizó como un desequilibrio sustancial entre las demandas ambientales y la capacidad de respuesta del organismo, éste se considera como una respuesta negativa e intrínseca, ignorando su carácter adaptativo capaz de aportarle recursos al sujeto (McGrath, 1970).

Enfoque bio-psico-social

Finalmente, hay que decir que el estrés integra tres componentes: el psíquico, el social y el biológico, y es a raíz de esto cuando el concepto queda entendido con una magnitud bio-psico-social. Existe una multitud de estudios que han puesto de manifiesto como la falta de recursos del individuo para controlar las demandas sociales y psicológicas puede dar lugar al desarrollo de enfermedades cardiovasculares, hipertensión, asma, jaquecas, úlcera péptica, dolores musculares, depresión y otros problemas de salud, así como la presencia de conductas de enfermedad (Cockerham, 2001; Mechanic, 1976; Siegrist, Siegrist y Weber, 1986; Turner, Wheaton y Lloyd, 1995). La personalidad está cada vez más implicada en el estrés, imponiéndose, hoy día, el modelo de estrés entendido como una transacción entre el individuo y el ambiente. Dicho enfoque define el estrés como una relación entre la persona y el entorno, el cual es percibido por el individuo como algo impuesto que excede sus recursos, poniendo en peligro su bienestar (Lazarus y Folkman, 1984). Los individuos perciben de forma distinta la amenaza que representan las situaciones estresantes, haciendo uso de varias habilidades, recursos y capacidades, tanto personales como sociales, a fin de controlar esas situaciones potencialmente estresantes (Aneshensel, 1992; Brown y Harris, 1989; Cockerham, 2001; Kessler, 1997; Lazarus y Folkman, 1984; Mechanic, 1978; Miller, 1997; Pearlin, 1989; Mullan y Whitlatch, 1995; Sandín, 1999; Thoits, 1983, 1995; Turner y Marino, 1994; Wheaton, 1985). Dentro del modelo transaccional el término es visto como un producto, siendo el resultado de la interacción entre diferentes factores que, presuntamente, juegan un papel causal. Esta definición conduce, por tanto, a afirmar que determinados factores individuales como las características predisposicionales, las motivaciones, las actitudes y la propia experiencia, son claves para determinar la percepción y la valoración que hacen los sujetos de las demandas de distintas situaciones; esto acarrea los distintos estilos de afrontamiento de cada individuo. Tanto las demandas del entorno como las

apreciaciones cognitivas, los esfuerzos de afrontamiento y las respuestas emocionales, están interrelacionadas de forma recíproca, de manera que cada una de ellas afecta a las otras. Por lo tanto, a corto plazo se influye en la respuesta emocional y, a largo plazo, en la propia salud del individuo.

Hoy en día, el estudio del estrés cobra un enorme interés desde el marco social y el enfoque de los sucesos vitales, posibilitando el estudio epidemiológico de grupos sociales y niveles de riesgo y estableciendo estrategias de afrontamiento y prevención selectiva, lo cual supone una orientación social de la salud distinta a la antigua concepción médica (Sandín, 1999). Existe un tipo de estrés social crónico, en el que los estresores están asociados a los principales roles sociales, como las dificultades en el trabajo, problemas de pareja o desajustes en las relaciones padres-hijos. Pearlin (1989) distingue los siguientes tipos de estresores crónicos: estresores por sobrecarga de roles, conflictos interpersonales en conjuntos de roles, conflictos entre roles, cautividad de rol, por reestructuración de rol (evolución del propio rol); a estos se añaden otras condiciones como la de ser pobre, residir en zonas con elevada delincuencia, padecer enfermedades crónicas graves, entre otras. En esta línea, la literatura científica ofrece una gama amplia de estudios que ponen en evidencia los efectos negativos del estrés crónico sobre la salud, considerando al mismo como la forma de estrés psicosocial más perjudicial para la salud de las personas (Boekaerts y Röder, 1999; Cockerham, 2001; Fernández-Montalvo y Piñol, 2000; Matud, García y Matud, 2002; Moreno-Jiménez, González y Garrosa, 1999; Sandín, 1999; Trujillo, Oviedo-Joekes y Vargas, 2001). Otro tipo de estrés que ha sido investigado recientemente es el estrés diario (Sandín, 1999; Santed, Sandín, Chorot y Olmedo, 2000, 2001), encontrándose éste en un camino intermedio entre el estrés reciente (estrés por sucesos vitales) y el estrés crónico; el estrés diario se refiere a las contrariedades o sucesos menores que están determinados situacionalmente o son repetitivos, debido a la permanencia en el mismo contexto con demandas consistentes o porque las estrategias de afrontamiento son ineficaces.

Conclusiones

Los conceptos de ansiedad, angustia y estrés han sido confundidos a lo largo de la historia; éstos se han explicado a partir de enfoques procedentes de distintas disciplinas. En el presente artículo

se han revisado sus definiciones, su evolución histórica y las aproximaciones teóricas que se han planteado en torno a los mismos, llegando a las siguientes conclusiones:

- A pesar de la multitud de intentos por distinguir entre los conceptos de ansiedad, angustia y estrés por parte de filósofos, médicos y psicólogos, en la actualidad se siguen confundiendo dichos términos de manera que, a menudo, se combinan o se usan indistintamente.

- El abordaje de la ansiedad ha tenido un proceso paulatino y complejo, empezando por la filosofía existencial, pasando por el psicoanálisis de Freud para llegar a tener múltiples conceptualizaciones conductuales, cognitivas y cognitivo-conductuales. Actualmente, las teorías que dan una explicación sólida del término son las referentes a la ansiedad-estado y ansiedad-rasgo.

- La Filosofía, con sus grandes pensadores como Heidegger o Kierkegaard, es la corriente que mejor abordaje ha realizado del concepto de angustia, considerando a la misma como una amenaza de disolución del yo, manifestada en el temor a morir, a enloquecer o un temor ante la nada; menos impacto ha tenido el psicoanálisis, considerándola como una excitación sexual reprimida.

- Los orígenes del estrés se remontan a la Física, aunque con el transcurso del tiempo éste ha sido abordado desde un modelo bio-psico-social integrador en el que el enfoque psicológico aportó definiciones del estrés como estímulo, como respuesta y/o como interacción entre ambos.

- A lo largo de la historia se ha mantenido que en la angustia predominan los síntomas físicos, mientras que en la ansiedad imperan los psicológicos, de manera que la primera tiene un efecto paralizante sobre el individuo, mientras que en la segunda se activa la reacción motora de sobresalto. No obstante, en la actualidad cuando se habla de ansiedad se alude tanto a síntomas físicos como psicológicos.

- La distinción más compleja en la actualidad es entre los términos de ansiedad y estrés por el gran solapamiento entre uno y otro; quizás la corriente que mejor diferenciación ha realizado de los mismos es la psicofisiología, por considerar la importancia de los procesos fisiológicos en el estrés frente a los sentimientos subjetivos implicados en el estado de ansiedad.

- El estrés es claramente diferenciable de los conceptos de

ansiedad y angustia al considerarlo como un resultado de la incapacidad del individuo frente a las demandas del ambiente, mientras que la ansiedad es destacable al entenderla como una reacción emocional ante una amenaza manifestada a nivel cognitivo, fisiológico, motor y emocional; por último, la angustia forma una amenaza a la existencia del individuo, a sus valores morales y a su integridad tanto física como psicológica.

Referencias

- Akiskal, H. S. (1985). Anxiety: definition, relationship to depression and proposal for an integrative model. In A. H. Tuma & J. D. Maser (Eds.), *Anxiety and the anxiety disorders*. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Alexander, F. (1962). *La médecine psychosomatique*. Paris: Payot.
- Alonso-Fernández, F. (1997). *Psicopatología del trabajo*. Barcelona: Edikamed.
- Aneshensel, C. S. (1992). Social stress: Theory and research. *Annual Review of Sociology*, 18, 15-38.
- Anisman, H., Kokkinidis, L., & Sklar, L. S. (1985). Neurochemical consequences of stress. In S. R. Burchfield (Ed.), *Stress: Psychological and physiological interactions* (pp. 67-98). Washington, DC: Hemisphere.
- Ansorena, A., Cobo, J., & Romero, I. (1983). El constructo de ansiedad en psicología. *Estudios de Psicología*, 16, 31-45.
- American Psychiatric Association (1968). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-II)* (2nd ed.) Washington, DC: Author.
- American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and stastical manual of mental disorders (DSM-IV)* (4th. ed.). Washington, DC: Author.
- Appley, M. H. , & Trumbull, R. (1977). *Psychological stress*. New York: Appleton-Centory-Grofts.
- Ayuso, J. L. (1988). *Trastornos de angustia*. Barcelona: Ediciones Martínez Roca.
- Basowitz, H., Persky, H., Korchin, S. J. & Grinker, R. R. (1995). *Anxiety and stress*. New York: McGraw-Hill.

- Beck, A. T. (1976). *Cognitive therapy and the emotional disorders*. New York: International Universities Press.
- Beck, A.T., & Clark, D. A. (1997). And information processing model of anxiety: automatic and strategic processes. *Behaviour Research and Therapy*, 35 (1), 49-58.
- Belloch, A., & Baños, R. (1986). Clasificación y categorización en psicopatología. In A. Belloch & P. Barreto (Dirs.), *Psicología clínica: Trastornos biopsicosociales* (pp. 1-48). Valencia, España: Promolibro.
- Bensabat, S. (1987). *Stress: Grandes especialistas responden*. Bilbao: Mensajero.
- Bermúdez, J., & Luna, M. D. (1980). Ansiedad. In J. L. Fernández Trespalacios (Ed.), *Psicología general II* (pp. 195-213). Madrid: UNED.
- Blanco, A. A. (1986). El estrés ambiental. In F. Jimenez Burillo & J. I. Aragonés. *Introducción a la psicología ambiental* (pp. 229-249). Madrid: Alianza Psicología.
- Boekaerts, M., & Röder, I. (1999). Stress, coping, and adjustment in children with a chronic disease: A review of the literature. *Disability and Rehabilitation*, 21, 311-337.
- Borkevek, T. D., Weerts, T. C. & Berstein, D. A. (1977). Assesment of anxiety. In A. R. Ciminero, K. S. Calhon & H. E. Adams (Eds.), *Handbook of Behavioral Assesment* (pp. 353-403). New York: John Wiley.
- Bowers, K. S. (1973). Situationism in psychology: An analysis and critique. *Psychological Review*, 80, 307-336.
- Brown, G. W., & HARRIS, T. O. (1989). *The Bedford College life-events and difficulty schedule: Directory of contextual threat ratings of events*. London: Bedford College.
- Bulbena, A. (1986). Psicopatología de la psicomotricidad. In J. Vallejo (Ed.), *Introducción a la psicopatología y la psiquiatría* (pp. 236-255). Barcelona: Salvat.
- Burchfield, S. R. (1979). The stress response: A new perspective. *Psychosomatic Medicine*, 41, 661-672.
- Campas, B. E. (1987). Coping with stress during childhood and adolescence. *Psychological Bulletin*, 101, 393-403.

- Campbell, S. B. (1986). Developmental issues in childhood anxiety. In R. Gittelman, *Anxiety disorders of childhood* (pp. 24-57). New York: Guilford Press.
- Cannon, W. B. (1932). *The wisdom of the body* (2nd. ed) . New York: Norton.
- Casado, M. I. (1994). *Ansiedad, stress y trastornos psicofisiologicos*. Tesis doctoral, Universidad Complutense de Madrid, Madrid.
- Catell, R. B. (1973). *Personality and mood by questionnaire*. San Francisco: Jossey-Brass.
- Cockerham, W. C. (2001). *Handbook of medical sociology*. New York: Prentice-Hall.
- Coderch, J. (1975). *Psiquiatría dinámica*. Barcelona: Herder.
- Cohen, S., Kamarck, T. & Mermelstein, R. (1983). A global measure of perceived stress. *Journal of Health and Social Behaviour*, 24, 385-396.
- Cox, T. (1978). *Stress*. Baltimore: University Park Press.
- Elliot, G. R., & Eisdorfer, C. (1982). *Stress and human health*. New York: Springer Verlag.
- Endler, N. S. (1973). The person versus the situation a pseudo issue? A response to others. *Journal of personality*, 41, 287-303.
- Endler, N. S. (1977). The role of person-by-situation interaction in personality theory. In I. C. Uzgiris & F. Welzman (Eds.), *The Structuring of experience* (pp. 343-369). New York: Plenum.
- Endler, N. S. (1988). Hassles, health and happiness. In M. P. Janisse (Ed.), *Individual differences, stress and health psychology* (pp. 25-56). New York: Springer Verlag.
- Endler, N. S. & Magnusson, D. (1976). *Interactional psychology and personality*. Washington, DC: Hemisphere Publishing.
- Endler, N. S., Magnusson, D., Ekehammar, B. & Okada, M. (1976). The multidimensionality of state and trait anxiety. *Scandinavian Journal of Psychology*, 17, 81-93.
- Endler, N. S. & Okada, M. (1975). A multidimensional measure of trait anxiety: The S-R inventory of general trait anxiousness. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 43, 319-129.
- Epstein, S. (1972). The nature of anxiety with emphasis upon its relationship to expectancy. In C. D. Spielberger (Ed.), *Anxiety*:

- Current trends in theory and research* (pp. 291-337). New York: Academic Press.
- Eysenck, H. J. (1967). *The biological basis of personality*. Springfield, IL: Charles C. Thomas.
- Eysenck, H. J. (1975). Anxiety and the natural history of neurosis. In C. D. Spielberger (Ed.), *Stress and anxiety* (pp. 51-94). Washington, DC: Hemisphere.
- Fernández-Abascal, E. G. (1995). El estrés. In E. G. Fernández-Abascal (Coord.), *Manual de motivación y emoción*. Madrid: Centro de Estudios Ramón Areces.
- Fernández-Montalvo, J. & Piñol, E. (2000). Horario laboral y salud: Consecuencias psicológicas de los turnos de trabajo. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 5, 207-222.
- Folkman, S. (1984). Personal control and stress and coping processes: A theoretical analysis. *Journal of Personality and Social Psychology*, 46, 839-852.
- Franks, C. M. (1969). *Behavior therapy: Appraisal and status*. New York: McGraw-Hill.
- Freud, S. (1905). *Trois essai sur la théorie de la sexualité*. Paris: Gallimard.
- Freud, S. (1971). *Introducción al psicoanálisis*. Madrid: Alianza.
- Freud, S. (1955). *Beyond the pleasure principle*. London: Hogarth.
- Freud, S. (1964). *A disturbance of memory on the Acropolis*. London: Hogarth.
- Gray, J. A. (1982). *The neuropsychology of anxiety: An enquiry of the septo-hippocampal system*. Oxford: Oxford University Press.
- Holmes, T. H. & Rache, R. H. (1967). The social readjustment rating scale. *Journal of Psychosomatic Research*, 11, 213-318.
- Hull, C. L. (1921). Quantitative aspects of the evolution of concepts: An experimental study. *Psychological Monographs*, 28, 123.
- Hull, C. L. (1943). *Principles of behavior*. New York: Appleton Century-Crofts.
- Hull, C. L. (1952). *A Behavior system*. New Haven: Yale University Press.
- Husain, A. T. & Jack, D. M. (Eds.). (1985). *Anxiety and the anxiety*

- disorder*. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Ibáñez, E. & Belloch, A. (1982). *Psicología clínica: Una introducción*. Valencia, España: Promolibro.
- Johnson, S. & Melamed, B. G. (1979). The Assessment and treatment of children's fears. In B. Lahey & Kazdin, *Advances in Clinical Child Psychology* (Vol. 2 pp. 108-139). New York: Plenum Press.
- Kals, S. V. (1978). Epidemiological contributions to the study of stress. In C. L. Cooper & R. L. Payne (Eds.), *Stress at work* (pp. 3-48). New York: John Wiley and Sons.
- Kessler, R. C. (1997). The effects of stressful life events on depression. *Annual Review of Psychology*, 48, 191-214.
- Kielholz, P. (1987). *Angustia: Aspectos psíquicos y somáticos*. Madrid: Ediciones Morata.
- Kierkegaard, S. (1965). *El concepto de la angustia*. Madrid: Guadarrama.
- Kolb, L. C. (1968). *Noyes modern clinical psychiatry* (7th ed.). Philadelphia: Saunders.
- Lader, M. H. (1971). *Society, stress and disease*. Oxford: Oxford University Press.
- Lang, P. J. (1968). Fear reduction and fear behavior: Problems in treating a construct. *Research in psychotherapy*, 3, 90-102.
- Lazarus, R. S. (1966). *Psychological stress and the coping process*. New York: McGraw-Hill.
- Lazarus, R. (1981). The stress and coping paradigm. In C. Eisdorfer (Ed.), *Models for clinical psychopathology*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal and coping*. New York: Springer Publishing Company.
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1986). *Estrés y procesos cognitivos*. Barcelona: Martínez Roca.
- Lewen, M. K. & Kennedy, H. L. (1986, August). The role of stress in heart disease. *Hospital Medicine*, 125-138.
- Lewis, A. (1980). Problems presented by the ambiguous word anxiety as used in psychopathology. In G. D. Burrows & B. Davies (Eds.),

- Studies on anxiety* (pp.1-15). Amsterdam: Elsevier/North-Holland.
- López-Ibor, J. J. (1949). *La neurosis como enfermedad del ánimo*. Madrid: Gredos.
- López-Ibor, J. J. (1969). *La angustia vital*. Madrid: Paz Montalvo.
- Malmo, R. B. (1957). Anxiety and behavioural arousal. *Psychological Review*, 64, 276-287.
- Marks, I. (1986). *Tratamiento de neurosis*. Barcelona: Martínez Roca.
- Marks, I. M. & Lader, M. (1973). Anxiety states (anxiety neurosis): A review. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 156, 3-16.
- Martínez Sánchez, F. & García, C. (1995). Emoción, estrés y afrontamiento. In A. Puente (Ed.), *Psicología básica: Introducción al estudio de la conducta humana* (pp. 497-531). Madrid: Pirámide.
- Matud, M. P., García, M. A. & Matud, M. J. (2002). Estrés laboral y salud en el profesorado: Un análisis diferencial en función del género y del tipo de enseñanza. *Revista Internacional Psicología Clínica y de la Salud/International Journal of Clinical and Health Psychology*, 2, 451-465.
- Mcewen, B. S. (1995). Stressful experience, brain, and emotions: Developmental, genetic and hormonal influences. In M. S. Gazzaniga (Ed.), *The Cognitive Neurosciences* (pp. 1117-1136), Cambridge: MIT.
- Mcgrath, J. E. (1970). A conceptual formulation for research on stress. In J. E. Macgrath, *Social and psychological factors in stress* (pp. 10-21). New York: Holt Rinehart and Winston.
- Mcgrath, J. E. (1970). Major substantive issues: time, setting, and the coping process. In: J. E. Mcgrath, *Social and psychological factors in stress* (pp. 22-40). New York: Holt, Rinehart and Winston.
- Mechanic, D. (1976). Stress illness and illness behavior. *Journal of Human Stress*, 2, 2-6.
- Mechanic, D. (1978). Stress, crisis, and social adaptation. In D. Mechanic (Ed.), *Medical sociology* (2nd ed., pp. 290-311). New York: The Free Press.
- Meichenbaum, D. (1977). *Cognitive-behavior modification: An integrative approach*. New York: Plenum.
- Miguel-Tobal, J. J. (1985). Evaluación de respuestas cognitivas, fisiológicas y motoras de ansiedad: Elaboración de un instrumento

- de medida (ISRA). *Tesis doctoral*, Madrid: Ed. Ucm.
- Miguel-Tobal, J. J. (1990). La ansiedad. In J. L. Pinillos & J. Mayor (Eds.), *Tratado de psicología general: Motivación y emoción* (pp. 309-344). Madrid: Alhambra.
- Miguel-Tobal, J. J. (1996). *La ansiedad*. Madrid: Santillana.
- Miguel-Tobal, J. J., & Casado M. I. (1999). Ansiedad: Aspectos básicos y de intervención. In G. G. Fernández-Abascal & F. Palmero (Eds.), *Emociones y salud* (pp. 91-124). Barcelona: Ariel.
- Miller, T. W. (ed.) (1997). *Clinical disorders and stressful life events*. Madison, CT: International University Press.
- Moreno-Jiménez, B., González, J. L. & Garrosa, E. (1999). Burnout docente, sentido de la coherencia y salud percibida. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 4, 163-180.
- Mowrer, (1939). A stimulus-response analysis of anxiety and its role as a reinforcing agent. *Psychological Review*, 46, 553-565.
- Novaco, R. W. & Vaus, A. (1985). Human stress: A theoretical model for the community-oriented investigator. In E. C. Susskind & D. C. Klein, *Community research*. New York: Praeger Press.
- Olga, G. & Terry, L. (1997). *Superar el estrés*. Madrid: Ediciones Pirámide.
- Pearlin, L. I. (1989). The sociological study of stress. *Journal of Health and Social Behavior*, 30, 241-256.
- Rachman, S. (1984). Agoraphobia: A safety-signal perspective. *Behaviour Research and Therapy*, 22, 59-70.
- Reich, J. (1986). The epidemiology of anxiety. *Journal of Nervous and Mental Disorders*, 174, 129-136.
- Sandín, B. (1990). Factores de predisposición en los trastornos de ansiedad. *Revista de Psicología General y Aplicada*, 43, 343-351.
- Sandín, B. (1999). *El estrés psicosocial*. Madrid: Klinik.
- Sandín, B. (2003). El estrés: Un análisis basado en el papel de los factores sociales. *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud/International Journal of Clinical and Health Psychology*, 3, 141-157.
- Sandín, B. & Chorot, P. (1995). Concepto y categorización de los trastornos de ansiedad. In A. B. Belloch, B. Sandín & F. Ramos (Eds.), *Manual de psicopatología* (Vol. 2 pp.53-80). Madrid:

McGraw-Hill.

- Santed, M. A., Sandín, B., Chorot, P. & Olmedo, M. (2000). Predicción de la sintomatología somática a partir del estrés diario: Un estudio prospectivo controlando el efecto del neuroticismo. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 5, 165-178.
- Santed, M. A., Sandín, B., Chorot, P. & Olmedo, M. (2001). Predicción de la sintomatología somática a partir del estrés diario y de los síntomas previos: Un estudio prospectivo. *Ansiedad y Estrés*, 6, 317-329.
- Selye, H. (1936). A syndrome produced by diverse nocuous agents. *Nature*, 138, 32.
- Selye, H. (1956). *The stress of life*. New York: McGraw Hill.
- Selye, H. (1960). *La tensión en la vida*. Buenos Aires, Argentina: Cía. Gral. Fabril.
- Selye, H. (1974). The evolution of the stress concept. *American Scientist*, 61, 692-699.
- Selye, H. (Ed.). (1980). *Selye's guide to stress research*. New York: Van Nostrand Reinhold.
- Scharfetter, C. H. (1977). *Introducción a la psicopatología general*. Madrid: Ediciones Morata.
- Sheehan, D. V. (1982). Panic attacks and phobias. *New England Journal of Medicine*, 307, 156-158.
- Siegrist, J., Siegrist, K. & Weber, I. (1986). Sociological concepts in the etiology of chronic disease: The case of ischemic heart disease. *Social Science and Medicine*, 22, 247-253.
- Spielberger, C. D. (1966a). *Anxiety and behavior*. New York: Academic Press.
- Spielberger, C. D. (1966b). The effects of anxiety on complex learning and academic achievement. In C. D. Spielberger (Ed.), *Anxiety and behaviour* (pp. 361-398). New York: Academic Press.
- Spielberger, C. D. (1972). *Anxiety: Currents trends in theory and research*. New York: Academic Press.
- Spielberger, C. D., Krasner, S. S. & Solomon, E. P. (1988). The experience, expression, and control of anger. In M. P. Janisse (Ed.), *Health psychology: Individual differences and stress* (pp. 89-108). New York: Springer Verlag.

- Spielberger, C. D., Pollans, C. H. & Wordan, T. J. (1984). Anxiety disorders. In S. M. Turner & M. Hersen (Eds.), *Adult psychopathology and diagnosis* (pp. 263-303). New York: John Wiley and Sons.
- Sterling, P. & Eyer, J. (1995). Allostasis: A new paradigm to explain arousal pathology. In J. Fisher & J. Reason (Eds.), *Handbook of life stress, cognition and health* (pp. 629-649). London: John Wiley and Sons.
- Suárez Richards, M. (1995). *Introducción a la psiquiatría*. Buenos Aires, Argentina: Salerno.
- Sue, D. (1996). *Comportamiento anormal*. México, D.F: McGraw-Hill.
- Taylor, S. E. (1986). *Health psychology*. New York: Random House.
- Thoits, P. A. (1983). Dimensions of life events that influence psychological distress: An evaluation and synthesis of the literature. In B. Kaplan (Ed.), *Psychological stress: Trends in theory and research* (pp. 33-103). New York. Academic Press.
- Thits, P. A. (1995). Stress, coping, and social support processes: Where are we? What next? *Journal of Health and Social Behavior*, 53-79. Número especial.
- Thyer, B. A. (1987). *Treating anxiety disorders: A guide for human service professionals*. London: Sage Publications.
- Tobeña, A. (1997). *El estrés dañino*. Madrid: Aguilar.
- Trujillo, H. M., Oviedo-joeques, E. & Vargas, C. (2001). Avances en psiconeuroinmunología. *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud/International Journal of Clinical and Health Psychology*, 1, 413-474.
- Turcotte, P. (1986). *Calidad de vida en el trabajo: Antiestrés y creatividad*. México, D.F.: Trillas.
- Turner, R. J. & Marino, F. (1994). Social support and social structure: A descriptive epidemiology. *Journal of Health and Social Behavior*, 35, 193-221.
- Turner, R. J., Wheaton, B. & Lloyd, D. A. (1995). The epidemiology of social stress. *American Sociological Review*, 60, 104-125.
- Tyrer, P. (1982). Major common symptoms in psychiatry: Anxiety. *Journal of Hospital Medicine*, 27, 109-113.
- Ursin, H. (1979). Personality, activation and somatic health, en coping

- and health. In S. Levine & H. Ursin (Eds.), *Coping and health* (pp. 259-289). New York: Plenum.
- Ursin, H. (1980). Personality, activation and somatic health. In S. Levine & H. Ursin (Eds.), *Coping and health (NATO Conference Series III: Human factor)*. New York: Plenum.
- Ursin, H. (1982). The search of stress markers. *Journal of Psychology*, 1, 165-169.
- Valdés, M. & Flores, T. (1990). *Psicobiología del estrés* (2a ed. Actual.). Barcelona: Martínez Roca.
- Vila, J. (1984). Técnicas de reducción de ansiedad. In J. Mayor & F. J. Labrador (Eds.), *Manual de Modificación de conducta* (pp. 229-264). Madrid: Alhambra.
- Villanueva, V. I. (1981). *La angustia vital del puertorriqueño en la obra de rene marqués*. Madrid: Universidad Complutense de Madrid.
- Wheaton, B. (1985). Models for the stress-buffering functions of coping resources. *Journal of Health and Social Behavior*, 26, 352-364.
- White, R. W. (1959). Motivation reconsidered: The concept of competence. *Psychological Review*, 66, 297-333.
- Wolpe, J. (1958). Neurosis. In W. Arroll, H. J. Eysenck & R. Meili (Eds.), *Diccionario de psicología* (pp. 404-408). Madrid: Ediciones Rioduero.
- Wolpe, J. (1979). *Psychotherapy by reciprocal inhibition*. Stanford: Stanford University.
- Zubiri, X. (1992). *Sobre el sentimiento y la volición*. Madrid: Alianza.

Recebido em 20 de novembro de 2002

Aceito em 18 de janeiro de 2003

Revisado em 10 de fevereiro de 2003