

LA REACTIVIDAD AL ESTRÉS EN PACIENTES PSIQUIÁTRICOS AMBULATORIOS

C. de las Cuevas Castresana*, J. L. González de Rivera**, M. y
A. L. Monterrey

Resumen

El objetivo del presente trabajo es cuantificar la reactividad al estrés en una muestra de 46 pacientes psiquiátricos ambulatorios. Empleamos el Cuestionario de Reactividad al Estrés (IRE-32 items) que suministra un índice de respuesta individual ante las situaciones de estrés o tensión nerviosa. El IRE medio de la muestra fue de 13,8, valor este significativamente superior al de la población general. Obtuvimos valores del IRE superiores para las mujeres (14,49) que para los varones (12,29). No obtuvimos correlación entre la edad y el IRE. Los pacientes diagnosticados de trastorno distímico obtuvieron los valores más altos (16,15), seguidos de los diagnosticados de trastorno por ansiedad (14,87).

Abstract

In this paper we studied stress reactivity in a sample of 46 psychiatric outpatients. A stress reactivity questionnaire (IRE-32 items) was used. This tool supplies an index of the subject's response to stress situations. The sample's mean Stress Reactivity Index was 13,8, which is significantly higher than the general populations Index. Women obtained a higher score (14,49) than men (12,29). No correlation between age and Stress Reactivity Index was observed. Patients with dysthymic disorder obtained the high score (16,15), followed by anxiety disorder patients (14,87).

La palabra estrés fue empleada por primera vez en el contexto científico por Walter Cannon en 1911. Este autor, en un principio, aplicó el término a todo estímulo susceptible de provocar una reacción de lucha o huida. Con posterioridad, el término estrés sirvió también para designar a aquellos factores del medio cuya influencia exige un esfuerzo no habitual de los mecanismos homeostáticos.

Hans Selye (1936) definió sin embargo el estrés como «la respuesta inespecífica del organismo a toda exigencia hecha sobre él». Es importante notar que, a diferencia de Cannon, Selye usa el mismo término para designar la respuesta y no el estímulo. Una confusión frecuente en la literatura radica precisamente en el uso indistinto del término para referirse a una influencia am-

biental, a la reacción del organismo, e incluso a la relación entre ambos (Glez. de Rivera, 1980).

Paralelamente al concepto de estrés biológico definido por Selye, otros autores se han preocupado de deslindar lo que se ha dado en llamar estrés psicológico, que Engle (1962) define como «todo proceso, originado tanto en el ambiente exterior como en el interior de la persona, que implica un apremio o exigencia sobre el organismo, y cuya resolución o manejo requiere el esfuerzo de los mecanismos psicológicos de defensa antes de que sea activado ningún otro sistema». En este, contexto Glez. de Rivera (1980) define el estrés vital como «el conjunto de modificaciones en el funcionamiento basal del individuo directamente atribuibles a la eliminación o adaptación a

* Prof. Asociado. Canarias.

** Catedrático.

Cátedra de Psiquiatría y Psicología Médica. Facultad de Medicina. Universidad de la Laguna. Islas Canarias.

estímulos nocivos o peligrosos, ya sean reales o imaginarios».

Aunque la creencia de que el estrés produce o favorece la precipitación de enfermedad fuera ya expresada hace siglos por Galeno (LeShan, 1959), éste es un axioma cultural, una hipótesis que precisa ser validada. Además, si el estrés causa enfermedad, queda por clarificar cómo la produce (Leventhal y Tomarken, 1987). Variables económicas, sociales y biológicas alteran la resistencia personal a la enfermedad, pudiendo facilitar la precipitación de la misma. De este modo, al conceptualizar la relación estrés-enfermedad se deben tener en cuenta los distintos niveles de estrés: social (Pearling, 1983), psicológico (Lazarus y Folkman, 1984) y biológico (Selye, 1975).

Bien conocidos son los trabajos de Holmes y Rahe (1967) sobre la cuantificación del potencial estresante de diversos sucesos vitales, relacionando la intensidad y acúmulo de modificaciones ambientales con la aparición de enfermedad.

No debemos olvidar que también la enfermedad puede anteceder al estrés y ser causa de él (Kasl, 1983), así, por ejemplo, niveles subclínicos de depresión pueden interferir con las relaciones interpersonales y el rendimiento laboral y conllevar una disfunción en las relaciones sociales y la pérdida del empleo, sucesos estos que precisamente suelen ser considerados como estresantes.

Además de considerar el estrés al que se encuentra sometido el sujeto, conviene estimar la reactividad individual frente a éste. Las características del individuo, y el estado en que se encuentra en el momento de responder a situaciones estresantes, han de influir en la capacidad de adaptación ante dicha situación. Glez. de Rivera (1983) define la reactividad al estrés como «el conjunto de pautas de respuestas neurovegetativas, cognitivas, conductuales y emocionales características del individuo ante situaciones de estrés o tensión nerviosa». La cuantificación de estas pautas mediante cuestionario constituye el Índice de Reactividad al Estrés (IRE), variable que modifica de manera significativa la susceptibilidad a la enfermedad. (Glez. de Rivera, 1984, 1989). El propósito del presente tra-

bajo es estudiar la reactividad al estrés en distintos tipos de pacientes psiquiátricos ambulatorios, relacionando dicho parámetro con las puntuaciones registradas en las distintas escalas del SCL 90 y en la escala de Zung.

Material y Método

Sujetos

La muestra está constituida por 46 pacientes psiquiátricos ambulatorios que acudían por primera vez al Servicio de Policlínica Psiquiátrica del Hospital Universitario de Canarias. Los diagnósticos aproximativos, según criterios DSM III, abarcaron: 15 trastornos por ansiedad, 16 trastornos afectivos en forma de trastorno distímico, 12 trastornos esquizofrénicos y 3 trastornos de personalidad, todos ellos de tipo histriónico. La edad media de la muestra fue de 35,3 años, y en cuanto al sexo, la muestra estaba constituida por 32 mujeres y 12 varones. En la tabla I figura la distribución según sexo y diagnóstico de la muestra.

Instrumentos de medida

- Cuestionario de Reactividad al Estrés. Diseñado por Glez. de Rivera (1983), y constituido por 32 ítems que suministran,

TABLA I

Distribución de la muestra según sexo y diagnóstico

	Total	Varones	Mujeres
Muestra global	46	14	32
Trastorno por ansiedad	15	6	9
Trastorno distímico	16	4	12
Trastorno esquizofreniforme	12	4	8
Trastorno de personalidad	3	0	3

mediante contaje simple de los ítems seleccionados, el Índice de Reactividad al Estrés.

- Escala de Zung para la Depresión. Descrita originalmente por Zung (1965) y adaptada al castellano por Conde (1970).

Consta de 20 ítems relacionados con el estado anímico-afectivo del individuo, el cual ha de valorarlos con 4 respuestas cualitativas.

TABLA II

Valores del IRE en la muestra general según sexo y diagnóstico

	Media			Desviación típica		
	Total	V	M	Total	V	M
Muestra global	13,80	12,29	14,47	6,07	5,36	6,32
T. por ansiedad	14,87	14,50	15,11	3,72	3,27	4,17
T. distímico	16,12	16,00	16,17	5,34	1,83	6,16
T. esquizofreniforme	10,33	5,25	12,87	7,63	2,99	8,09
T. personalidad histriónico	10,00		10,00	7,21		7,21

IRE = Índice de Reactividad al Estrés

V = Varones

M = Mujeres

- SCL-90. Escala de 90 ítems, autoadministrada, diseñada por Derogatis (1971) y adaptada al castellano por Glez. de Rivera y col. (1989). Está orientada hacia el registro de sintomatología de pacientes ambulatorios, reflejando sus ítems 9 dimensiones sintomáticas que comprenden las áreas de: I. Somatización; II. Obsesión-compulsión; III. Sensibilidad interpersonal; IV Depresión; V Ansiedad; VI. Hostilidad; VII. Ansiedad fóbica; VIII. Ideación paranoide y IX. Psicotismo.

Resultados

El Índice medio de Reactividad al Estrés fue de 13,8 para la muestra global, con una desviación típica de 6,07 y un rango que oscilaba entre 1 y 25.

Con respecto al sexo (tabla II), los varones obtuvieron un IRE medio de 12,29 (d.s. 5,36), mientras que las mujeres registraron un IRE medio de 14,49 (d.s. 6,32), no siendo la diferencia entre ambos valores significativamente estadística.

No obtuvimos correlación significativa entre el IRE y la edad (coef. corr.=0,0735). Al separar la muestra entre hombres y mujeres tampoco se evidenció ninguna influencia significativa de la edad en el IRE según

sexo (coef. corr. varones = 0,1751; coef. corr. mujeres = 0,0483).

Al relacionar el Índice de Reactividad al Estrés con el diagnóstico del paciente (tabla II) obtuvimos que: el IRE medio para los pacientes diagnosticados de trastorno por ansiedad fue de 14,87 (d.s. 3,72), en los afectos de trastorno distímico fue de 16,125 (d.s. 5,34), mientras que en los diagnosticados de trastorno esquizofreniforme fue de 10,33 (d.s. 7,63) y en los trastornos de personalidad de tipo histriónico fue de 10 (d.s. 7,21).

En todos los grupos diagnósticos las mujeres registraron valores de IRE medios superiores a los de los varones, aunque las diferencias no fueron significativas.

Sólo obtuvimos una correlación estadísticamente significativa (coef. corr.= 0,30183) entre los valores registrados por el IRE y los correspondientes a la escala de somatización del SCL-90 de la muestra global, pero al analizar ésta en función de los distintos diagnósticos, dicha correlación tan sólo fue estadísticamente significativa en el grupo de pacientes diagnosticados de trastorno distímico (coef. corr.= 0,73).

Los pacientes con altas puntuaciones en la escala de Zung para la depresión registraron altos valores en el índice de reactividad al estrés.

Discusión y conclusiones

El IRE medio registrado en la muestra global de pacientes psiquiátricos ambulatorios fue significativamente mayor (T de Student = 4,547, Prob = 0,00002) que el de la población general del estudio de Glez. de Rivera y col. (1989). Este hecho podría interpretarse como indicativo de una predisposición que incrementa la susceptibilidad general para el desarrollo tanto de patología somática (Glez. de Rivera, 1984) como psíquica.

Al igual que en el trabajo de Glez. de Rivera y col. (1989) obtuvimos mayores valo-

res de IRE medio para las mujeres que para los hombres, si bien en nuestro estudio dichas diferencias no fueron estadísticamente significativas. Asimismo, tampoco encontramos variación del IRE con la edad, lo cual podría confirmar que, una vez establecido, este rasgo persiste, no experimentando variaciones a lo largo del desarrollo cronológico.

En cuanto al diagnóstico del paciente, obtuvimos diferencias estadísticamente significativas del IRE frente a la población general para los pacientes afectados de trastorno por ansiedad así como para los diagnosticados de trastorno distímico (T de Student = 5,3421 y Prob. = 0,00005 para los trastornos por ansiedad, y T de Student = 4.786 y prob. = 0,00012 para los trastornos distímicos). No las obtuvimos para los pacientes diagnosticados de trastorno esquizofreniforme, ni para los trastornos histriónicos de la personalidad.

Bibliografía

- CANNON, W D. y DE LA PAZ, D.: *Emotional Stimulation of Adrenal Secretion*. Am. J. Physiolog., 1911; 28:64.
- SELYE, H.: *A Syndrome produced by Diverse Nocivous Agents*. Nature, 1936, 138:22-49.
- GONZALEZ DE RIVERA, J L.: *Estrés, Homeostasis y Enfermedad*, en «Manual de Psiquiatría» de J. L. Glez. de Rivera, A. Vela y J. Arana (eds.), 771-782. Ed. Karpos, Madrid, 1980.
- ENGEL, G.: *Psychological Development in Health and Disease*. Philadelphia, Saunders, 1962.
- LESHAN, L.L.: *Psychological States as factors in the Development of Malignant Disease: A Critical Review*. J.-National Cancer Institute, 1959; 22:1-18.
- LEVENTHAL, H. y TOMAERKEN, A.: *Stress and Illness: Perspectives from Health Psychology* en «Stress and Health Issues in Research Methodology». John Wiley & Sons Ltd., 1987.
- PEARLING, L.I.: *Role Strains and Personal Stress*. En: H. B. Kaplan (ed.). *Psychological Stress: Trends in Theory and Research*. New York. Academic Press, 1983; 3-32.
- LAZARUS, R.S., y FOLKMAN, J.: *Stress, Appraisal and Coping*. Nre York, Springer Publishing Company, 1984.
- SELYE, H.: *Confussion and Controversy in Stress Field*. J. Human Stress, 1975; 1:37-44.
- HOLMES, T, y RAHE, R.: *The Social Readjustment Rating Scale*. J. Psychosom. Res., 1967, 11:213-218.
- GONZALEZ DE RIVERA, J.L.; MORERA, A.; SANCHIS, P., y SANCHEZ, A.: *Reactividad al Estrés. Desarrollo de una Escala de Medida*. Psiquis, 1983, 4:198-201.
- GONZALEZ DE RIVERA, J. L., y MORERA, A.: *Reactividad al Estrés en pacientes ingresados en un Hospital General*. Actas Luso-Esp. Neurol. Psiquiatr., 1984; 12(3):207-213.
- ZUNG, W.W.K.: *Rating Depression Scale*. Arch. Gen. Psychiatr, 1965, 12:63-70.
- CONDE, V.; ESCRIBA, J., e IZQUIERDO, J.: *Evaluación Estadística y Adaptación al Castellano de la Escala Autoadministrada para la Evaluación de la Depresión de Zung*. Arch. Neurobiol. Parte I y II, 1970; XXXIII, 2:185-206 y 2:281-303.
- DEROGATIS, L.R.; LIPMAN, R.S., y col.: *Neurotic symptom dimensions as perceived by psychiatrist and patients of various social classes*. Arch. Gen. Psychiatr., 1971; 24:454-464.
- GONZALEZ DE RIVERA, J. L.; MORERA, A.; MONTERREY A. L.: *El índice de reactividad al estrés como modulador del efecto sucesos vitales en la predisposición a patología médica*. Psiquis, 1989; 10:20-27.