



*Incidencia  
del estrés en  
la salud de  
las mujeres*



**EMAKUNDE**  
EMAKUMEAREN EUSKAL ERAKUNDEA  
INSTITUTO VASCO DE LA MUJER

Erakunde Autonomiaduna

Organismo Autónomo del

EUSKO JAURLARITZA



GOBIERNO VASCO

---

*Incidencia  
del estrés en  
la salud de  
las mujeres*

EMAKUNDE  
INSTITUTO VASCO DE LA MUJER

Vitoria-Gasteiz 1995

**TÍTULO:** "Incidencia del estrés en la salud de las mujeres"  
**EDITA:** EMAKUNDE/Instituto Vasco de la Mujer  
C/ Manuel Iradier, 36. 01005 VITORIA-GASTEIZ  
**COORDINA:** Ana Rincón  
**FECHA:** Marzo 1995  
**Nº EJEMPLARES:** 1.000  
**Nº PÁGINAS:** 264  
**DESCRIPTORES:** Estrés, trabajadoras, amas de casa, simposios.  
**DISEÑO GRÁFICO:** Ana Badiola e Isabel Madinabeitia  
**ILUSTRACIÓN:** M.º José Gamboa  
**FOTOCOMPOSICIÓN:** RALI, S.A.  
C/ Particular de Costa, 8-14. 48010 BILBAO  
**IMPRESIÓN:** Gráficas Santamaría, S.A.  
Bekolarra, 4. 01010 VITORIA-GASTEIZ  
**ISBN:** 84-87595-35-9  
**DEPÓSITO LEGAL:** VI-41/95

## PROGRAMA DE LA JORNADA “INCIDENCIA DEL ESTRÉS EN LA SALUD DE LAS MUJERES”

**Vitoria-Gasteiz, 4 de marzo de 1994**

- 9,30.- APERTURA  
Ilmo. Sr. D. JAVIER SÁENZ DE BURUAGA RENOBLES  
Viceconsejero de Sanidad del Gobierno Vasco  
  
COORDINADORA: Dña. ROSA RICO ITURRIOZ  
Técnica del Servicio de Evaluación de Tecnologías Sanitarias.  
Departamento de Sanidad.
- 10,00.- *“El estrés, un fenómeno psicosocial”*  
Dña. ROSARIO MOREJÓN SABIO  
Profesora de Psicodiagnóstico y Ps. Diferencial. Universidad de Deusto.
- 11,00.- *“Consecuencias orgánicas del estrés. Cómo afecta de forma diferenciada a hombres y mujeres”*  
Dña. CARMÉ VALLS I LLOBET  
Directora del Programa Mujer, Salud y Calidad de Vida.  
Centro de Análisis y Programas Sanitarios. Barcelona.
- 12,00.- DESCANSO
- 12,30.- *“Consecuencias psicosomáticas del estrés en las mujeres”*  
Dña. ISABEL USOBIAGA SAYÉS  
Instituto Pierre Marty de Medicina Psicosomática. Bilbao.
- 14,00.- COMIDA
- 15,00.- COMUNICACIONES: Mujeres, Ocupación y Estrés.  
  
*“Mujeres enfermeras y estrés: ¿causa, consecuencia o resignación?”*  
Dña. M. INÉS GABARI GAMBARTE  
Universidad Pública de Navarra.  
  
*“Estrés y salud en trabajadoras de una cadena de montaje”*  
Dña. CARMÉ ALEMANY  
Centro de Estudios de Mujer y Sociedad. Barcelona.  
  
*“Estrés más frecuentes en mujeres: amas de casa, doble jornada, mujeres ejecutivas, reinserción laboral y víctimas de violación”*  
Dña. KONTXI BÁEZ GALLO  
Centro de Salud Mental de Rentería.
- 16,00.- MESA REDONDA: *“Identificación de las condiciones de estrés y trabajos de las mujeres. Formas de prevención”*  
Con la participación de las personas ponentes de la Jornada.
- 18,00.- CLAUSURA  
Ilma. Sra. Dña. TXARO ARTEAGA ANSA  
Directora de EMAKUNDE

---

## ÍNDICE

<b>PRESENTACIÓN</b> .....	9
<b>EL ESTRÉS, UN FENÓMENO PSICOSOCIAL</b>	
Rosario Morejón Sabio .....	11
<b>CONSECUENCIAS ORGÁNICAS DEL ESTRÉS. CÓMO AFECTA DE FORMA DIFERENCIADA A HOMBRES Y MUJERES</b>	
Carme Valls i Llobet .....	53
<b>CONSECUENCIAS PSICOSOMÁTICAS DEL ESTRÉS EN LAS MUJERES</b>	
Isabel Usobiaga Sayés .....	69
<b>MUJERES ENFERMERAS Y ESTRÉS: ¿CAUSA, CONSECUENCIA O RESIGNACIÓN?</b>	
M. Inés Gabari Gambarte .....	85
<b>ESTRÉS Y SALUD EN TRABAJADORAS DE UNA CADENA DE MONTAJE</b>	
Carme Alemany .....	103
<b>ESTRESORES MÁS FRECUENTES EN MUJERES: AMAS DE CASA, DOBLE JORNADA, MUJERES EJECUTIVAS, REINSERCIÓN LABORAL Y VÍCTIMAS DE VIOLACIÓN</b>	
Kontxi Báez Gallo .....	115
<b>CLAUSURA DE LA JORNADA</b>	
Txaro Arteaga Ansa .....	129

## Presentación

Las alteraciones de la salud de una persona pueden estar motivadas por factores físicos, psíquicos o sociales. La calidad de vida es determinante en el binomio salud-enfermedad de las personas.

Cuando las personas se enfrentan a presiones y demandas externas que no pueden afrontar por falta de recursos o porque la utilización de los mismos les crean un conflicto, experimentan un estado de ansiedad, tensión, fatiga. Esta desestabilización de la salud con los síntomas que la acompañan la identificamos como estrés.

Una misma situación será estresante para algunas personas y no para otras porque la sensibilidad e interpretación de ese acontecimiento y las estrategias para afrontarlo son diferentes en cada una.

El trabajo y el valor social que cada trabajo tiene son importantes variables de estrés. De ahí que las personas que se dedican exclusivamente al trabajo doméstico, caracterizado por la monotonía y el escaso reconocimiento social, sean más vulnerables a padecer estrés que aquellas que trabajan fuera del hogar, además de tener generalmente menos recursos para hacer frente a esa situación.

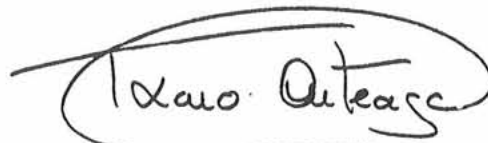
Sin embargo, la incorporación progresiva de las mujeres al mercado de trabajo sin haberse dado, paralelamente, un reparto equilibrado de las cargas familiares, ha hecho que aparezcan unos problemas de salud físicos y mentales específicos de mujeres derivados de estas condiciones de vida y trabajo. El mundo laboral, familiar y social influyen en su salud.

Aun siendo evidentes los beneficios que experimentan las mujeres que trabajan en el mundo laboral, mayor independencia económica, mayor posibilidad de relaciones sociales, mayor autoestima, etc., el problema al que se enfrentan éstas está motivado por la expectativa social que se tiene de sus responsabilidades, es decir, se da la "exigencia" de que cumplan sus obligaciones primarias, las domésticas, sin disminuir su rendimiento laboral.

Cuando esta doble carga les resulta difícil de sobrellevar por considerar que no cumplen satisfactoriamente ambos trabajos, se les crea una sensación de ansiedad, insatisfacción, etc., y se encuentran ante una situación de estrés.

Por ello, desde Emakunde se impulsan, paralelamente, la corresponsabilidad en las tareas domésticas y la adecuación de los servicios sociocomunitarios existentes a las condiciones de vida actuales, así como la creación de un mayor número de ellos, medios que junto con la eliminación de los estereotipos sobre lo que es femenino y masculino permitirán que la incorporación de las mujeres a la vida política, social, económica y cultural sea plena y en igualdad de condiciones.

Asimismo, y tal como demuestran las aportaciones hechas por las ponentes en esta jornada, es necesario adecuar la asistencia sanitaria a las patologías diferenciadas de las mujeres, así como incentivar los estudios de morbilidad femenina, factores de riesgo, salud ocupacional, etc., como medio de realizar una labor preventiva y prestar una atención psicológica o médica adecuada cuando las mujeres presenten síntomas de estrés, a cuyo objetivo último pretendemos contribuir con esta publicación.



Txaro Arteaga Ansa  
Directora de EMAKUNDE/  
Instituto Vasco de la Mujer

---

**ROSARIO MOREJÓN SABIO**  
Profesora de Psicodiagnóstico y  
Ps. Diferencial.  
Universidad de Deusto

*El estrés,  
un fenómeno  
psicosocial*

**LA PERSPECTIVA ECOLÓGICA  
DEL COMPORTAMIENTO HUMANO**

Entre las señas de identidad de los/as ciudadanos/as de fin de siglo parecen admitidas algunas constantes de las sociedades industriales y postindustriales: se vive bajo la presión de la competitividad y la producción indiscriminada, bajo la amenaza del desempleo, la tiranía del consumo y del "bienestar". Todo ello, en un hábitat las más de las veces, impresentable por el hacinamiento, la agresividad de las edificaciones, el ruido, la polución y la carencia de servicios sanitarios, educativos y recreativos, por no hablar de la ausencia de valores verdaderamente ilusionantes. Mala identidad para una civilización que se precia de cibernética y presume de era espacial...

En consonancia con este estado de cosas, vienen desarrollándose unas manifestaciones patológicas que por su conexión con las características del momento han dado en llamarse "enfermedades de la civilización" (Jiménez Burillo, 1986). Ciertos tipos de cáncer, problemas cardiovasculares, enfermedades respiratorias y metabólicas, trastornos psicósomáticos diversos, son ejemplos de las disfunciones entre hombre y medio. Si a ellas añadimos la delincuencia, drogodependencias, criminalidad y restantes conductas asociales, ciertamente, no cabe pensar en la sociedad postindustrial como el escenario idóneo de autorrealización. Admitidas estas observaciones, cada vez con mayor insistencia, se vienen relacionando estos dos grandes descriptores de nuestro diario discurrir: las características típicamente ambientales y los modelos de salud y enfermedad. La referencia precisa a esas posibles y muy a menudo preocupantes relaciones entre condiciones de vida y la salud física y mental, se viene haciendo desde la teoría del estrés.

Aunque dura de escuchar, la hipótesis más generalizada ha sido y es que el descuidado trato que el hombre da al ambiente, las condiciones de vida tan inciertas, apremiantes y aceleradas, tan marcadas, además, por el individualismo, la competitividad, la ostentación y el consumo, el miedo al desempleo y la pobreza, las emigraciones y el peligro nuclear, etc., provocan continuamente una serie de riesgos y amenazas, inquietan seriamente al individuo, manteniéndolo bajo una constante tensión, preocupación y nerviosismo que, en muchos

---

casos, dejan una ostensible huella en su organismo y/o su estructura psicológica, cuando no, le arrebatan la vida.

Previa a cualquier explicación de estas disfunciones, desde la teoría multidimensional del estrés, estamos anteponiendo una concepción de la salud que la describe como un proceso dinámico compuesto por dos grandes bloques de factores, unos de corte biológico: anatómicos, fisiológicos y congénitos, y unos segundos procedentes del medio externo del individuo. De la concatenación equilibrada de estos dos tipos de factores viene a depender, en gran medida, el bienestar y su contrapartida, la enfermedad. En palabras de Hernán San Martín (1982), la idea se recoge en la siguiente fórmula:

Salud /Enfermedad

$$\begin{aligned} \text{(Equilibrio Dinámico Individual)} = & \text{Potencial Genético Individual} + \\ & \text{Capacidad de Valoración y de Adaptación} + \\ & \text{Agresiones y Riesgos Ambientales} \end{aligned}$$

Recientemente, Ribes (1990) abunda en la afirmación recordando que “el modelo sociocultural de la salud ha subrayado la correlación necesaria entre la carencia de enfermedad y las condiciones prácticas de vida. Existen indicios claros –nos reitera– de cómo las condiciones de vida, determinadas por el medio físico y las prácticas socioculturales son auspiciadoras o directamente responsables de alteraciones en la salud biológica” (Ribes, 1990, p.16).

Lo cierto es que la participación del ambiente como variable interviniente en el proceso salud-enfermedad es una consideración generalizada y antigua. La inclusión de los factores climatológicos, los tipos de dietas, la raza, el sexo, así como, la inclusión de variables psicosociológicas como el estatus socioeconómico, nivel de estudios, las actitudes y creencias, en el esquema explicativo, tanto de desórdenes físicos como mentales, ha sido una constante en la historia de la Medicina, de la Psiquiatría y Psicología Clínica.

Aceptada desde antiguo esta intervención del entorno sobre el estado de salud, surgen hoy ciertas particularidades:

- Si el ambiente, en cuanto hábitat natural-cultural del organismo, afecta a todos los sujetos, ¿por qué unas personas se dirigen hacia la desadaptación y el malestar, frente a la resistencia o bienestar de otras? ¿Debemos pensar en el ambiente físico o en el percibido?
- Si esta interacción persona - medio viene ya de antiguo, ¿por qué en nuestro momento histórico sobresalen las llamadas “enfermedades de adaptación”? ¿Acaso el modelo de civili-

---

zación alcanzado desborda las posibilidades de equilibrio de la naturaleza humana? ¿Cuáles son, entonces, los mecanismos de superación necesarios?

Es posible que nuestra forma de concebir a las personas tenga que ser necesariamente amplia: sistema integrado en una jerarquía universal sistémica; es posible que cualquier aproximación a las enfermedades de la civilización requieran pensar en la unidad de cuerpo y mente; la concepción mecanicista del cuerpo humano empieza a resultar insatisfactoria ante algunos desórdenes relacionados con las condiciones de vida. Veamos, pues, qué aporta el modelo biopsicosocial del estrés a ese continuo proceso creativo de recuperación del equilibrio ante los desafíos del entorno.

## *Semblanza histórica de la noción “estrés”*

Al igual que el concepto holístico de la salud, el término estrés es muy anterior a su actual divulgación, sea en su sentido popular o en su uso científico.

Escudriñando en sus antecedentes más remotos, encontramos que ya en la antigua Grecia, Hipócrates identifica con precisión la existencia de una “vis medicatrix naturae”, o poder curativo de la naturaleza: expuesto el cuerpo a los agentes patógenos, aparecen unos mecanismos inherentes al mismo cuerpo, que se ocupan del restablecimiento de la salud.

Un salto en el tiempo, nos lleva al siglo XIV, momento en que reencontramos el concepto utilizado para expresar dureza, tensión, adversidad o aflicción (Lunsden, 1981).

A finales del siglo XVIII, Hocke emplea la palabra en el contexto de la física. Fue a principios del siglo XIX, cuando se extendió el uso del término en contraposición a la palabra “load” (fuerza externa). Estrés es la fuerza generada en el interior del cuerpo como consecuencia de la acción de una fuerza externa (load) que tiende a distorsionarlo. Por su parte, “strain” es la distorsión sufrida por el objeto (Hinkle, 1977).

Los conceptos “stress” y “strain” persistieron, siendo concebidos como antecedentes de la pérdida de salud por la medicina del siglo XIX. El fisiólogo francés Claude Bernard (1815-1877) demuestra que una de las principales peculiaridades de los seres vivos reside en su poder de mantener la estabilidad de su medio ambiente interno cualesquiera sean las condiciones externas y las modificaciones que se produzcan en el ambiente exterior. La posibilidad de adaptación al cambio es condición para una vida libre e independiente; cuando esta facultad autorreguladora se ve atacada encontramos la enfermedad e incluso la muerte.

Llegados al siglo XX, el también fisiólogo Walter Cannon (1932), desde sus investigaciones sobre psicología de la emoción, considera el estrés como una perturbación de la homeostasis ante situaciones de frío, falta de oxígeno, descenso de glucemia, etc. Bien estará señalar que el término fue empleado de modo tangencial. Al referirse a sujetos “bajo estrés”, Cannon da a entender que el grado de tal situación podría medirse. Realmente, sus investigaciones se ocuparon de describir los numerosos mecanismos fisiológicos que aseguran la estabilidad interna del organismo, neutralizando o subsanando toda influencia perturbadora. Es Hans Selye, quien en 1936, utiliza el término estrés en su sentido técnico, entendiendo por él un conjunto coordinado de reacciones fisiológicas ante cualquier forma de estímulo nocivo. Esta reacción recibe el nombre de Síndrome General de Adaptación (S.G.A.).

---

El estrés no se entiende como una demanda ambiental –ésta es el estímulo estresante o estresor– sino como un grupo universal de reacciones orgánicas y de procesos originados como respuestas a tal demanda. Prolijo en sus publicaciones, impulsa el interés por el tema extendiéndose éste desde la fisiología y psicología a las restantes ciencias de la conducta. Se multiplicaron las investigaciones, si bien quedaron conceptos y procesos por definir.

En los años 1940 - 1950, el concepto alcanza una notable evolución, también, en medicina. Harold G. Wolff escribe sobre estrés y enfermedad. Junto a Selye y Cannon, considera el estrés como una reacción del organismo acosado por las demandas del entorno y los agentes nocivos. Wolff recalca especialmente la naturaleza dinámica de la situación de estrés: estamos ante el juego de interacciones que un ser vivo desarrolla frente a estímulos o circunstancias dañinas, hasta lograr su adaptación.

Los avatares históricos contribuyeron, sin duda, a formulaciones de esta índole, o lo que es igual, a la adopción del enfoque ambiental.

Cierta y lamentablemente, la Segunda Guerra Mundial tuvo un efecto dinamizador sobre las teorías e investigaciones de estrés. El interés militar sobre el tema se dirigía directamente a las incidencias del fenómeno sobre el rendimiento en combate. ¿Podría el estrés aumentar la vulnerabilidad de los soldados a las lesiones o a la muerte? ¿Se relacionaría el estrés con la pérdida de potencial de acción en el grupo de combate? Estas y otras cuestiones próximas surgen de contundentes experiencias en las que los soldados quedaban inmovilizados o paralizados en momentos críticos: fuego del enemigo, misiones de bombardeo. Los sujetos sometidos a estas condiciones se veían afectados por depresiones de tipo neurótico o psicofórmico.

Otras dos tristes guerras, la de Corea y Vietnam, contribuyen, igualmente, a los conocimientos sobre el estrés. Desde el enfoque de Selye, se estudian las consecuencias psicológicas y fisiológicas del estrés en combate, con objetivos tan poco filantrópicos como seleccionar al personal menos vulnerable para la contienda o realizar las intervenciones necesarias para lograr un mayor rendimiento bajo condiciones extremas (Bourne, 1969).

Los mismos desgraciados acontecimientos siguieron propiciando investigaciones sobre a) el impacto de las bombas sobre el ánimo y funcionamiento de la civilización, b) la manipulación en prisiones militares, c) la supervivencia en tiempos de guerra, d) la estancia en campos de concentración.

Pese a tan arduos y amplios frentes de estudio, la popularidad del término estrés se retrasa hasta 1958, año en que Janis presenta una intensa publicación acerca de una paciente an-

---

gustada por la amenaza de una intervención quirúrgica. Esta obra fue seguida de un ascenso de libros dedicados a la sistematización de la teoría y metodología sobre el estrés, así como a una continua aproximación a las circunstancias sociales y ambientales generadoras del fenómeno. No es extraño, por tanto, que toda indagación actual sobre el estrés sea, multidisciplinar. Aún más, la convergencia de áreas de conocimientos viene de antiguo.

Paralela a la evolución descrita, discurre en el tiempo, el desarrollo del concepto en sociología y psicología social. Desde estas disciplinas, antiquísimos precedentes son Marx, Weber y Durkheim con sus pensamientos sobre "alienación". Situados en nuestro siglo, Seeman (1971) distingue cinco variantes del concepto alienación –impotencia, falta de sentido, falta de normas, aislamiento, alejamiento de uno mismo– perfectamente admitidas, hoy, en el concepto cognitivo del estrés.

En general, puede decirse que desde la sociología contemporánea ha habido una clara inclinación por la acepción "strain" en lugar de "stress". El uso dado a "strain" es distorsión, desorganización, referida más a fenómenos de grupo que a nivel psicológico individual. Con muy difuminados límites entre sociología y psicología, se estudian conductas colectivas en situaciones de pánico, tumulto, desastres naturales, accidentes laborales, efectos de ciertas profesiones (buzos, mineros, astronautas), las consecuencias de estructuras y organizaciones sobre las personas o desequilibrios sociales con alta incidencia de suicidio y enfermedades mentales. Cualquiera de estos fenómenos son vistos como resultados del estrés social (strain). Conviene señalar ya, la confusión entre las significaciones de estrés empleadas: se acude al término, indistintamente, como estímulo o como respuesta. Sea con mayor o menor precisión, lo cierto es que estas líneas de investigación pertenecen al ámbito del estrés formando parte de su historia más reciente.

A partir de la década de los sesenta se viene admitiendo el estrés como un aspecto inevitable de la condición humana. Sin embargo, las maneras de encararlo, las llamadas estrategias de afrontamiento establecen grandes diferencias en cuanto a la adaptación y con ellas entre las personas. De aquí nuestro interés. No incluido en el Psychological Abstracts hasta 1944, confundido con la ansiedad, durante años, este concepto es, hoy, una fuerza portentosa que propicia todo género de intervenciones destinadas a la prevención y tratamiento tanto de enfermedades como de estilos de vida de alto riesgo para la existencia humana.

En 1966, Lazarus sugirió una consideración del estrés como concepto organizador del amplio grupo de fenómenos relevantes en la adaptación humana y animal. Con ello, se nos invitaba a erradicar definitivamente cualquier asimilación del estrés a la simplicidad de una sola variable.

Las aportaciones de Cannon, Selye y Wolff terminaron configurando una concepción del estrés bastante cercana a los planteamientos de los modelos sistémico e interaccionista actuales. En opinión de Lazarus existen diversas razones que han aproximado el fenómeno a su propia comprensión:

- Los autores se alejan del concepto pasivo de estrés tal como es utilizado en física. Estrés no puede ser un cuerpo inactivo deformado por fuerzas ambientales.

La visión dinámica acerca el concepto a la acepción dada en biología. Estrés indica un proceso activo de "resistencia". C. Bernard (1815-1877).

- Considerado proceso biológico de defensa, el estrés presenta una interesante analogía con el proceso psicológico de enfrentamiento.

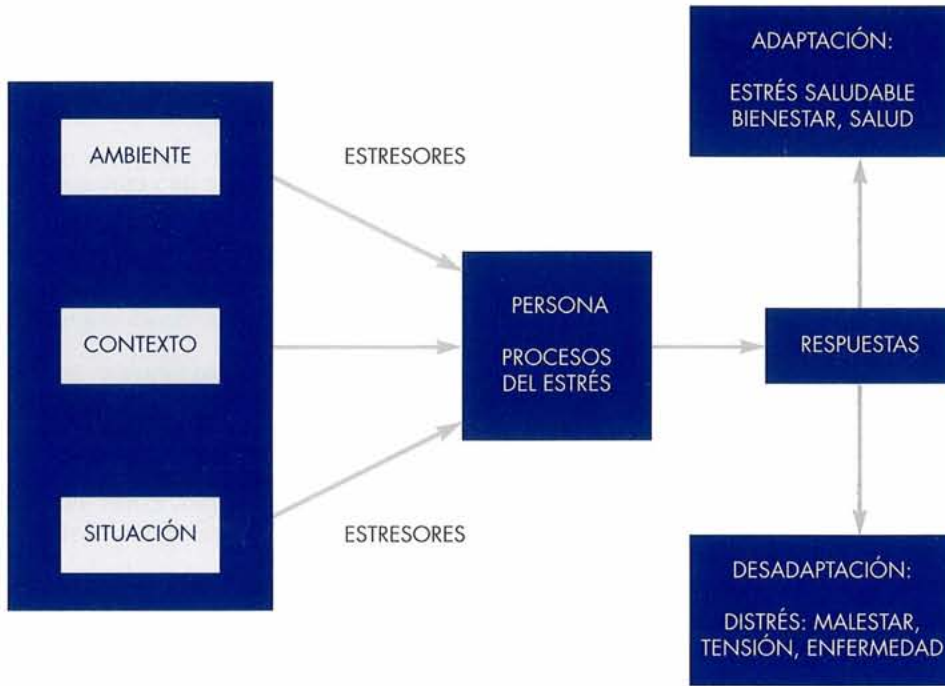
- La perspectiva dinámica del estrés permite resaltar distintos aspectos de este proceso. Así, los recursos necesarios para el enfrentamiento, su coste (enfermedad, agotamiento), sus beneficios (aumento de la competencia y gozo por el triunfo frente a la adversidad).

- La apreciación del estrés como un estado dinámico coincide con la visión interaccionista de la psicología actual. Es preciso atender a la relación organismo y entorno, a su interacción y al feed-back.

Un rápido recordatorio de lo que hemos llamado enfermedades de la civilización, así como de nuestros estilos de vida, nos lleva a admitir la aproximación al estrés propuesta por Lazarus, como altamente valiosa.

Aceptado este punto de mira, en las páginas siguientes examinaremos el concepto "estrés" en sus distintos niveles de análisis, especificando los antecedentes, procesos y resultados presentes en el fenómeno. En adelante, hablaremos de estímulos, respuestas y procesos mediadores de estrés, por este orden.

**GRÁFICO 1. Concepto psicosocial del estrés**



### 3.1

#### **EL ESTRÉS COMO SITUACIÓN: ESTÍMULOS O ESTRESORES**

En general y de forma no poco ambigua, empezaremos refiriéndonos a los estresores como a "ese conjunto de factores que han puesto de manifiesto, tanto en situaciones de laboratorio como en estudios correlacionales, su capacidad para causar al organismo problemas adaptativos y producirles algún daño físico o mental." (Blanco Abarca, 1988).

Si pensamos en los hombres/mujeres y en los animales como organismos reactivos a estimulación, el acontecimiento vital estresante más preciso es el estímulo. "Stimulus" es un recorte más o menos complejo del medio ambiente, cuya alteración físico-energética cuantitativa y/o cualitativa, es capaz de excitar los receptores del organismo, teniendo como consecuencia las correspondientes reacciones" (Huber, 1986).

Todos los estímulos del ambiente son virtualmente estresantes. La primera condición para que esta posibilidad llegue a término es que el sujeto perciba los citados estímulos.

---

Nos encontramos con los estímulos a través del sistema perceptivo exterior: ojo, oído, olfato, sabor y tacto.

Estos receptores conectan a todo ser vivo con su medio ambiente externo, ofreciéndole informaciones vitales para su supervivencia y bienestar.

Entendido como estímulo, el estrés incluye, también, determinadas condiciones originadas en el interior de la persona. Hablamos, entonces, del medio ambiente interno y de su propia percepción. Ejemplos de estas informaciones procedentes del interior de nuestro cuerpo son el sentido kinestésico, las sensaciones de frío o calor; de hambre, sed o daño; el estado de tensión o reposo de nuestros músculos, la apetencia sexual o la disposición y ganas de iniciar una actividad; la somnolencia o la falta de sueño. Estamos ante un conjunto de condiciones internas relacionadas con estados hormonales y neurológicos, que, también, incluyen los recuerdos, la elaboración de un problema, los pensamientos... Todos los procesos cognitivos, admitidos como conductas latentes (Fdez. Ballesteros, 1987), son igualmente estímulos desestabilizadores de un estado de homeostasis cualquiera.

¿Cuándo empezamos a hablar realmente de “estresores”? ¿Qué clase de acontecimientos se consideran inductores de estrés?

Al igual que los demás seres vivos, el hombre necesita de toda clase de sensaciones, emociones, pensamientos, intercambios y problemas, para orientar su actividad biológica hacia el encuentro con la realidad. “Estamos programados en el sentido de recabar experiencias (necesidad de estimulación sensorial, curiosidad, “instinto de investigación”), incluso experiencias negativas. ¡El estrés básicamente es saludable: sólo una dosis excesiva tiene efectos patológicos!” (K.M. Huber, 1986, p.21).

Desde el punto de vista de la objetividad del suceso, un estímulo empieza a configurarse como estresor en función de 1) la “aversividad” (intensidad / novedad), 2) la duración y 3) la multiplicidad con que actúa sobre un ser vivo. Un delicado soplo de aire deja de acariciarnos cuando éste se convierte en un fuerte chorro que ciega nuestros ojos. Los cambios súbitos en la presión atmosférica, humedad del aire y temperatura traen consigo desagrado y malestar. La acumulación de experiencias no previstas, repentinas, que se prolongan y entrecruzan pueden llegar a poner en peligro el balance energético de una persona. A partir de aquí el efecto estimulante y excitante de los eventos –grandes o minúsculos– desaparece, propiciando un posible estrés peligroso que llamaremos distrés.

Por otra parte, desde un punto de vista subjetivo, una estimulación cualquiera alcanza naturaleza de estresor de acuerdo a 1) el tipo y cantidad de ajuste que requiera la situación,

---

2) la percepción de control y 3) el valor que el evento tiene para la persona que lo vive. Llegamos a la situación de distrés cuando los estímulos exigen unos esfuerzos de adaptación que superan al organismo. Las posibilidades de dominación activa que un individuo puede aplicar contra los estímulos definen complementariamente el grado y la dimensión en los que un determinado estímulo de estrés resulta aversivo, representando un peligro para él.

### **3.1.1 CLASIFICACIÓN DE LOS ESTRESORES**

Lazarus y Cohen (1977) hablan de tres tipos de sucesos: a) cambios mayores de gran grupo, b) cambios mayores individuales o de grupo reducido y c) ajetreos diarios.

Pratt y Barling (1988) establecen cuatro categorías de estresores: a) estresores agudos, b) estresores crónicos, c) estresores de la vida diaria y d) desastres.

La existencia de distintas taxonomías ofrecen escasas diferencias, girando la conceptualización de los estresores sobre los criterios objetivos y subjetivos anteriormente señalados: duración, frecuencia, intensidad, especificidad del momento en que se desencadenan, demandas y unidades de cambio vital.

Dada la comunalidad de criterios, utilizaremos, por clásica, la estructuración de Lazarus para describir los diversos tipos de estresores:

A) Cambios mayores colectivos:

- Se consideran estresores de rango universal: se trata de todos aquellos acontecimientos externos súbitos y extraordinarios que afectan a una gran cantidad de personas exigiendo de ellas un gran esfuerzo adaptativo.
- Se sitúan fuera de cualquier tipo de control: hablamos de eventos que destruyen los marcos de referencia, las redes sociales, generando un nuevo estado de cosas física, interpersonal y personalmente al que es imprescindible acomodarse.
- Por su duración estamos tanto frente a cambios súbitos y bruscos como frente a cambios prolongados. La fuerza perturbadora del acontecimiento es indiferente al número de personas afectadas.
- Se engloban bajo estas peculiaridades y características los llamados fenómenos cataclísmicos, desastres y catástrofes colectivas, sean naturales (terremotos, ciclones, riadas, incendios) o producidas por el hombre (guerras, encarcelamientos, emigraciones).

- Estamos ante estresores negativos, incontrolables que requieren un ajuste profundo con previsible alto riesgo para la salud.

B) Estresores mayores individuales o de pequeño grupo:

- Se trata de una categoría de estresores ambientales que afectan a un reducido grupo de personas o incluso a un solo individuo, poniendo a prueba todas sus capacidades adaptativas. Se mantiene la valoración de estresor superior dado que la naturaleza de los sucesos supone una ruptura de los marcos de referencia primordiales y la consiguiente exigencia de ajuste a nuevas situaciones y circunstancias.
- La controlabilidad del estresor mayor individual es diversa, estando relacionada con el tipo de situación acaecida. Quedan fuera de control la muerte de un ser querido, una enfermedad incapacitante, la pérdida de empleo. Por el contrario, resultan muy influidos por el afectado un divorcio, el parto, un examen importante.
- Nuevamente estamos ante estresores negativos, incontrolables en su mayor parte, que piden un ajuste profundo implicando, también, un alto riesgo para la salud.

C) Ajetreo diario:

- Entendemos por "ajetreo diario" todas aquellas pequeñas cosas que pueden irritarnos o perturbarnos en un momento dado. Son experiencias no dramáticas, rutinarias y que, sin embargo, se constituyen en elementos estresantes para algunas personas. Nos referimos a detalles como la orina del perro, el turno para fregar o sacar la basura, las colillas de un fumador, las discusiones con la suegra, los horarios intempestivos de hijos/as adolescentes, el uso de un canal u otro de televisión, los atascos de tráfico, etc.

En esta misma categoría, también, quedan incluidas las preocupaciones y problemas de la vida cotidiana de corte más hondo. Nos referimos a todas aquellas dificultades que derivan de las condiciones socioeconómicas de nuestro modelo de sociedad.

Sin presentarse de forma repentina ni requerir un esfuerzo adaptativo extraordinario, sí presentan, por el contrario, unas demandas larvadas, soterradas, cuya repetición y concatenación pueden dejar alguna impronta más que desfavorable en el organismo. Ejemplos de estas segundas inquietudes diarias son la pobreza, el hacinamiento, la insatisfacción laboral, la polución y el ruido, los conflictos familiares, la soledad o la incomunicación, el conflicto de rol o de estatus. La totalidad de estresores ocupacionales destacados por Peiró (1990) se encuadran en esta categoría.

- Resumiendo, seguimos estando ante estresores negativos, relativamente controlables, que exigen un ajuste medio y con un riesgo para la salud que depende de su persistencia.

---

Son estos últimos estresores los que parecen corroborar la naturaleza cognitiva del estrés. En ellos destacan sobremanera la incidencia de las elaboraciones cognitivas mediadoras: expectativas, atribuciones, autoconcepto, percepción y valoración del riesgo, etc. No tratándose de acontecimientos súbitos e imprevistos, su fuerza nociva para la salud reside en su constante y prolongada repetición lo que, a la larga, puede ocasionar efectos tan perjudiciales como los de cualquier estresor mayor.

Las contradicciones estructurales de las sociedades postindustriales se convierten finalmente en fuentes de estrés, tal como acabamos comprobando en el curso diario de nuestras vidas. Lo grave de este tipo de estresores es que cada día son más los/as ciudadanos/as convencidos/as de la imposibilidad de alterar muchas situaciones deplorables. Como ya hemos apuntado, las consecuencias sobre la salud del individuo y del colectivo social son hoy –tristemente– uno de los ejes centrales de nuestras investigaciones (Psicología Ambiental, Ecopsicología, Psicología de la Salud, Psicología Médica, Sociología Urbana).

## **3.2**

### **EL ESTRÉS COMO RESPUESTA: EFECTOS DE ESTRÉS**

#### **3.2.1**

#### **ADAPTACIÓN Y NIVELES DE RESPUESTA**

La relación que todo individuo sostiene con su entorno es la base organizadora de su existencia, en tanto sistema que presenta una estructura y distintas funciones.

El conjunto de transacciones que define esta relación se marca dos grandes objetivos: a) el mantenimiento de la vida y autonomía del sistema en su medio de actuación y b) el crecimiento de la unidad sistémica mediante la integración en ésta de cuantos elementos ambientales se estimen oportunos. Tal incorporación supone la reestructuración del sistema y el incremento de sus límites físicos y/o psicológicos. El objetivo final –compendio de los anteriores– es la adaptación del individuo a las demandas de su entorno. (Merás & Morajón, 1992).

Hablamos de respuesta adaptativa para referirnos al juego de transacciones persona-entorno, generador de un estado general de satisfacción en el individuo.

---

Los efectos de la respuesta adaptativa se manifiestan en cada uno de los niveles sistémicos: subsistema biológico, subsistema "psicológico" y subsistema social.

Estos efectos se concretan en:

- funcionamiento correcto del subsistema físico-vital: Salud a nivel fisiológico;
- funcionamiento correcto del subsistema cognitivo-emocional: Salud a nivel intelectual, emocional y volitivo. Estabilidad y equilibrio psicoafectivo;
- funcionamiento correcto del subsistema social: Salud social, buenas relaciones interpersonales en los microsistemas sociales claves: pareja, familia, trabajo, amigos/as.

Un fracaso en este proceso multidimensional de adaptación trae consigo molestias en algunos o todos los órdenes de acomodación arriba señalados. Un déficit de recursos fisiológicos, hace que el individuo sea vulnerable fisiológicamente y tenga así una alta probabilidad de contraer enfermedades, situación con repercusiones psicológicas y sociales. Un déficit de recursos psicológicos, hace que el individuo sea psicológicamente vulnerable al estrés, situación que desencadenará procesos cognitivos diversos con efectos en su estado de salud, su equilibrio cognitivo-afectivo y sus actividades sociales. En general, puede decirse que un déficit de recursos para hacer frente a los estresores que la vida nos plantea, se asocia a un fracaso de adaptación. Sus resultados, desórdenes diversos en implicaciones y gravedad. Así, Cox (1978) refiriéndose a las respuestas ante situaciones de estrés, ha hablado de los siguientes problemas adaptativos:

- efectos subjetivos: ansiedad, agresión, apatía, depresión, irritabilidad;
- efectos conductuales: propensión a los accidentes, drogodependencias, conducta impulsiva;
- efectos cognitivos: bloqueo mental, dificultad en la toma de decisiones, fallos de concentración, olvido;
- efectos fisiológicos: incremento de catecolaminas y corticosteroides, en los niveles de glucosa, en la presión sanguínea, dilatación de la pupila, sequedad en la boca;
- efectos sobre la salud: asma, diarrea, amenorrea, insomnio, diabetes, desórdenes psicosomáticos;
- efectos ocupacionales: absentismo, pobreza de relaciones laborales, baja productividad, insatisfacción.

Aludiendo al mismo tipo de respuestas, Lazarus y Cohen (1977) establecen tres órdenes de resultados de estrés: a) efectos somato-fisiológicos, b) efectos comportamentales y c) efectos emocionales.

---

•• Efectos Somato-fisiológicos: Estas respuestas físicas se relacionan con la movilización de los sistemas defensivos de que dispone el organismo para hacer frente a la situación estresante. Vendría a coincidir con la etapa de alarma del S.G.A. de Selye.

En nuestra opinión, más que de consecuencias de estrés, los autores están hablando de procesos fisiológicos mediadores, en su fase primera. No obstante, citaremos las respuestas enunciadas por Lazarus y Cohen. Se trata de los siguientes resultados, clasificados a su vez en tres tipos de manifestaciones:

- Reacciones reguladas por el sistema de activación reticular.
- Secreción de catecolaminas (adrenalina, noradrenalina).
- Producción de esteroides de profunda trascendencia sobre las funciones corporales, especialmente sobre el sistema endocrino.

Los indicadores finales de estrés, consecuencias de estas reacciones mediadoras, son entre otros: cambios cardiovasculares, decremento en la resistencia de la piel, movimientos intestinales, incremento en el potencial de acción muscular.

En opinión de Huber (1986), el cambio del equilibrio hormonal (atribuible en el fondo a influencias centrales o psíquicas), bajo la forma de ACTH (hormona adrenocorticotrópica) y de los glucocorticoides conduce, a que bajo un estrés continuado:

- las lesiones de los tejidos se curen con más dificultades;
- disminuya la resistencia general contra las infecciones;
- se retrase el crecimiento de nuevos tejidos;
- resulte inhibida la formación de anticuerpos;
- se reduzca el número de leucocitos;
- se provoque la formación de úlceras en las vías gastrointestinales;
- se manifieste una actividad del tiroides;
- se ralentice el crecimiento del cuerpo;
- decrezca la producción seminal;
- disminuya la producción de testosterona;
- interrumpa o reprima el ciclo menstrual;
- disminuya el peso del útero;
- desaparezca la ovulación;
- se impida al huevo fecundado realizar la nidación en la matriz;
- se suspenda la lactación.

---

Al decir del mismo Huber (1986) la prolongación de una situación de estrés, independientemente del tipo de estresores de que se trate, favorece la inmovilización masiva de los procesos fisiológicos asociados al crecimiento, a la reproducción y a la defensa contra las infecciones existentes.

Recuperado el listado de consecuencias de estrés ordenado por Lazarus y Cohen (1977), consignamos, a continuación, los efectos comportamentales y emocionales.

•• Efectos Comportamentales: Se trata de todas aquellas respuestas de estrés que implican ejecuciones motrices, incluyendo:

• La reorganización de secuencias conductuales que procuran atender –de alguna manera– a la situación. Se encuentran entre estas respuestas:

– cualquier acción directa que intente cambiar la relación establecida entre persona y ambiente. Sirvan como ejemplo, la preparación frente a un posible incidente dañino, el ataque a la fuente del problema o la huida del mismo;

– desesperanza, sufrimiento, resignación y acatamiento sumiso del estresor;

– escape de la experiencia perturbadora por medio de la ingestión de fármacos, alcohol, drogas.

• La desestructuración de los patrones conductuales más definitorios de la personalidad. Así podemos observar:

– disminución en los niveles de ejecución;

– incapacidad para llevar a cabo una tarea comúnmente realizada;

– dificultades de percepción, memoria, lentitud de razonamiento;

– acciones estereotipadas, rígidas y carentes de una finalidad racional;

– actividades regresivas, despersonalización, la aparición de conductas antisociales.

•• Efectos Emocionales: Recordándonos que la emoción no es meramente un suceso fisiológico: ninguna activación química crea sentimientos automáticamente; recordando que tras esa activación fisiológica, toda persona que la padece busca su evaluación y comprensión, adjudicándole un etiquetaje o explicación que determina la respuesta emocional. Lazarus y Cohen distinguen como preferentes las siguientes consecuencias emocionales:

• Ansiedad general, con independencia de la situación o la gente implicada.

• Ansiedad en situaciones personales: esposa, padres/madres, niños/as, jefe/a.

• Depresión, desesperación, impotencia, sentimiento de ineficacia, desprecio a sí mismo.

• Hostilidad, cólera, irritabilidad, resentimiento.

---

Finalmente, acudiendo a los subsistemas de adaptación, por nosotros expuestos, recapitulamos las respuestas de estrés más frecuentes.

#### DESÓRDENES FÍSICOS:

- Signos de tensión en la salud física:
  - dolores de cabeza recurrentes;
  - palpitaciones y dolor de tórax;
  - diarrea, calambres de estómago, gases, incapacidad para tragar, indigestiones;
  - temblor o dolor de piernas, tirones en los brazos, pinchazos en la musculatura, agarrotamientos del cuello, espalda, pelvis;
  - sensación de desmayo, náuseas;
  - ganancia o pérdida de peso rápida;
  - sudor excesivo;
  - irritaciones de piel y salpullidos, susceptibilidad a alergias;
  - recaídas en enfermedades anteriores, frecuentes catarros, infecciones;
  - uso frecuente de drogas.

#### DESÓRDENES PSÍQUICOS:

- Signos de tensión en la función intelectual:
  - pérdida de concentración;
  - pérdida de memoria;
  - falta de habilidad para tomar decisiones satisfactorias, indecisión y/o resoluciones apresuradas;
  - dificultad para pensar en problemas, previsiones a corto plazo, menos intuición y sensibilidad, se cometen más fallos;
  - dificultad para alejar problemas del pensamiento, preocupaciones excesivas, visión de túnel, persistencia de pensamientos negativos, juicio deteriorado: asalto de creencias irracionales;
  - insomnio, pesadillas;
  - frecuente sentimiento de que se va la cabeza por sus propios derroteros.

En conjunto, evidencias de una mente cansada.

- Signos de tensión en la salud emocional:
  - sentimiento de estar embotado, desmotivación, hastío existencial, alienación.,

- 
- caída de todas las emociones excepto ira e irritación. Predominan el cinismo y humor inapropiado, la tensión e inquietud junto a una mayor suspicacia, se asienta la inclinación depresiva;
  - desaparición del gozo, risa y placer;
  - el amor activo y el cariño se apagan;
  - las lágrimas aparecen con mucha frecuencia, sin razón aparente;
  - autoestima reducida, pérdida de confianza, sentimiento de insignificancia personal.

La totalidad de los signos habla de un importante agotamiento emocional.

- Signos de tensión en la salud motivacional:

- pérdida de apetito o abuso;
- pérdida o exceso de interés por el sexo;
- aumento del consumo de alcohol y/o tabaco;
- desatención de los cuidados personales;
- conducción negligente;
- insociabilidad;
- escaso control del tiempo.

#### DESÓRDENES DE CONDUCTAS SOCIALES:

- baja productividad, dificultad para desenvolverse;
- dificultad para relajarse por saturación de ocupaciones;
- gula, tabaco, cocaína, problemas con la bebida, juego, despilfarro;
- fantasías o conductas sexuales no deseadas;
- compulsiones.

"Todos estos procesos tienen su interés como señales indicativas al hacerse una autoobservación de los procesos vegetativos y de las distintas influencias, y su suma debería provocar la aparición de una "reacción de alarma en el pensamiento", al objeto de iniciar las correspondientes contramedidas" (Huber, 1986, p. 45).

Cerramos esta recopilación de las respuestas de estrés más habituales, con la apreciación de Dohrenwend y Dohrenwend (1973) sobre el considerable exceso de resultados de estrés en los estratos sociales más bajos. Gove & Tudor (1973) ratifican esta relación al comprobar la disminución de respuestas estresadas a medida que aumenta el nivel educativo de los/as afectados/as.

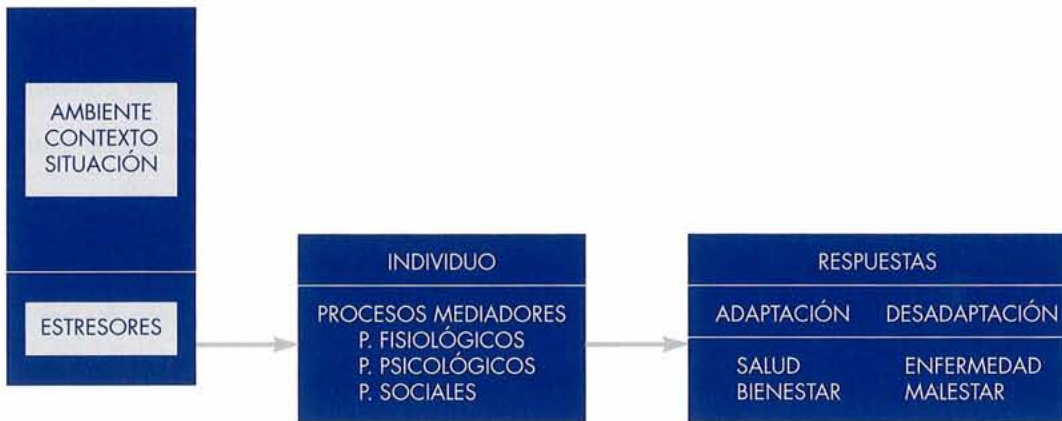
La experiencia diaria sugiere que los acontecimientos no deseados y amenazantes incrementan la vulnerabilidad personal, observación que corrobora la evidencia clínica (Janisse,

1988). Holmes y Rahe (1974) sugieren, en su estudio, que el riesgo de enfermedad tras un acontecimiento de vida estresante es muy elevado: el 55 % de todas "las crisis vitales" y el 79 % de las "crisis vitales importantes" se seguían de cambios de salud.

Llegados aquí, cabe preguntarse qué clase de transacciones tienen lugar entre los acontecimientos de vida estresantes y los cambios globales de salud descritos. Insistiremos en que los cambios de vida negativos se han relacionado con la muerte cardíaca y el infarto de miocardio, embarazo y parto con complicaciones, el síndrome menstrual, problemas respiratorios, dolencias estomacales, pobre desempeño, lesiones deportivas en jugadores de fútbol e incluso con algunos tipos de cáncer, especialmente en mujeres. Abordaremos, por tanto, qué sucede en la persona desde el momento en que recibe el impacto de los sucesos estresantes. De modo operativo, acercarse a los factores que median entre estresores y respuestas, supone la consideración de tres aspectos: 1) procesos fisiológicos, 2) procesos psicológicos y 3) procesos sociales, como procesos mediadores en la resolución de la situación amenazante.

Esquemáticamente la situación sería la siguiente:

## GRÁFICO 2.



---

### **3.3**

## **EL ESTRÉS COMO TRANSACCIÓN: PROCESOS MEDIADORES**

Hemos dejado constancia, a lo largo de los apartados anteriores, de una concepción del hombre como sistema integrado en unidades sistémicas superiores: situaciones, contextos y ambiente.

Los principios básicos de la organización del sistema se asientan sobre los intercambios con el entorno y la interdependencia de sus propias partes estructurales y funcionales. Estos modos de interrelación es lo que llamamos proceso de transacción. Con un alto grado de plasticidad, al tiempo que mantienen pautas de intervención estables, las transacciones buscan en todo momento la autorregulación adaptativa, del organismo vivo, en este caso, del ser humano.

#### **3.3.1**

### **PROCESOS FISIOLÓGICOS MEDIADORES**

Detectada una situación peligrosa, sea la amenaza objetiva o subjetiva, el cuerpo presenta una reacción somato-fisiológica refleja, diseñada para hacer frente a estas condiciones y sobrevivir. Tan pronto como el peligro se reconoce, el cuerpo recibe una carga extra de energía para salir de la situación ya sea luchando o huyendo, dependiendo de las circunstancias.

El cerebro recibe un mensaje de alerta roja. A partir de este momento inicia importantes cambios en el hipotálamo, centro de control que integra las reacciones reflejas, coordinando las diferentes actividades del cuerpo. Así, una vez activado el hipotálamo, nuestros músculos, cerebro, pulmones y corazón reciben prioridad por encima de cualquier otra actividad corporal.

### **LA REACCIÓN PRIMARIA DE ESTRÉS O ETAPA DE ALARMA**

La reacción primaria de estrés es una acción refleja del sistema nervioso simpático. El mensaje de peligro recibido es trasladado hacia las partes del cuerpo pertinentes para ofrecer una vigorosa respuesta física de lucha o huida. Una vez que ha pasado el peligro, interviene el sistema nervioso parasimpático, devolviendo nuestros cuerpos a su estado natural de equilibrio, estado en que todas nuestras funciones guardan un armonioso balance.

---

Tal como hemos indicado, el propósito de la respuesta primaria de estrés es preparar al cuerpo ante el estresor percibido. De modo sucinto, esto es lo que sucede:

- Desde el córtex cerebral –donde el estímulo ha sido interpretado como amenazante– se envían señales directamente al hipotálamo a fin de alertar a los mecanismos de defensa;
- instantáneamente, el hipotálamo envía las órdenes oportunas a las glándulas endocrinas para que liberen las hormonas necesarias ante la acción a tomar, así como para que inhiban la secreción de aquellas otras hormonas innecesarias en la acción defensiva. Aumentan considerablemente los niveles de adrenalina y noradrenalina; se inicia la secreción de corticosteroides;
- los músculos se tensan preparándose para la acción;
- se dilatan las pupilas de los ojos;
- el corazón late más rápidamente, afluyendo sangre extra a los músculos dispuestos para cualquier intervención;
- desde el bazo se bombean más glóbulos rojos a la sangre en circulación a fin de aumentar el suministro de oxígeno a los músculos;
- la respiración se acelera y se hace más superficial, por la misma razón;
- el hígado libera glucosa para suministrar a los músculos la energía necesaria;
- nuestro sistema digestivo se detiene, se seca la boca y los esfínteres se cierran; los músculos que conforman las paredes de tráquea, estómago, intestinos, útero y vejiga pueden sufrir espasmos, provocando el efecto nauseabundo de “estómago levantado”.

En reacciones excesivas, pueden darse vómitos, micción y/o defecación involuntarios;

- sudamos en abundancia y con anticipación al gasto de energía suplementario, se eleva la temperatura;
- nuestro sistema inmunológico pierde efectividad.

Básicamente éste es el patrón fisiológico que media en la respuesta primaria de estrés. Con todos estos sistemas prestos para la acción, podemos entrar en lucha o escapar –tanto en el sentido literal como figurado–, disfrutando en gran medida de la emoción que esta activación nos proporciona, o por el contrario podemos permanecer inmóviles, paralizados por el temor que el estresor nos produce.

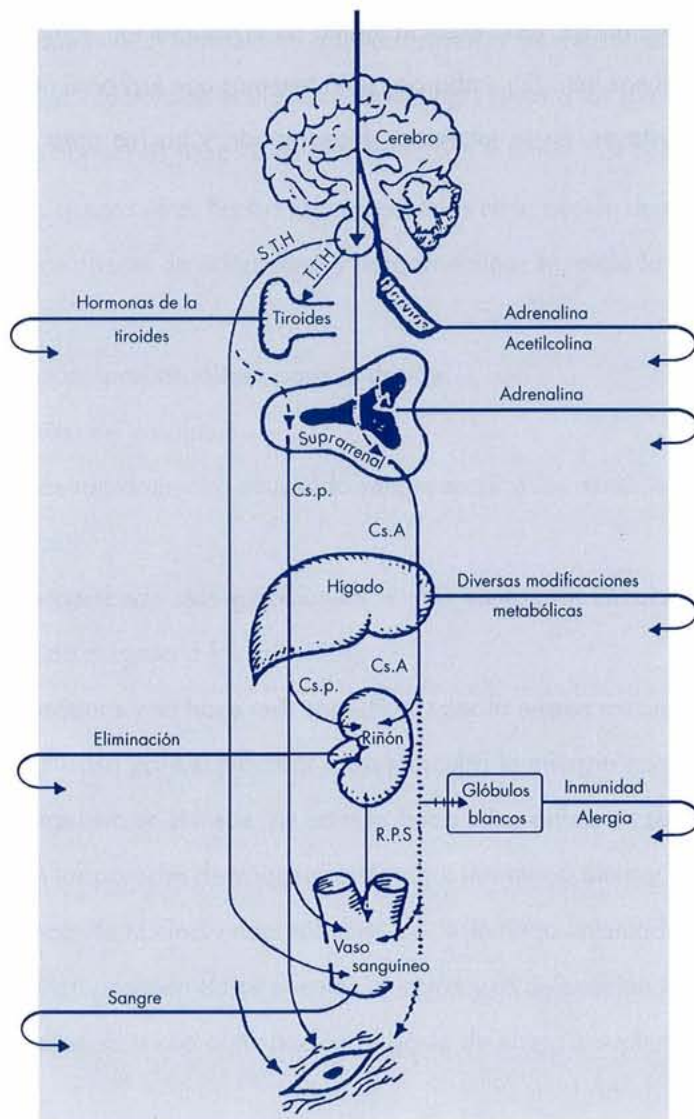
Ahora bien, siendo ésta la secuencia fisiológica puede suceder, y así ocurre muchas veces, que el estímulo que provoca esta reacción no sea realmente una amenaza. Objetivamente nuestra percepción es falsa, pero si la interpretación subjetiva ha sido de daño, toda la ca-

---

dena física del estrés se despliega en idéntico sentido al descrito; unas veces suavemente, otras con inusitada brusquedad y fuerza.

“Este complejo entramado de todos los sistemas para hacer que la contracción muscular se produzca de manera eficaz, es la esencia misma de la adaptación, tanto si tenemos que luchar como si decidimos huir. Sin embargo, si no tenemos que luchar ni necesitamos huir, en ese caso la respuesta es, en su totalidad, desadaptada y nociva para nosotros” (Macdonald, 1989).

**GRÁFICO 3. Esquema de la fisiología del estrés**  
**(Selye, 1987, p. 111; en Saly Bensabat, 1987)**



## LA REACCIÓN SECUNDARIA DE ESTRÉS O ETAPA DE RESISTENCIA

Según hemos descrito, el propósito de todos los cambios que componen la fisiología primera del estrés es el facilitar y mantener el organismo a punto para una acción de defensa. También hemos señalado que, una vez, presentada la reacción de lucha o huida, el organismo vuelva a su natural estado de equilibrio. Este ciclo de alerta-acción-reposo, es saludable, valorado positivamente, facilitándonos la adaptación.

Sucede, por el contrario, que en demasiadas ocasiones, el ciclo es interrumpido, impidiéndonos el regreso al estado de homeostasis.

Desafortunadamente, muchos de nosotros/as nos encontramos ante situaciones amenazantes persistentes, imposibles de evitar. ¿Qué sucede, entonces, ante estas continuas sacudidas de estresores? Se inicia lo que llamamos la reacción secundaria de estrés.

A partir de este momento, el acopio de energía realizado por el organismo, en su primera respuesta, es insuficiente. Se recaba la ayuda de agentes químicos más poderosos, corticosteroides que, como anteriormente, la adrenalina, nos preparan para la acción. Al mismo tiempo, nuevos azúcares y grasas del cuerpo se liberan al torrente sanguíneo con idéntica finalidad.

Las hormonas corticosteroides liberadas por el córtex suprarrenal, a instancias del hipotálamo, vía glándula pituitaria, desempeñan un papel fundamental en cuanto extienden y mantienen la activación primera de estrés. Se ocupan de fragmentar ciertas células y tejidos para proporcionar energía, activan los mecanismos de reparación y renovación y conservan los fluidos y las sales de nuestro organismo. "Un estrés prolongado, físico o psico-emocional, se acompaña de una secreción duradera de adrenalina, hormona de adaptación, pero si el estrés prosigue, aparece la secreción secundaria de hormonas suprarrenales: cortisona y otros corticoides" (Selye, 1987, p. 44).

Si el individuo se hace momentáneamente con la situación, y si los embites estresantes persisten, llegamos a esta fórmula intermedia de adaptación que representa la reacción secundaria. A medida que aumenta el dominio de la demanda amenazante, disminuye la producción de catecolaminas –adrenalina, noradrenalina, dopamina–. Por su parte, los corticoides –corticosterona, aldosterona, hormonas sexuales–, vuelven a un nivel de cuasi-normalidad ya que se mantienen activos durante toda la fase de resistencia.

---

## LA REACCIÓN TERCIARA DE ESTRÉS: LA ETAPA DE AGOTAMIENTO

La fragilidad de la fórmula de adaptación desarrollada ante la insistencia y persistencia de sucesos estresantes, se manifiesta cuando las situaciones de estrés se hacen crónicas. La acomodación que representa la fase de resistencia es una pseudo-adaptación. El ajuste encontrado es eventual. La energía necesaria para esa permanente adaptación se agota, reapareciendo las señales de alarma, con la gravedad añadida de ser ahora irreversibles. El organismo puede sufrir daños permanentes.

Las secreciones continuadas de catecolaminas no son en absoluto beneficiosas. Su producción ante eventos amenazantes crónicos acumula sus efectos hasta provocar o favorecer numerosos trastornos biológicos, orgánicos y funcionales. Así del exceso de "adrenalinas" se derivan disfunciones cardio-vasculares –hipertensión arterial, alteraciones del ritmo cardíaco, trombosis cerebral y coronaria– en las que participan, entre otros, el exceso de producción de ácidos grasos y la hipercoagulabilidad de la sangre, resultantes de las primeras fases de reacción. Asimismo, son frecuentes los desórdenes digestivos –úlcera de estómago, estreñimiento– y trastornos funcionales diversos.

Por lo que hace a los corticoides en general, su prolongada producción ocasiona un agotamiento progresivo de las glándulas corticosuprarrenales. Su presencia abusiva es responsable de diferentes molestias metabólicas y orgánicas. Se observa su participación en la hipertensión arterial y la úlcera de estómago; se asocia a la osteoporosis, la disminución de defensas inmunitarias, la sensibilidad a las enfermedades alérgicas y cutáneas, así como, muy probablemente a ciertas diabetes y obesidades.

Nos gustaría cerrar esta breve presentación de la fisiología del estrés al margen de resaltar la importancia del cerebro, especialmente el papel de los neurotransmisores, péptidos cerebrales y endorfinas, al intervenir en el control y la excitación del hipotálamo, de la hipófisis y de otros mediadores cerebrales, entre ellos del sistema límbico, subrayando ante todo, una idea: el mecanismo biológico del estrés es siempre el mismo. Con independencia de cuál sea su acción inicial y el punto de partida en el cuerpo, aparecen las reacciones generales descritas. Ahora bien, siendo comunes estas secuencias, los efectos, por el contrario, se advierten como específicos en función sobre todo, de los factores condicionantes de cada organismo. La naturaleza de cada estresor importa, pero, su repercusión queda pendiente de los grados de vulnerabilidad –física y psíquica– de cada persona. La posibilidad de incidencias selectivas, en razón de peculiaridades heredadas (constitución física-temperamento

---

base) o adquiridas (historia de vida), explica las consecuencias diferenciales del estrés. En este sentido, fisiología y psicología del estrés se complementan irremediablemente. Analizamos, a continuación, los mecanismos de mediación que nos procura la “psique”.

### **3.3.2 PROCESOS PSICOLÓGICOS MEDIADORES. EL MODELO COGNITIVO DE ESTRÉS**

Al iniciar este capítulo, reformulamos la pregunta ya planteada sobre qué clase de transacciones tiene lugar entre las exigencias del medio y las posibles respuestas de adaptación o desadaptación presentadas por cada persona.

Descrito el proceso biológico de defensa, se advierte un paralelismo en el proceso psicológico de enfrentamiento. Dicho proceso forma parte de un complejo multidimensional que trata de explicar esa particular relación entre la persona y su entorno, desde el momento en que ese entorno es evaluado. La perspectiva teórica de que la evaluación cognitiva es un proceso mediador fundamental en la aparición de pensamientos, sensaciones y acciones subsiguientes a un acontecimiento estresante, no sólo nos parece necesaria para entender las diferencias individuales e incluso los modelos habituales de reacción, sino que también encaja con las observaciones sobre las actitudes de individuos en situaciones adaptativas importantes. Veamos, pues, cuáles son los procesos mediadores psicológicos entre antecedentes y consecuentes de estrés.

#### **LA EVALUACIÓN COGNITIVA**

El concepto “evaluación cognitiva” hace mención al significado e importancia que el sujeto concede a un evento con relación a su integridad, su bienestar y autonomía. En tal sentido, se trata de un proceso que establece –de antemano– las repercusiones y consecuencias de un acontecimiento dado sobre el individuo.

Ante las presiones y demandas ambientales, las personas reaccionan distintivamente en cuanto al grado y clase de respuestas. Difieren en su sensibilidad y vulnerabilidad a ciertos tipos de acontecimientos, así como en sus interpretaciones y reacciones ante los mismos. Ante un único estímulo pueden observarse respuestas de cólera, depresión, ansiedad, culpabilidad, provocación. ¿Por qué estas diferencias si objetivamente el desencadenante es el

mismo? Estamos en condiciones de señalar que lo que realmente importa es la "situación psicológica" resultante de la interacción entre entorno e individuo.

La evaluación cognitiva refleja la particular y cambiante relación que se establece entre un sujeto con determinados valores, compromisos, estilos de pensamiento, ópticas perceptivas y un entorno cuyas características deben predecirse e interpretarse. Las respuestas emocionales y las respuestas conductuales de una persona son función del análisis cognitivo de los acontecimientos.

El modelo de estrés desarrollado por Lazarus (1986) para explicar el fenómeno desde estas coordenadas teóricas, distingue tres momentos de evaluación cognitiva: evaluación primaria, evaluación secundaria y reevaluación, más las etapas de enfrentamiento y acción. La reevaluación planea constantemente sobre el proceso, interviniendo en el mismo en la medida que los cambios internos y/o externos lo requieren.

Gráficamente, el proceso de reacción cognitiva es el siguiente gráfico modelo de estrés.

**GRÁFICO 4.**



#### A) LA EVALUACIÓN PRIMARIA

De acuerdo al concepto de evaluación cognitiva definido, hablamos de evaluación primaria para referirnos a la valoración instantánea desencadenada ante cualquier estímulo o acontecimiento. Esta apreciación inmediata y de carácter indeliberado, puede ser a) irrelevante, b) benigno-positiva o c) estresante.

---

A.a) La evaluación primaria irrelevante: Se trata de aquel encuentro que no conlleva implicaciones para el individuo. El sujeto no siente interés por las posibles consecuencias. Es decir, el encuentro no implica valor, necesidad o compromiso. No se pierde ni se gana nada en la transformación.

A.b) Evaluaciones benigno-positivas: Las evaluaciones benigno-positivas tienen lugar si las consecuencias del encuentro se valoran como favorables, esto es, si preservan o logran el bienestar. Estas apreciaciones se caracterizan por generar emociones placenteras: amor, alegría, felicidad, regocijo o tranquilidad. Las valoraciones positivas puras son extrañas; siempre conllevan cierto grado de miedo, suspicacia o aprensión.

Pongamos como ejemplo, aquellas personas que se sienten culpables ante la dicha o que piensan que toda situación ideal pasa después factura. Estos dos casos nos sirven para informar de la complejidad y naturaleza mixta de las evaluaciones, condicionadas por los factores individuales y el contexto en que se desarrolla la situación.

A.c) Evaluaciones estresantes: Entendemos como evaluaciones estresantes aquellas apreciaciones que significan daño / pérdida, amenaza y desafío.

- Daño / Pérdida. La valoración de daño / pérdida tiene lugar cuando la persona ha recibido ya algún perjuicio. Pongamos por caso, una lesión o enfermedad incapacitante, alguna afrenta a la estima personal o social o la pérdida de algún ser querido. Los acontecimientos perjudiciales más estresantes son aquellos en los que hay pérdida de compromisos importantes.

- La amenaza. Se trata de daños o pérdidas que aún no han tenido lugar pero que se prevén. Quedan incluidas en esta categoría de valoración estresante, todas aquellas implicaciones futuras negativas, derivadas de un daño acontecido. Citemos, por ejemplo, el devenir incierto de una madre adolescente, soltera y sin medios o la nueva situación que espera a la persona parálitica tras un accidente de tráfico.

La diferencia entre la evaluación de amenaza y la de daño / pérdida es que la primera permite un enfrentamiento anticipado.

- El desafío. La tercera evaluación estresante es el desafío. Comparte con la valoración de amenaza, la movilización de estrategias de enfrentamiento. Difiere, por el contrario, en su consideración de las fuerzas necesarias para vencer en la confrontación. Esta valoración genera emociones placenteras como impaciencia, excitación y regocijo. En la amenaza, se aprecia principalmente el potencial lesivo, acompañándose tal evaluación de emociones negativas como miedo, ansiedad y mal humor. Amenaza y desafío no son excluyentes entre sí.

---

Veamos como ejemplo, la promoción de la mujer en el trabajo. Esta situación es susceptible de ser evaluada como desafío si se repara en que es una oportunidad para aumentar sus conocimientos y habilidades, su responsabilidad y compromiso social, su reconocimiento personal y público, su remuneración económica y su ámbito de relaciones sociales. Esta valoración se acompaña indudablemente de sensaciones muy positivas. Al tiempo, la misma situación puede ser apreciada como una amenaza, si la trabajadora se ve desbordada por las exigencias de su nueva situación, padeciendo, entonces, las desagradables emociones del temor: miedo, preocupación, ansiedad y pérdida de confianza en su valía. La coexistencia de apreciaciones puede darse en diversos grados y en distintos órdenes a lo largo de un mismo acontecimiento. Los esfuerzos cognitivos de enfrentamiento y/o los cambios que puedan darse en el entorno contribuyen a la consideración última del suceso.

## B) LA EVALUACIÓN SECUNDARIA

Una vez realizada la primera valoración, la secuencia cognitiva se ocupa de ejecutar una comparación entre lo que se puede y lo que se debe hacer ante un acontecimiento estresante. Se trata de una valoración relativa en la que se contemplan las estrategias de que se dispone, las posibilidades de utilizarlas, su supuesta eficacia, las consecuencias que derivarían de su uso, sus interacciones con otros aspectos...

En suma, estamos ante una toma de decisión en la que se dirime qué puede hacerse, sabiendo que estamos ante un peligro, amenaza o desafío, que precisa una intervención. Es, a esta forma de evaluación, a la que llamamos evaluación secundaria.

Conviene subrayar que la evaluación secundaria no es un mero ejercicio intelectual dirigido a reconocer y censar recursos utilizables en una situación dada. Es un complejo proceso evaluativo de todas aquellas opciones de enfrentamiento con las que se obtiene la certeza de que uno podrá aplicar una estrategia particular o un grupo de ellas de forma efectiva.

Así, una persona puede valorar que ciertas conductas lograrán determinados efectos. Interviene, aquí, lo que Bandura (1982) llama expectativas de resultados. Considerada la primera apreciación, no significa que esa misma persona se decida a intervenir. La convicción de ser capaz de desarrollar con éxito las conductas consideradas, controlando cuantos impedimentos puedan surgir y logrando con ello los resultados previstos, será quien decida el paso siguiente de la secuencia cognitiva. Este tipo de apreciación secundaria se apoya en la expectativa de autoeficacia (Bandura, 1982; Palenzuela, 1987). El autoconcepto y los estilos atributivos son otras realidades cognitivas con fuerte presencia en la evaluación secundaria.

---

Las evaluaciones secundarias de las estrategias de enfrentamiento (qué puedo hacer con visos de éxito) y las evaluaciones primarias (qué es lo que hay en juego, qué representa esta situación para mí) interaccionan entre sí determinando el grado de estrés o lo que es lo mismo la intensidad y calidad de consecuencias físicas, intelectuales, emocionales y sociales subsiguientes.

- La Reevaluación

Dados los intercambios entre evaluación primaria y evaluación secundaria, además de la permeabilidad del sistema ser humano a los aconteceres del medio, aparece una tercera forma de evaluación: la reevaluación.

Se trata de un proceso cognitivo de cambio/os introducido/os sobre la evaluación inicial en base a la nueva información recibida del entorno y/o en base a la información que se desprende de las propias reacciones a éste. Con estas fórmulas de retroacción, una amenaza puede reevaluarse como carente de fundamento o, al contrario, una evaluación previamente positiva puede transformarse en otra amenazadora. Se crea, así, una sucesión de emociones y evaluaciones cambiantes. Con todo, una reevaluación es sencillamente la nueva evaluación que sigue a la apreciación inicial de un suceso incluyendo la posibilidad de modificarla. Ambos procesos, evaluación y reevaluación, no difieren esencialmente entre sí.

### C) EL ENFRENTAMIENTO

El tercero de los mediadores psicológicos ante las situaciones estresantes es el proceso de enfrentamiento. Lo definimos como todos aquellos esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas externas y/o internas que son evaluadas como desbordantes de los recursos del individuo. (Lazarus & Folkman, 1986).

En la medida en que hablamos de esfuerzos, el enfrentamiento tiene carácter de proceso y no de rasgo; se excluyen de su acepción las conductas adaptativas automatizadas que no requieren empeño o movilización de recursos. El concepto, también, debe deslindarse de los resultados objetivos alcanzados, su sentido es el de entrega, esfuerzo para lograrlos. Insistiendo en la naturaleza dinámica del enfrentamiento, no es equiparable, tampoco, a "dominio de la situación"; hablaremos, más bien, de manejo de la situación con estrategias como minimizar, evitar, tolerar, reorientar, aceptar.

Este proceso cognitivo de adaptación que hemos llamado enfrentamiento tiene dos manifestaciones básicas: estrategias dirigidas al problema y estrategias dirigidas a la emoción.

- 
- **Enfrentamiento dirigido al problema.** El proceso de planificación y preparación ante lo que se avecina se compone de estrategias destinadas a manipular o alterar el problema. Se incluyen entre estas estratagemas: definir el asunto, descomponerlo, buscar medios para abordarlo, identificar soluciones alternativas, calcular coste y beneficios de las opciones, comparar el problema con otras situaciones anteriores o ajenas más duras, y, finalmente actuar ante la exigencia.

Las estrategias de enfrentamiento dirigidas al problema no deben confundirse con la resolución del problema.

Aunque próximos, estamos ante procesos distintos: la eliminación del problema implica un objetivo, un proceso analítico principalmente dirigido al entorno; en el enfrentamiento además de las estrategias dirigidas al asunto, se incluyen las que hacen referencia al interior del sujeto.

Hablamos de dos grupos principales de estrategias dirigidas al problema: a) las que hacen referencia al entorno y b) las que hacen referencia al sujeto. En el primer grupo se encuentran las fórmulas destinadas a modificar las presiones ambientales, los obstáculos, los recursos, los procedimientos, etc. En la segunda categoría se incluyen las argucias encargadas de cambios motivacionales o cognitivos, como la variación del nivel de aspiraciones, la reducción de la participación del yo, la búsqueda de canales diferentes de gratificación, el desarrollo de nuevas pautas de conducta o el aprendizaje de recursos y procedimientos nuevos.

- **Enfrentamiento dirigido a regular la emoción.** La persona estresada pone en funcionamiento procesos cognitivos diversos para disminuir el grado de trastorno emocional. Entre otros se cuentan los siguientes recursos: evitación, minimización, distanciamiento, atención selectiva, comparaciones positivas, extracción de valores positivos de los acontecimientos negativos. Valgan como ejemplo las siguientes formulaciones, usadas comúnmente para disminuir una amenaza: "He decidido que hay cosas más importantes de las que preocuparse", "He estado pensando hasta dónde puede llevarme esta relación", "He decidido que no necesitaré de él, tanto como creía".

Otra forma de manejar la emoción es mediante la reevaluación defensiva: se cambia el significado de la situación, se distorsiona la realidad o simplemente se ignoran ciertos aspectos de ésta. Ahora bien, no todas las reevaluaciones son defensivas. Sucede, por ejemplo, con las comparaciones positivas o la extracción de valores de las situaciones negativas, elaboraciones que no implican una distorsión de la realidad. También es útil puntualizar que el enfrentamiento dirigido a la emoción no es sinónimo de reevaluación. Ciertas formas de este

---

tipo de enfrentamiento son, en efecto, reevaluaciones; en cambio, otras no, e, incluso, algunas alternan sus funciones.

Las dos formas de enfrentamiento, la dirigida al problema y la dirigida a la emoción, se incluyen mutuamente, pudiendo ambas potenciarse o interferirse. Así, el enfrentamiento emocional tiene más probabilidades de darse cuando ha habido una evaluación de la realidad en la que no hay posibilidad de cambio. Cuando la persona advierte lo contrario, es más probable que intente controlar el problema y buscar soluciones. En cualquier caso, ambos enfrentamientos aparecen normalmente juntos, si bien en distinto orden de secuencias según los sujetos, las situaciones y los contextos. El orden de procesamiento es secundario, siendo lo verdaderamente importante la calidad adaptativa de las respuestas o acciones que de estas elaboraciones deben derivar. La validez de las fórmulas de enfrentamiento empleadas tienen que plasmarse en el bienestar y satisfacción de las personas en los órdenes físico, psicológico y social.

Ilustraremos con algunos ejemplos anecdóticos las relaciones entre las dos formas de enfrentamiento definidas. Empezamos con un caso de interferencia entre las estrategias de problema y las de emoción, para continuar con uno de complementariedad y adaptación.

- Una persona a la que se le ha diagnosticado una grave enfermedad insiste en obtener más y más información que, en su caso, contribuiría a aumentar la ansiedad y la incertidumbre. Este/a enfermo/a se encuentra atrapado en un círculo de enfrentamiento dirigido al problema (búsqueda de información y evaluación) que incrementa su trastorno emocional e interfiere con los mecanismos cognitivo-emocionales que podrían utilizarse para reducir el trastorno.
- Las estrategias como el distanciamiento y la evitación parecen disminuir el grado de molestias emocionales de las enfermeras en las unidades de cuidados intensivos. Estas estrategias permiten un cuidado mucho más eficaz de los/as enfermos/as (resolución del problema). Esta combinación de las líneas de enfrentamiento, verdaderamente eficaz y adaptativa tanto para los/as pacientes como para el personal sanitario, se ve afectada por una limitación: los mecanismos reguladores de la emoción, hacen parecer a las enfermeras más distantes y automatizadas, frustrando, quizá las necesidades de apoyo emocional de los/as enfermos/as.

#### D) RECURSOS Y LIMITACIONES

##### •• Recursos

La forma en que una persona enfrenta, realmente, una situación estresante depende, en gran medida, de los recursos de que dispone y de las limitaciones que dificultan el uso de tales recursos en el contexto de una interacción concreta.

---

Decir que una persona tiene muchos recursos no sólo significa que dispone de una buena partida de ellos, sino que, también, tiene habilidad para aplicarlos ante las distintas demandas del entorno. Esta acepción permite incluir como recursos todo aquello extraíble de uno mismo tanto si se trata de útiles objetivos (dinero, juguetes, personas, conocimientos) como de medios para la búsqueda de otros recursos reales pero no disponibles en primera instancia.

Sin pretensión de establecer una catalogación de todos los recursos que muestran las personas para enfrentarse a las infinitas demandas de la vida, nos referiremos a las principales categorías. Sirva, también, esta enumeración para ilustrar la naturaleza multidimensional de los recursos de afrontamiento.

Entre las propiedades del individuo destacan:

- Salud y energía vital. Una persona frágil, cansada o débil tiene siempre mayores dificultades en un proceso de enfrentamiento. El bienestar físico se hace particularmente evidente cuando hay que resistir problemas e interacciones estresantes que exigen una movilización considerable.
- Creencias positivas. Verse a uno/a mismo/a positivamente, pensar en los/as demás con respeto y derechos, así como mantener la idea de que el mundo es mejorable, son importantes recursos psicológicos de enfrentamiento. Las creencias de que una situación puede ser controlable, de que una cuenta con la fuerza, capacidades y/o empeño para cambiarla, de que un programa, tratamiento o profesional resultarán eficaces, son planteamientos que traen la esperanza, emociones placenteras y se acompañan, generalmente, de resultados positivos. Una creencia general sobre un "locus" de control interno produce una mayor actividad y persistencia en el enfrentamiento que una creencia en un "locus" externo. Creer que los resultados son fruto del azar, la providencia o el destino, de otros poderosos e intocables, o que sencillamente son incontrolables, produce los efectos contrarios.
- Técnicas para la resolución de problemas. Se incluye en esta modalidad de recursos la habilidad para conseguir información, analizar las situaciones, examinar posibilidades alternativas, predecir opciones útiles para obtener unos resultados y elegir un plan de acción apropiado. Estos instrumentos de afrontamiento presuponen otros recursos como experiencias previas, memoria, inteligencia, conocimientos y capacidad de autocontrol.
- Habilidades sociales y dotes de comunicación. Recursos de muy importante función dado el importante papel de la actividad social en la adaptación humana. Estas habilidades se refieren a la capacidad de comunicarse y de actuar sobre los/as demás de forma socialmen-

---

te adecuada y efectiva. En general, aportan al individuo un mayor control sobre las interacciones sociales.

Entre los recursos personal-sociales aparecen:

- Apoyo social. Las cargas de apoyo emocional, moral, informativo y material son verdaderas baterías para actuar y persistir en el enfrentamiento de situaciones estresantes.
- Medios materiales. El dinero y los bienes y servicios que éste posibilita componen el último grupo de recursos. Las fuertes relaciones entre estatus socioeconómico, estrés y adaptación han quedado probadas desde muchos frentes. Aún más, el hecho de tener dinero puede reducir la vulnerabilidad del individuo, facilitando un enfrentamiento activo, ya que subsiste una creencia de control.

•• Limitaciones

Muchas veces las situaciones planteadas presentan demandas que superan los recursos del individuo. Otras veces los recursos disponibles son adecuados pero su uso crea en la persona serios conflictos añadidos. Los factores que restringen el enfrentamiento son conocidos como coactores. Tienen su origen tanto en dimensiones personales como ambientales. Estas dimensiones son, en gran medida, la otra cara de los recursos anteriormente mencionados.

Citaremos los principales coactores:

• Coactores Personales:

- valores y creencias internalizadas que proscriben ciertas formas de acción y de sentimiento;
- déficits psicológicos producto del desarrollo del sujeto;
- aceptación estricta de las normas culturales adquiridas en el proceso de socialización, no permisivas con ciertas respuestas de enfrentamiento;
- escasa tolerancia a la ambigüedad;
- necesidad de dependencia, baja autoestima, problemas con las figuras de autoridad;
- miedo al fracaso, perfeccionismo, exigencias personales muy elevadas y siempre inacabadas.

• Coactores Ambientales:

- carencia de recursos materiales;
- falta de redes sociales de apoyo;
- fuerzas institucionales inhibitorias: ej. obstáculos burocráticos que plantea la administración.

### 3.3.3

### PROCESOS SOCIALES MEDIADORES

Somos concebidos/as y nacemos en un medio social. Crecemos y nos desarrollamos entre personas. Experimentamos satisfacciones, amenazas o crisis referentes a características y sucesos de nuestro radio social. La gente que nos rodea –familiares, amigos/as, la comunidad– nos ayuda o nos pone obstáculos. La investigación multidisciplinar apoya de forma creciente que las redes y el apoyo social son factores fundamentales en la susceptibilidad de un individuo a enfermar.

Siendo así, ¿por qué persisten tantos especialistas en utilizar predominantemente acercamientos individuales en sus intervenciones, incluyendo la confianza en las drogas? La respuesta está relacionada, y de forma compleja, con temas como la medicalización de los problemas de la vida y los factores político-económicos que influyen en las enfermedades. Un enfoque de redes sociales contrasta fuertemente con aquellos enfoques en que los trastornos son considerados como resultado de dinámicas de personalidad y de conflictos internos del individuo. La aceptación y reconocimiento de la naturaleza social básica de la persona, nos lleva a abordar –aunque sea brevemente– el importante papel de los factores socioculturales en el proceso de estrés.

### LAS REDES SOCIALES

“Admitida la evidencia empírica de que las distintas relaciones que un sujeto mantiene con un grupo social determina sus actitudes y comportamientos en un ámbito tan importante como es el de la salud y la enfermedad” (C.Huici, 1985), preguntémonos qué grupos son éstos.

Para que un grupo sea beneficioso en la salud de una persona, ésta debe tener constancia de que dicho grupo está “psicológicamente presente”. Un mero agregado social nunca puede ser fuente de bienestar; sólo los grupos que se constituyen en referentes para un individuo son salubres.

Diferencias concretas entre grupo social y agregado social son: a) que el individuo sea consciente de los otros miembros, b) que los sujetos se definan o deseen definirse como miembros del grupo, c) que la persona sienta que el grupo es cognitiva o emocionalmente significativo para ella. Sintetizando con Shaver (1981), el grupo ha de poseer implicaciones psicológicas para el individuo.

---

La concatenación de los distintos grupos sociales "psicológicamente presentes", componen la/s red/es social/es de una persona. Así, la red social de cualquiera de nosotros/as puede incluir a la familia, amigos/as, vecinos/as, conocidos/as, comerciantes, empleados/as, peluquero/a, profesor/a, médico/a, asistente social, abogado/a, el tasquero/a o el veterinario/a del perro. Se suman en la red, todos aquellos grupos de pertenencia o de referencia de los que derivan la identidad social de los individuos junto a la significación emocional y valorativa que para ellos posee tal pertenencia o referencia.

Descrita la red social desde el punto de vista formal, ¿qué contenidos son los que le otorgan significatividad o esa sustantividad de referencia para la persona?

Un grupo social y su conglomerado, la red, están psicológicamente presentes si son percibidos como expendedores de apoyo o asistencia emocional, intelectual y/o material provenientes de personas significativas.

En forma aún más concreta, los contenidos básicos de una red social son a) la percepción de que hay personas que se preocupan de uno/a y nos quieren, b) la creencia de que somos estimados/as y valorados/as y c) la pertenencia a una red de comunicación y de obligaciones mutuas. Se trata de todas aquellas transacciones interpersonales que implican la expresión de afecto positivo, la afirmación o respaldo de los valores y creencias de la persona y/o la provisión de ayuda o asistencia. Éstos son los contenidos definitorios de una red social, lo que en conjunto llamamos el apoyo social.

#### A) LA PERCEPCIÓN DEL APOYO SOCIAL

El apoyo social lejos de equivaler al número de relaciones sostenidas, se identifica con la calidad de las mismas. Esta aproximación clarifica los mecanismos a través de los que el apoyo social puede incidir sobre el estrés y la salud. Las relaciones interpersonales de calidad pueden influir sobre la salud y el bienestar psicológico por varias vías: contribuyen a satisfacer las necesidades de afiliación, cubren las necesidades de afecto, proporcionan un sentimiento de identidad y pertenencia, son una fuente de autoevaluación positiva y proporcionan un sentimiento de control de la situación.

En un nivel superior, el apoyo social es ayuda percibida. La apreciación de que en situaciones problemáticas o de necesidad, hay personas en las que confiar y que prestarán su asistencia en términos de orientaciones, información, comprensión empática o aspectos instrumentales, es una clase de apreciación que permite encarar con seguridad numerosos estresores. Diremos más: según Cohen y Wills (1985) es precisamente el sentimiento de que otros/as pueden y quieren ayudar lo que impide que un evento potencialmente estresante

---

sea percibido como tal, impidiendo por tanto, la aparición de respuestas fisiológicas y psicológicas y de sus consecuencias.

En una tercera aproximación, el apoyo social hace hincapié en las conductas reales. El estado de bienestar y las posibilidades de enfrentamiento en situaciones de crisis aumentan cuando terminamos constatando que se dan actos de ayuda hacia nosotros/as, por parte de otras personas que estimamos como relevantes.

De las anteriores afirmaciones se desprende, con garantías, la importancia de las redes sociales sobre ciertos procesos de salud y enfermedad. Las vías a través de las cuales el apoyo social puede influir sobre la salud incluyen los efectos directos sobre la ocurrencia del estrés, sobre las apreciaciones de la situación estresante, las estrategias y comportamientos de afrontamiento, la motivación, la autoestima o los estados de ánimo. Como puede verse, las incidencias del apoyo social tienen lugar en todos los momentos o subprocesos del estrés, tal y como venimos definiéndolo a lo largo de estas páginas. Nosotros/as insistimos en la función de variable moduladora del apoyo social dentro del proceso de estrés porque muchos de los aspectos que definen este concepto psicosocial son características de personalidad, más que características del ambiente.

Considerado el apoyo dentro del proceso transaccional del estrés, podemos decir que la disponibilidad de ese apoyo depende en buena medida de las características de personalidad del individuo en cuestión. La investigación está dejando ver que las personas que reciben menos apoyo social son consideradas menos atractivas y con menos habilidades sociales que las que reciben más. Para muchos/as autores/as (Peiró, 1993) un bajo nivel de competencia relacional está en la base de las dificultades para recabar apoyo social. En la génesis y elaboración de relaciones participan cualidades personales como la extraversión, la sociabilidad o la asertividad; en el desarrollo y mantenimiento de estas relaciones, la estabilidad emocional, el sentido de cooperación, la empatía y la sensibilidad; en su conceptualización, la autoestima y la afectividad positiva y negativa; y, en el empleo de estos intercambios para movilizar los distintos sistemas de apoyo, figuran la autoestima y el bajo neuroticismo. En definitiva, el apoyo social dista mucho de ser un factor puramente ambiental.

Tal como señala Victoria Camps (1990) no basta con crear los soportes materiales e institucionales: educación, sanidad, transportes, ocio. Todos estos servicios han de mantener –y es labor nuestra saberlo hacer– su sentido originario de fraternidad. No crearemos perceptores de apoyo social, ni accederemos a los usuarios/as si no devolvemos a todas nuestras

formas de asistencia, la fuerza de la solidaridad en su sentido de buena disposición, voluntariedad, deseo de cooperación y respeto a la pluralidad. La justicia por sí sola es imperfecta, afirma Camps; necesita ser compensada con sentimientos de ayuda, amistad, colaboración y reconocimiento en el otro. Recuperando estos valores, empezaremos a romper la circularidad de esta compleja transacción que hemos llamado estrés.

**GRÁFICO 5. Modelo psicosocial del estrés**



## Bibliografía

- BELL, D.: *Las contradicciones culturales del capitalismo*, Madrid, Alianza, 1987.
- BENSABAT, S. (Dir.): *Stress: grandes especialistas responden*, Bilbao, Mensajero, 1987.
- BRINT, S.: "Profesiones y Mercado", *Revista Española de Investigaciones Sociológicas*, 59, 161-203, 1992.
- BUCETA, J.M.; BUENO, A.M.: *Modificación de conducta y salud*, Madrid, EUEDEMA, 1990.
- BURNS, D.D.: *Sentirse bien*, Barcelona, Paidós Ibérica, 1980.
- CAMPS, V.: *Virtudes públicas*, Madrid, Espasa Calpe S.A., 1990.
- CASTELLS, M.: *Crisis urbana y cambio social*, Madrid, Siglo XXI, 1981.
- COOPER, C.: *Estrés y cáncer*, Madrid, Díaz de Santos, 1990.
- COSTA, M.; LÓPEZ, E.: *Salud comunitaria*, Barcelona, Martínez Roca, 1986.
- DAHRENDORF, R.: *Oportunidades vitales. Notas para una teoría social y política*, Madrid, Espasa Calpe, 1983.
- DOHRENWEND & DOHRENWEND: *Acontecimientos de vida estresantes: su naturaleza y efectos*, City University of New York, 1973.
- FERNÁNDEZ-BALLESTEROS, R.: *El ambiente, análisis psicológico*, Madrid, Pirámide, 1987.
- FERNÁNDEZ-BALLESTEROS, R.; CARROBLES, J.A.I.: *Evaluación conductual: metodología y aplicaciones*, Madrid, Pirámide, 1989.
- FOLKMAN, S.; LAZARUS, R.: "Stress Processes and Depressive Symptomatology", *Journal of Abnormal Psychology*, 95 (2), 107-113, 1986.
- FROMM, E.: *Psicoanálisis de la sociedad contemporánea*, Madrid, 1980.
- GIRDANO, D.A.: *Controlar el estrés y la tensión. Una aproximación holística*, New Jersey, Prentice Hall, 1990.
- HUBER, G.K.M.: *Stress y conflictos. Métodos de superación*, Madrid, Paraninfo, 1986.
- JANISSE, M.J.: *Diferencias individuales, estrés y psicología de la salud*, New York, Springer, 1988.
- JIMÉNEZ, F.; ARAGONÉS, J.I.: *Introducción a la psicología ambiental*, Madrid, Alianza, 1986.
- LAZARUS, R.S.; FOLKMAN, S.: *Estrés y procesos cognitivos*, Barcelona, Martínez Roca, 1986.
- LIPOVETSKY, G.: *La era del vacío. Ensayos sobre el individualismo contemporáneo*, Barcelona, Anagrama, 1986.

- LIPOVETSKY, G.: *El imperio de lo efímero*, Barcelona, Anagrama, 1990.
- LITT, M.D.: "Self-Efficacy and Perceived Control: Cognitive Mediators of Pain Tolerance", *Journal of Personality and Social Psychology*, 54 (1), 149-160, 1988.
- MACDONALD WALLACE, J.: *El Stress. ¿Qué es? ¿Cómo se domina?*, Madrid, Escuela Española, 1989.
- MARTÍN, A.; CHACÓN, F.; MARTÍNEZ, M.: *Psicología comunitaria*, Madrid, Visor, 1988.
- MEICHENBAUM, D.; JAREMKO, M.E.: *Prevención y reducción del estrés*, Bilbao, Desclée de Brouwer, 1987.
- MENA, F. y otros: "Acculturative Stress and Specific Coping Strategies Among Immigrant and Later Generation College Students", *Hispanic Journal of Behavioral Sciences*, 9 (2), 207-225, 1987.
- MERAS, A.M.; MOREJÓN, R.: *Estrés, cáncer y personalidad*, Bilbao, Universidad de Deusto, 1992.
- MITCHELL, J.: "Personality Correlates of Attributional Style", *The Journal of Psychology Interdisciplinary and Applied*, 123 (5), 447-463, 1989.
- MORALES, J.F. y otros: *Psicología social aplicada*, Bilbao, Desclée de Brouwer, 1985.
- ORMEL, J.; SANDERMAN, R.; STEWART, R.: "Personality as Modifier of the Life Event-Distress Relationship: A Longitudinal Structural Equation Model", *Personality and Individual Differences*, 9 (6), 963-982, 1988.
- OZAMIZ, J.A. (Dir.): *Psico-sociología de la salud mental*, San Sebastián, Tartalo, 1988.
- PÁEZ, D.: *Salud mental y factores psicosociales*, Madrid, Cofás, 1986.
- PALENZUELA, D.L.: *Escala de atribuciones disposicional-generalizadas del éxito-fracaso*, Salamanca, Universidad de Salamanca, 1983.
- PALENZUELA, D.L.: *Escala de expectativas de contingencia versus no contingencia*, Salamanca, Universidad de Salamanca, 1983.
- PEIRÓ, J.M.: *Desencadenantes del estrés laboral*, Madrid, EUEMA, 1993.
- PEIRÓ, J.M.; SALVADOR, A.: *Control del estrés laboral*, Madrid, EUEMA, 1993.
- PICHOT P. (Dir.): *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*, Barcelona, Masson, 1984.
- PINILLOS, J.L.: *La psicología y el hombre de hoy*, Méjico, Trillas, 1983.
- POLAINO-LORENTE, A.: *Depresión: actualización psicológica de un problema clínico*, Madrid, Alhambra, 1984.
- RIBES, E.: *Psicología y salud: un análisis conceptual*, Barcelona, Martínez Roca, 1990.

- 
- TOTMAN, R.: *Mente, estrés y salud*, London, Souvenir Press, 1990.
- TOURAINÉ, A. (Dir.): *Movimientos sociales de hoy*, Barcelona, Hacer, 1990.
- VALDÉS, M.; FLORES T.: *Psicobiología del estrés*, Barcelona, Martínez Roca, 1985.
- VALDÉS, M.; FLORES, T.; GARCÍA, S.: *Estrés y cardiopatía coronaria*, Barcelona, ALAMEX, 1988.
- ZAPOTOCZKY, H.G.: *Estrés en la vida cotidiana*, Buenos Aires, Lidiun, 1982.

---

**CARME VALLS I LLOBET**

**Directora del Programa Mujer,  
Salud y Calidad de Vida.  
Centro de Análisis y Programas  
Sanitarios. Barcelona**

*Consecuencias  
orgánicas del  
estrés. Cómo  
afecta de forma  
diferenciada a  
hombres y  
mujeres*

---

1.

## *Diferencias entre esperanza de vida y calidad de vida*

Aunque la esperanza de vida de la mujer está aumentando en todos los países del mundo, superados los problemas de mortalidad por causa de la gestación y obstétricos (ha pasado de 72 a 80 años en las regiones desarrolladas, mientras que el hombre presenta una esperanza de vida media de 72-74 años), la sensación subjetiva de salud y calidad de vida es menor para ella que la del hombre. Esta autovaloración subjetiva de falta de salud es peor en el medio urbano que en el rural si nos atenemos a unos datos preliminares, obtenidos en una encuesta que se está realizando en Cataluña, comparados con los de un estudio realizado en 1986 en la ciudad de Barcelona.

## *Estrés: ¿Qué es y qué lo provoca?*

Cuando empezamos a analizar el porqué de estas diferencias de salud percibidas entre hombres y mujeres, surgió un primer elemento: ¿puede ser el estrés una de las causas de la disminución de salud percibida por parte de las mujeres?

Primero, debemos aclarar el significado de la palabra estrés, que en realidad es un término importante de la cultura anglosajona, definido por el investigador americano Seyle, para entender los cambios metabólicos que se producían, en los animales de Laboratorio y en los seres humanos que estaban sometidos a agresiones constantes que producían: miedo, angustia o agotamiento físico. El cuerpo del animal o de la persona mantiene una hipersecreción de la hormona ACTH, que con un aumento de la frecuencia de sus pulsaciones, estimula de forma más intensa y continuada el cortisol de las glándulas suprarrenales.

Este estímulo constante altera el ritmo circadiano del cortisol, el descanso nocturno se hace superficial y aparece el cansancio por la mañana, provocando que la carga de trabajo diario sea más pesada y difícil de superar.

La ausencia de descanso nocturno provoca también situación de angustia constante.

Cualquier situación, en que las agresiones son constantes y en las que el trabajo no acaba nunca, sin tiempo de parada y relajación, conducen a situaciones de estrés crónico. Un ejemplo de ello podría ser el trabajo doméstico de las mujeres que no acaba nunca, y la doble presencia de las que además trabajan fuera del hogar.

¿Quiere decir esto que trabajar mucho es estresante? ¿Estaban estresadas nuestras bisabuelas cuando se levantaban a las 5 de la mañana, preparaban comida para diez o doce, lavaban a mano dos coladas, iban al campo, daban de mamar debajo de un árbol y planchaban y cosían hasta última hora del día?

Se nos ocurre la lectura, en este caso, que ellas se consideraban y eran consideradas, dentro de la unidad familiar; se les comentaba las decisiones a tomar y vivían con unos valores aceptados, reconocidos y apreciados por toda la sociedad. Era valorada y se valoraba. Es actualmente, cuando hombres y mujeres entran en una carrera competitiva, donde el poder, el dinero y la creación de otras necesidades, con la aparición de la publicidad que obliga a la compra del último electrodoméstico, son casi los únicos valores que privan, cuando las situaciones de estrés aumentan, y también como veremos más adelante, el mismo trabajo y el valor social que cada trabajo tiene, serán potentes elementos de estrés físico y mental.

## 2.1

### CONDICIONES DE VIDA Y TRABAJO QUE PROVOCAN ESTRÉS FÍSICO Y MENTAL

La prevalencia de ansiedad y depresión entre las mujeres es doble que entre los hombres. Las condiciones de vida y trabajo de las mujeres son causas sociales negativas y producen diversos grados de estrés mental, entre ellas podemos considerar:

- La pobreza y la posición social.
- El cumplimiento de diversos papeles que si son conflictivos, aumentan la situación de estrés (madre, esposa, hermana, cuidadora de niños/as, ancianos/as y enfermos/as).
- Trabajo emocional suplementario, cuando ha de cuidar a los/as hijos/as.
- Doble jornada y doble presencia, al realizar las tareas domésticas y un trabajo asalariado.
- Situación personal. En ocasiones es menos estresante para la mujer el estado de soltera, viuda o separada, siempre que tengan la cuestión económica algo resuelta, que el vivir en pareja.
- Ubicación urbana o rural, hay menos estrés mental en las mujeres del mundo rural.
- Utilización del sueldo de la mujer para la vida cotidiana y el del hombre para las inversiones, cuando trabajan los dos componentes de la pareja, y lo que provoca este hecho en caso de separación.
- Violencia física y sexual contra la mujer. Cada año, en el mundo, 4 millones de mujeres son maltratadas por maridos, ex-maridos y amantes que producen más heridas que los accidentes de vehículos a motor.
- Niveles de autoestima bajos, derivados de la educación y de la consideración social de la mujer en distintas culturas. Dependencia afectiva y adicción a relaciones incorrectas.
- Educación discriminatoria y desigual. Educación para la dependencia económica y emocional del hombre, que favorecen los malos tratos y dificultan la posibilidad de escapar de las situaciones de violencia.
- Discriminación en la vida diaria. La publicidad en televisión u otros medios de comunicación, siempre asocian a la mujer con trabajos domésticos o situaciones de frivolidad.
- Aumento del tabaquismo y del consumo de cafeína, imitando el mundo masculino o por su propia situación de estrés y soledad.
- y por último, pero absolutamente prioritario, la imposibilidad de tomar decisiones sobre su propio cuerpo.

Algunas de estas condiciones ya las he comentado en el apartado anterior, pero sería necesario hacer constar también:

- Trabajos con poca remuneración.
- Status bajo y poca consideración social para el trabajo asalariado y nula valoración del trabajo doméstico.
- Situaciones de escasas posibilidades de control y decisión sobre el propio trabajo.
- Trabajos rígidos, poco creativos y monótonos, siendo controlada muchas veces por una máquina.
- Realización de tareas para las que está sobrecalificada y que le producen situaciones de tensión por el exceso de posibilidades y de energía no utilizada.
- Pocas posibilidades de desarrollo profesional y personal para realizar determinados tipos de trabajo.
- Persecución sexual dentro de las empresas, incluyendo presiones que condicionan la continuidad en el puesto de trabajo.

Lesley Doyal, señala también la progresiva feminización de la pobreza y los efectos que produce la angustia económica sobre las enfermedades de tipo cardiovascular.

No es extraño que existan jubilaciones anticipadas en todas las sociedades, y aunque no tenemos estadísticas realizadas en nuestro medio, por contactos con médicos del Institut Català de la Salut, la artrosis, la ansiedad y la depresión son las primeras causas.

3.

*¿Las mujeres presentan problemas de salud diferentes que los hombres, en función de los diversos trabajos que realizan y el estrés que les provocan?*

En la encuesta de salud de la ciudad de Barcelona del año 1986, observamos que hay una diferencia significativa de la limitación crónica de la actividad principal entre hombres y mujeres, en todos los grupos de edad, incluyendo tanto el trabajo doméstico, como las tareas realizadas fuera del hogar. Cuando estudiamos más profundamente cuáles son las causas de esta limitación crónica, encontramos que existen unas determinadas enfermedades casi siempre de tipo crónico, como son el dolor de espalda, la mal llamada artrosis (la encuesta estaba realizada con datos de salud percibida y las personas llaman artrosis al conjunto de dolores generalizados que padecen, y al profundizar en el tema se ha podido constatar que en algunas ocasiones sí que los dolores los provoca la artrosis, pero en otros, una artritis, una osteoporosis o una descalcificación son el origen) y por último la ansiedad y depresión, es decir, los trastornos llamados nerviosos.

Comparando estos datos con otros obtenidos en Canadá y Estados Unidos sobre los motivos de consulta en la Asistencia Primaria, se comprueba que cuando se trata de enfermedades crónicas de tipo endocrinológico, diabetes, tiroides, trastornos de la regulación del peso o problemas derivados del dolor, localizado en zona cervical, dorsal, lumbar, articular o en extremidades, son de predominio femenino, con una gran diferencia del masculino, aunque la alimentación y las conductas sean iguales.

### **3.1 HOMBRE: VIDA VULNERABLE / MUJER: SALUD COTIDIANA VULNERABLE**

Tenemos en estos momentos un amplio abanico de estudios de morbilidad femenina diferencial, que ponen en evidencia la existencia de unos problemas crónicos y específicos en las mujeres, que hacen que su salud cotidiana sea más vulnerable que la de los hombres. En

---

cambio el hombre, durante toda la edad adulta, tiene más ingresos hospitalarios por problemas agudos, infartos, úlceras de estómago sangrantes, problemas respiratorios agudos etc., por lo que podremos decir que el hombre tiene una vida vulnerable.

Por estos hechos, será necesario activar unos determinados recursos dentro de la asistencia sanitaria, para adecuar la asistencia primaria a las patologías que se muestran claramente diferenciadas.

En Cataluña, hemos iniciado el diseño de un cuestionario piloto para las mujeres trabajadoras en el mundo rural. Tenemos ya, una primera aproximación, según datos recogidos por la "Associació femenina del món rural" Affamer, con respuestas de 100 mujeres del mundo rural y del que destacaremos unas características especiales:

- Son mujeres con un estado de salud percibida mejor que las de la ciudad.
- Hemos observado una alta incidencia de la anemia y de las enfermedades tiroideas (quizás debido a que se preguntó por estas enfermedades, hecho que deberá tenerse en cuenta a la hora de diseñar estudios epidemiológicos, para poder incluir todos los problemas y poder tomar medidas para conseguir la salud integral).
- Las conductas y hábitos de fumar y beber, así como la utilización de los servicios sanitarios, son mejores que entre las mujeres de la ciudad.

### **3.2**

### **EFFECTOS DEL ESTRÉS EN LA BIOLOGÍA DIFERENTE DE LA MUJER**

Hay una característica diferencial de la biología femenina respecto a la masculina y es que, durante gran parte de la vida adulta, la mujer presenta la menstruación.

Las hormonas, con su funcionamiento cíclico, producen la menstruación, actuando también sobre la piel, los huesos, las grasas y el sistema nervioso central. Pero cuando una mujer está sometida a una situación de estrés por el trabajo doméstico, el trabajo fuera de casa o por los dos a la vez y con una situación de angustia constante, pueden producirse, y de hecho se producen, cambios en su regulación hormonal.

Estos cambios se producen principalmente en la ovulación que se regula, no en el mismo ovario, sino en el sistema nervioso central.

---

La mujer ovula por una influencia del sistema nervioso y si éste está sometido a constantes agresiones, se produce una insuficiencia de ovulación y, en consecuencia, el déficit de una de las hormonas que el cuerpo de la mujer necesita para mantener su equilibrio: la Progesterona. En los últimos estudios de Soules en Estados Unidos, vemos que la insuficiencia de Progesterona es constante en las etapas críticas de la vida, como pueden ser situaciones de estrés, de divorcio, al acabar la escuela, cuando existen angustias económicas o en alguna crisis importante en la familia.

### **3.3**

#### **EFFECTOS DEL ESTRÉS SOBRE EL CICLO MENSTRUAL Y LA FORMACIÓN Y DEFORMACIÓN ÓSEA**

La mencionada insuficiencia de Progesterona condicionará también el aumento en la cantidad de sangrado menstrual, y a la larga incluso, la posible aparición de cáncer de mama y endometrio, así como la presencia de enfermedades del hueso, como ha hecho constar la Dra. J. Prior (que nos acompañó el pasado mes de noviembre en Barcelona en el Workshop del Congreso de Mujer, Salud y Trabajo) que nos demuestra en su trabajo que un déficit de Progesterona en chicas jóvenes predispone a una dificultad de calcificación y a una osteopenia, que en la edad adulta producirá un déficit de masa ósea de más de un 25 %.

Por otra parte, este déficit condiciona también la aparición de miomas, de mastopatía fibroquística y de dolores óseos generalizados como veremos en el gráfico adjunto.

La menstruación debería durar sólo de 3 a 4 días y provocar la pérdida de 100 cc de sangre, el equivalente a una copa de vino, pero estamos constatando en nuestro medio y entre la raza blanca en general que este hecho no se produce así, siendo muy frecuente tanto el exceso en la cantidad de sangrado, como el aumento del número de los días en que éste se produce, y esta pérdida excesiva y constante de sangre muy rica en hierro, condiciona el mundo de las anemias y ferropenias, que hasta ahora ha estado poco estudiado, pero que en los últimos tiempos están recibiendo un especial interés por las consecuencias en la calidad de vida y en el cansancio, de la mayor parte de las mujeres en edad reproductiva de 14 a 55 años.

---

### 3.4

#### **EFFECTOS DEL ESTRÉS SOBRE LAS ANEMIAS, FERROPENIAS, CANSANCIO Y NIVELES DE ANSIEDAD. RESULTADOS PRELIMINARES DE UN ESTUDIO PILOTO**

Durante la vida reproductiva, en los países desarrollados, un 80% de mujeres presentan anemia ferropénica y casi un 50 % ferropenia. Este hecho se hace evidente en un estudio realizado en Dinamarca, que es uno de los países con un nivel más alto de calidad de vida y nutrición de casi todo el mundo y en donde la población femenina se podría considerar normal, es decir, sin enfermedades.

Recientemente, se ha descubierto que la falta de hierro provoca alteraciones en los neurotransmisores dopaminérgicos y gabaérgicos del Sistema Nervioso Central que regulan conducta, ansiedad y capacidad de aprendizaje. Al mismo tiempo, el déficit de hierro se asocia a una limitación energética de todas las células del cuerpo (la mitad de los enzimas del ciclo de Krebs son hierro dependientes).

Se ha de diferenciar pues, la anemia ferropénica que cursa con déficit de hemoglobina y la deficiencia de los niveles de hierro almacenado, aunque las dos pueden producir una sintomatología muy parecida.

Exponemos los resultados preliminares de un estudio piloto, en el que se aprecia una asociación de la ferropenia con un incremento de la ansiedad y de la sintomatología: cansancio, sensación de frío, somnolencia, pérdida o aumento de apetito, palpitaciones, ulceraciones bucales, palidez de piel y mucosas, forunculosis, acné, caída del pelo, manchas en las uñas, trastornos de los ciclos menstruales y de la cantidad de sangrado, irritabilidad, nerviosismo, pérdida de capacidad de aprendizaje y concentración, etc., si los comparamos con casos control y que finalizan con la mejoría de la sintomatología y calidad de vida, después del tratamiento adecuado, que en muchos casos debe prolongarse nueve meses, sobre todo cuando existe un déficit de hierro inicial profundo y medido por la ferritina.

---

4.

## *Problemas de salud según sexo, derivados de los factores de riesgo de cada tipo de trabajo*

Existen numerosos factores de riesgo que afectan a la salud de las mujeres, cuando entran en contacto con determinados agentes físicos y químicos o con situaciones de trabajo o maquinaria insegura.

FACTORES DE RIESGO:

- AGENTES FÍSICOS. Se consideran así los ruidos, vibraciones, cambios de temperatura, exposiciones prolongadas al sol, calor, frío, humedad, radiaciones, etc.

- Las consecuencias sobre la salud de las mujeres son:

Osteoartritis precoz, bronquitis, dermatitis, conjuntivitis, problemas auditivos con dolor y pérdida de audición, desprendimiento precoz de la placenta en mujeres embarazadas, abortos de repetición, insolaciones y situaciones de agotamiento físico extremo.

- AGENTES QUÍMICOS. Se consideran así los minerales, productos químicos, plaguicidas, insecticidas, pinturas, etc.

- Las consecuencias sobre la salud de las mujeres debidas a los agentes de este grupo son:

Enfermedades respiratorias, conjuntivitis, dermatitis, problemas neuro-musculares, partos prematuros, aumento del índice de malformaciones congénitas en los/as recién nacidos/as, aumento de las menstruaciones dolorosas que acompañan de síndrome premenstrual también doloroso y aumento de los trastornos menstruales, sobre todo de las hemorragias más intensas y los ciclos más cortos.

- AGENTES BIOLÓGICOS. Se consideran así las bacterinas, hongos y virus procedentes del medio ambiente o de contactos con animales.

- Las consecuencias: las enfermedades infecciosas derivadas de los animales domésticos (Zoonosi), hepatitis.

- PROCEDIMIENTOS INDUSTRIALES Y DE TRABAJO, que condicionan un esfuerzo físico repetido y fuerte, posturas de trabajo repetitivas que obligan al cuerpo a posturas anómalas. Una de las más frecuentes es la utilización de sillas poco anatómicas en el trabajo de secretarías, delante de la máquina de escribir o del ordenador.

- 
- Las consecuencias sobre la salud de la mujer son:

Dolor de espalda, osteoartritis, microfracturas, cansancio físico, neuralgias, trastornos de la menstruación con hemorragias excesivas en número y cantidad, incremento del número de abortos.

- **CONDICIONES DE TRABAJO.** Horarios, falta de tiempo por el descanso, intensidad del trabajo realizado, trabajo realizado fundamentalmente de pie o en postura inclinada.

- Las consecuencias sobre la salud de las mujeres son:

Incremento del estrés mental, aumento de las enfermedades gastrointestinales, aumento de los problemas cardiovasculares, incremento de las varices, aumento del dolor de espalda y de rodillas.

- **ACCIDENTES LABORALES.** Caídas, accidentes por trabajar con maquinaria pesada en terrenos irregulares, afectan más a las trabajadoras del campo, con el tractor, y el riesgo complementario de los vestidos anchos o el pelo suelto en zonas próximas al motor.

- Las consecuencias sobre la salud de las mujeres son:

Traumatismos y fracturas.

## *Problemas de salud específicos en cadenas de montaje y manufacturas con fuerte ritmo de trabajo*

Denny Vaguero (1992) y su equipo de investigación, han estudiado en Suecia las consecuencias sanitarias que se producen entre las mujeres que trabajan en industrias de manufacturación y cadenas de montaje con estrés físico fuerte o parecido al masculino.

Las principales consecuencias encontradas han sido:

- Altos índices de absentismo laboral por enfermedad, sobre todo después de los 50 años y jubilación anticipada.
- Índice más alto de mortalidad cardiovascular, si se compara con mujeres de la misma edad en otros trabajos o amas de casa.
- Accidentes laborales graves, con un ligero incremento proporcional respecto al hombre.
- Lesiones producidas por el ruido.
- Trastornos graves del sistema locomotor, de músculos y de articulaciones.
- Nacimiento de niños/as con poco peso.

Entre las mujeres que trabajan, han observado en general:

- Aumento de dolores de espalda, articulaciones, cervicales y musculares.
- Aumento del consumo de analgésicos.
- Niveles más elevados de estrés mental que en el grupo masculino.
- Aumento del consumo de tabaco.
- Incremento de las enfermedades cardiovasculares, en mujeres menores de 60 años.

Han habido muchas falacias en el tema de la mujer en el trabajo. Se ha dicho que le era más fácil estirarse por el suelo, recoger aceitunas, etc., porque su espalda era más flexible y se doblaba mejor. También en muchas cadenas de producción se utiliza a las mujeres para recoger productos muy pequeños y seleccionarlos.

Muy a menudo ocurre que estos puestos de trabajo son cubiertos por mujeres, ya que los hombres no quieren hacerlos, y en este sentido se deberá investigar y no utilizar las diferencias para no empeorar la vulnerabilidad del sexo, sino para adecuar las tareas a las personas o a las capacidades que éstas tengan.

## *La encrucijada neuroendocrinológica de lo psicosomático. Disminución y sesgo de género en la actual investigación biológica*

Las actuales investigaciones biomédicas señalan la gran interacción entre los estresores psicológicos y sociales y los cambios en la correlación de neurotransmisores y densidad de receptores en el Sistema Nervioso Central.

Los receptores neuronales se convierten, pues, en la encrucijada de lo psicosomático, donde las emociones se transforman en cambios hormonales: alteran la ovulación, aumentan la ansiedad y perpetúan las situaciones de estrés. Esta situación, que sería igual para hombres y mujeres, presenta especial incidencia en la biología diferencial de la mujer, que ya de por sí presenta una modulación cíclica de sus receptores neuronales en función de los cambios hormonales esteroides que se producen durante el ciclo menstrual.

La morbilidad femenina diferencial no ha sido abordada todavía por la actual Ciencia Biomédica, centrada en contemplar sólo, la salud reproductiva o no reproductiva de la mujer. Los estudios de morbilidad, factores de riesgo, salud ocupacional, afectación de productos químicos y pesticidas, sólo se han estudiado en cohortes masculinas.

Los actuales métodos de chequeo médico y laboral se basan también en la patología que predomina entre el sexo masculino.

Existe un sesgo, inconsciente o no, en la investigación y asistencia biomédica, con el que a igualdad de patologías o de sintomatología se tiende a explorar a fondo al hombre y a administrar ansiolíticos y antidepresivos a la mujer. La cardióloga americana, Dra. Bernardine Healey, ha definido este síndrome como el Síndrome de Yentl.

Yentl fue la heroína judía de una novela de Issac Bashevis Singer, llevada al cine por la magnífica Bárbara Streissand. En esta historia, una chica judía que quería estudiar, tuvo que acabar disfrazándose de hombre para poder estudiar el Talmud. Muchas veces "aparentar o querer ser igual que los hombres" es el precio que muchas mujeres han tenido que pagar para conseguir la igualdad. Ser diferentes que los hombres ha llevado consigo muchas ve-

---

ces el ser ciudadanos/as de segunda clase o de clase inferior y no nos puede sorprender, aunque sea triste que hayan sido tratadas de forma extremadamente desigual en las relaciones sociales, en la vida política, en los negocios, en la educación, en los salarios, en la investigación y también en la asistencia médica.

Precisamente al describir este síndrome, recogía unos últimos trabajos de búsqueda, muy autocríticos, respecto al tratamiento que reciben las mujeres en los servicios de cardiología de Estados Unidos. Los Dres. Ayanian y Epstein demostraron que, si en un hospital ingresaba una mujer con dolor torácico, angina de pecho o infarto de miocardio, era mucho más probable que se le realizasen menos técnicas exploratorias (angiografía coronaria) que si eran hombres, y a igualdad de problemática, al hombre se le indicaba la necesidad de una intervención de coronarias y a la mujer no se le practicaba ningún tratamiento quirúrgico. La consecuencia, al ser remitida a casa, era un más alto índice de infartos o recidivas en el grupo de mujeres no tratado.

Este desvío inconsciente de la asistencia médica demuestra la existencia del Síndrome de Yentl en el trabajo médico. Cuando una mujer demuestra que está igual de enferma que un hombre sí que la envían a operar y tiene un tratamiento igual, pero mientras sólo tenga dolor, hay sectores médicos que olvidan que la enfermedad coronaria es también una enfermedad de mujeres y no sólo de hombres.

En los últimos 40 años, la investigación bio-médica se ha centrado en el sexo masculino, podemos hablar por lo tanto de una investigación androcéntrica, hasta el punto que el Instituto Nacional de los Estados Unidos (NIH) se vio obligado a crear en 1991 una Oficina para la Investigación de la Salud de la Mujer, con la Dra. Bernardine Healy como primera directora, anunciando un mayor número de proyectos de estudio de la salud de la mujer.

Un movimiento general de autocrítica y rechazo al desvío y discriminación realizado hacia el sexo femenino en la investigación médica, ha llevado también a la petición de que no sólo las mujeres han de ser incluidas rutinariamente dentro de los ensayos clínicos, sino que también han de ser tenidas en consideración al diseñar los protocolos.

Este nuevo énfasis en el estudio de la salud de las mujeres no ha salido espontáneamente ni por casualidad. El cambio en la dirección de la política investigadora del NIH, ha sido impulsada y dirigida por presiones sociales y políticas. Durante el año 1990, se realizaron ya unas primeras reuniones de búsqueda multidisciplinaria en Estados Unidos, analizando cuáles tendrían que ser los trabajos más urgentes, para encontrar recursos que condujesen a me-

---

jorar la salud de las mujeres, dado que hasta entonces, los estudios se habían centrado en el sexo masculino.

Al mismo tiempo, en Barcelona, se realizó también el Simposium Internacional sobre Salud y Calidad de Vida, analizando los problemas de salud de las mujeres desde la adolescencia hasta la menopausia y tratando de impulsar equipos de búsqueda multidisciplinarios.

Esta corriente de trabajo se está desarrollando en todo el mundo. Grupos de trabajo y estudios sobre mujer y salud han aparecido en Australia, donde Lorraine Dennerstein creó en 1989 el Keys Center for Women's Health in Society, en Canadá, Italia, Suecia y en Chile, y a través de la red de información Isis y su Base de Datos sobre Mujer y Salud, hacia toda América Latina y Filipinas.

Un movimiento internacional de investigación se ha ido creando y poco a poco, los profesionales sociosanitarios de diversos países nos hemos ido consultando, intercambiando objetivos, metodología y recursos.

Es un cambio esperanzador y es también un momento histórico para el avance de la ciencia.

Precisamente constatamos el gran vacío existente en la investigación, para analizar las repercusiones que los diversos trabajos realizados por las mujeres, tienen sobre su salud. También en el terreno de la investigación sobre la seguridad en el trabajo y salud ocupacional, se pudo comprobar que los estudios eran realizados por hombres y con grupos de hombres. Por cada estudio del estrés relacionado con la mujer, existían muchos más relacionados con el hombre. Pero podemos ya empezar a hablar en pasado, pues han empezado a desarrollarse los trabajos del I Congreso Internacional sobre Mujer, Salud y Trabajo que se realizará en Barcelona durante el próximo año 1995 y que supondrá una oportunidad de encuentro de grupos internacionales, para seguir un camino de trabajo que pueda desarrollar recursos y cambiar el sesgo de género que inconscientemente todavía pesa sobre la investigación biomédica.

---

**ISABEL USOBIAGA SAYÉS**

**Médica, Psicoanalista, Psicosomatóloga.  
Instituto Pierre Marty de Medicina Psicosomática. Bilbao**

*Consecuencias  
psicosomáticas  
del estrés en  
las mujeres*

## *La gota que colmó el vaso*

En esta Jornada dedicada al estudio del estrés y las consecuencias patológicas de éste en la vida de la mujer, quisiera ante todo definir el estrés tal y como yo lo entiendo.

Para mí, es un cajón de sastre, en el que se incluyen ansiedades, agobios, angustias, toda una serie de sentimientos y estados anímicos, que constituyen una sensación de malestar sin nombre, y al que para nombrarlo de alguna manera, hemos tomado prestado del inglés el término estrés.

Yo pienso que podría definirse como un estado de sobrecarga de excitaciones, que el aparato mental no es capaz de contener, tranquilizar, integrar y transformar.

Y vamos a centrarnos desde ahora en las mujeres, no porque esto del estrés sea específico del género femenino, pero sí porque existen diferencias entre las vivencias de uno y otro sexo, tanto desde la biología, como desde las características psicológicas que diferencian a ambos sexos.

Así pues, toda mujer tiene a su servicio una serie de procesos mentales y mecanismos de defensa capaces de encajar un cierto número de excitaciones y conflictos que provienen del desarrollo de su vida cotidiana. Cuando dichas excitaciones superan un cierto dintel pueden dar lugar a un estado al que se le ha llamado de estrés, y al que yo llamaría: La gota que colmó el vaso. Esta situación aparece como sensación de malestar muchas veces indefinido, al que nosotros/as llamamos angustias difusas.

Ante estas angustias difusas, la mujer puede reaccionar de formas diferentes, en función de su estructura mental y de sus capacidades de hacer síntomas y defensas mentales. Puede en el mejor de los casos elaborar la situación con un proceso de tipo psíquico o bien, si su funcionamiento mental es más precario, puede dar lugar a una caída del tono vital, una falta de energía, un desánimo, un estado inespecífico, que no llega a ser una depresión clínica pero que sí tiene un tono depresivo y al que nosotros/as definimos como depresión esencial. Esta depresión esencial da lugar a una baja de defensas mentales, que pueden hacer que la mujer llegue a una desorganización desde el punto de vista de su equilibrio psicossomático. Es un momento de alto riesgo en cuanto a sus posibilidades de enfermar.

Esta forma de enfermar es la somática. La mujer sufre en su cuerpo, y aquí nos encontramos con lo que comúnmente se llaman las enfermedades psicossomáticas, que o bien pueden ser dolores de cabeza, de espalda, de estómago, variaciones en la tensión arterial, o dolencias

---

más o menos inespecíficas, sin una base orgánica. Y aquí comienza la peregrinación de la mujer de médico en médico, de donde la van despidiendo con un: Sra., Vd. no tiene nada, son los nervios, o, tiene que poner de su parte, salir, divertirse.

Quisiera especificar, que a nuestra forma de entender, la enfermedad psicosomática no existe. Todos/as somos psicosomáticos/as, ya que somos una unidad indisoluble, y a la hora de enfermar, es la persona la que enferma, la que sufre. Existe la enfermedad, y el enfermo, o en estos casos a los que hoy voy a referirme, las enfermas. Sufren, y hemos de hacernos cargo de aliviar su sufrimiento, se trate de una enfermedad conocida y repertoriada por la medicina, o por el contrario, este tipo de padecimientos en los que el médico va a decir a la enferma: Sra., a Vd. no le pasa nada.

Y la mujer se siente perdida, sola, incomprendida, sin ánimos ni fuerzas para poner en práctica todos esos bienintencionados consejos del médico, ya que si pudiera hacerlo, no hubiera acudido a ningún médico en busca de la ayuda que no encuentra, y con toda una serie de problemas que la invalidan para llevar a cabo su vida con normalidad, y que su entorno no puede entender, ya que no le falta de nada.

Ella misma acaba sintiéndose culpable, incapaz de salir sola de ese estado del que nadie comprende las causas y al que no le da nadie una solución.

Pero a pesar de todo, ésto es en el mejor de los casos, ya que en otros, comienza a sentirse mal, y van apareciendo distintas enfermedades somáticas, y va de una a otra, y parece que una enfermedad se encadena con otra, hasta que aparece por fin la enfermedad grave que pone en riesgo su vida.

Para poder entender todo esto mejor, creo que es muy importante el hablar desde mi experiencia clínica, y el comentarlo a través de casos de mujeres que acuden a nuestro Instituto, sufriendo de unas u otras dolencias o enfermedades, y en distintos momentos de su vida.

He elegido hoy para hablar de ellas, tres casos de mujeres, con desorganizaciones somáticas leves, de las llamadas funcionales por la medicina, de esas a las que los médicos dicen: Sra., a Vd. no le pasa nada, eso son los nervios. Dos de ellas trabajan fuera y otra es ama de casa. Voy a hablar también de cuatro casos de mujeres con desorganizaciones somáticas graves, que además del tratamiento desde la psicosomática precisaron de un tratamiento médico clásico. Las tres primeras trabajan fuera, y la cuarta es ama de casa.

Pero, vamos a escucharlas: Nekane es maestra, tiene 40 años, está casada y es madre de una niña de 10 años. Hasta el momento, su vida ha transcurrido con normalidad y nada ha alterado su ritmo habitual, se define a sí misma como alegre, activa, independiente. Tiene

---

una buena relación con su marido, con el que ha compartido las tareas del hogar y el cuidado de la niña, que ambos desearon y decidieron el momento de su nacimiento. Me comenta que hasta hace poco, su vida no podía ser más agradable, y se sentía muy satisfecha. Hace 2 años, su marido ha perdido la visión de un ojo, y con el otro ve muy poco". Creo que esto nos afectó mucho a los dos, pero yo me hice la fuerte. En ese momento tuve que hacerme cargo de todo lo de la casa, porque Luis no veía. Su trabajo lo sigue desarrollando, pero hay muchas cosas que no puede hacer, conducir por ejemplo, y yo tengo que llevarle en coche a su trabajo, y volverme al mío, así que tengo que madrugar bastante más. Pero creo que a pesar de todo yo me había podido adaptar a ese ritmo de vida. Sí que estaba más cansada, pero me parecía normal tener que hacerme cargo de ello. Hace dos meses, mi hija se empezó a quejar de que estaba mal en la ikastola, que no tenía amigas, que la hacían de menos, y eso es lo que me ha desestabilizado. Empecé con dolores de cabeza que fueron en aumento, y yo que nunca había faltado a trabajar, he tenido que cogerme una baja. He ido a varios médicos, que no me han encontrado nada, pero a mí no se me pasa. Por eso he venido aquí".

Rosa es una mujer de 34 años, casada, madre de dos niñas y con un trabajo de secretaria en el que se siente muy a gusto.

"La verdad, no tengo nada por lo que quejarme, no sé por qué me siento así. El médico de cabecera me dice que no tengo nada, y que venga aquí. Vengo porque no sé lo que me pasa pero hace unos meses que me siento fatal. Empecé con taquicardias, y no se quitaban. Fui al médico de cabecera, y luego al cardiólogo, los dos me dicen que no tengo nada, pero las cosas han ido de mal en peor, ahora me mareo por la calle, y además de las taquicardias, tengo palpitaciones. El médico de cabecera me dijo que eran los nervios, y me dio pastillas para que me tranquilizase, pero no me hacen nada. Luego me ha dicho que sería mejor que me viesan aquí. No sé si aquí se puede hacer algo. Ya no me fío de nada, sólo sé que yo ahora voy cada vez peor. He tenido que cogerme una baja, porque ya no puedo ni hacer nada, lo paso fatal".

Le pido que me hable sobre ella, que me hable de la vida que lleva: "Yo siempre he pensado que llevo una vida normal, como la de la mayoría de las mujeres de mi edad. Trabajo, tengo un horario cómodo, una chica que hace las cosas de casa, recojo a las niñas cuando vuelven de la ikastola, las llevo a casa y hago la cena, luego las acuesto y espero a que venga mi marido. Él canta en un coro, y siempre llega tarde a casa. Luego cenamos, vemos la tele, y nos vamos a la cama. Y así todos los días".

---

Le pregunto sobre su vida sexual y me dice: "bueno, mi marido es bastante tranquilo en ese aspecto, y yo, pues tampoco soy muy apasionada. Habría que decir que llevamos una vida sexual pobretona, pero no nos hace falta más. Antes sí era más activa, pero ahora igual nos tiramos un mes sin hacer nada. ¿Esto tiene algo que ver en lo que me pasa a mí?"

Le digo que ya lo iremos viendo, pero que me gustaría saber más cosas de ella, como por ejemplo si sueña, me gustaría que me contase algún sueño, cómo se relaciona con la gente, si tiene alguna afición, y cuáles son las cosas que a ella le gusta hacer. Me mira con cara de extrañeza: "¿Eso es importante? Pues entonces sí que voy dada. Antes sí que tenía cosas que me apetecía hacer, pero como no tengo tiempo las he ido dejando. Me gustaba ir a dar una vuelta con mi marido los fines de semana, y tomar un aperitivo por ahí, pero como los fines de semana no tengo chica, me tengo que ocupar de las crías y de la comida, y además soy una maniática con la limpieza, y tengo que revisar todo lo que no está en orden, así que como mucho salgo a los recados, y basta. El que sale es mi marido, se va con su cuadrilla y vuelve a la hora de comer, luego por la tarde, a veces salgo a hacer compras, y él se echa la siesta, y los domingos si hay fútbol, no se lo pierde. Yo me quedo con las crías. Son majas, pero a veces me canso. Ahora desde que yo estoy mal, mi marido me ayuda mucho más en casa, aunque a veces para que me haga una chapuza prefiero decirle que no haga nada y hacerlo yo. También me gustaba irme por ahí de vacaciones, pero desde que se murió mi suegro hace dos años, nos vamos a casa de mi suegra al pueblo, y la verdad es que no son ni vacaciones ni nada, porque en cuanto llego no hago más que trabajar. Me relaciono poco con la gente, a veces salgo con mi madre de compras pero no mucho más. Ya por no ir, no voy casi ni a la peluquería. A veces sí que sueño, pero bobadas. El otro día soñé que tenía que volver a examinarme de máquina, y que estaba muy preocupada porque ya no sabía si daría las pulsaciones".

Ana es una mujer de 47 años. Está casada, tiene un hijo de 19 años y es ama de casa. Viene a la consulta por consejo del médico, que le ha dicho que lo suyo no es físico, que lo que a ella le pasa es que está deprimida, y que es mejor que la veamos en el Instituto.

"Hace 6 meses, me empezó a salir un líquido de los pezones y me asusté, así que fui al médico. Me han hecho todo tipo de pruebas, y no han encontrado nada. También a la vez me empezó a doler la espalda, pero no en un sitio fijo, sino toda la espalda. Me han estado mareando con miles de pruebas, y todos me han dicho que no tenía nada, que salga y que me divierta, pero yo me siento sin ganas de nada. El médico que me ha dicho de venir aquí,

---

me ha dicho que esto es depresión, pero yo no me siento deprimida, sólo como desanimada”.

Le digo que me gustaría saber algo de ella, de las cosas que le han ocurrido últimamente, de la relación con su marido, de la vida que lleva: “El año pasado, mis padres se murieron. Los dos casi a la vez. Mi ama empezó con hemorragias, fuimos al ginecólogo y le encontraron cáncer a la matriz. Cuando se lo encontraron, estaba ya muy avanzado, y le había atacado también al cerebro y le dio locura, así que la tuvimos que tener atada. Duró dos años, pero mal, ya no levantó cabeza; la verdad, qué horroroso. Mi aita al poco tiempo de ponerse ama mal, empezó a adelgazar muchísimo, y a dejar de comer. Él decía que era por el disgusto de ver a ama así pero le llevamos al médico, y tenía cáncer de estómago. Parece que lo debía de tener hace tiempo, y que con el disgusto se le empezó a manifestar. Él se murió antes que ama. Creo que para él fue así lo mejor porque no vio lo terrible que fue el final de ama.

Esa época en que estaban los dos enfermos fue terrible para mí. Tengo una hermana 12 años más joven, pero como ella trabaja, y tiene una niña pequeña, venía un rato a verlos y ya está. Yo estaba allí todo el tiempo, les pusimos dos camas, y yo allí en medio. Además, estaban como dos críos, si uno pedía algo el otro a la vez. Luego me quedé como aturrida cuando todo se acabó. Y al poco tiempo empecé a sentirme yo mal”.

Estos tres casos, aunque diferentes entre ellos, tienen algo en común. Las tres muestran enfermedades somáticas leves, sin riesgo vital para ninguna de ellas. No es lo mismo para los casos que voy a comentar ahora, mujeres todas ellas con padecimientos somáticos graves, presentando todas ellas un riesgo vital.

Arantxa es una mujer de 46 años, es soltera y trabaja en un negocio familiar como dependienta. Hace 9 meses, le diagnosticaron un cáncer de mama, habiendo sido mastectomizada y en la actualidad siguiendo un tratamiento de quimioterapia. Le pido que me hable de ella: “Hace 2 años se murió mi madre. Fue muy duro. Vivíamos mis padres, una hermana soltera y yo.

A los pocos meses de la muerte de mi madre, a mi hermana le apareció un bulto en el pecho, le diagnosticaron cáncer de mama, y yo me hice cargo de ella en todo, porque mi padre y otra hermana casada tenían que hacerse cargo del negocio. Cuando lo de mi hermana, cada vez que me bajaba la regla yo caía en picado. Pensé en que igual estaba empezando con trastornos de la edad, el ginecólogo me dio tranxilium, porque decía que con lo de mi madre y mi hermana estaba muy nerviosa, pero luego a mí también me salió

---

un bulto en el pecho, yo me di cuenta enseguida que era lo mismo que mi hermana, así que fui al oncológico, y me quitaron el pecho. Ya ve, salir ella y entrar yo. Me siento sin ánimos para nada. Antes era presumida, y ahora me da lo mismo, estoy apática para todo lo que antes me importaba. No crea que esto es desde lo de mi cáncer ni desde lo de mi hermana, empecé a sentirme así cuando mi madre murió. Lo de ella fue terrible, estuvo casi dos años en la cama, tenía un cáncer de huesos y casi no podíamos moverla, porque los dolores eran horribles. Yo creía que me iba a tomar bien lo de su muerte, porque para vivir como estaba, no merecía la pena seguir viviendo. Cuando se murió casi fue un alivio, pero desde entonces me siento así, apática. Lo de mi cáncer casi me ha parecido algo natural, como que tuviera que pasar”.

Le pido que me hable de su vida, si sueña, las cosas que a ella le gusta hacer: “No sueño, creo que desde que era niña no me acuerdo de sueños. De pequeña soñaba que me perseguían y no podía correr, pero hace mucho que ya no sueño. Igual alguna vez con cosas que tengo que hacer al día siguiente, sobre todo con la tienda. De mi vida no sé qué contar. Salgo con mi hermana, pero ahora ya casi nada, las dos estamos hechas un asco, y no nos apetece, antes me gustaba ir al cine o a una cafetería. Ya nos dicen que salgamos y nos divertamos, pero no tenemos ánimos ninguna. Los domingos nos quedamos en casa con mi padre viendo la tele o si viene mi hermana la casada con el marido y los niños, charlando con ellos hasta que llega mi cuñado del fútbol. Luego preparamos merienda, y así pasamos el día”.

Raquel es una mujer de 47 años. Ha sido intervenida quirúrgicamente y tratada con quimioterapia, a raíz de un cáncer de colon. Acude al Instituto por consejo de su médico. Es soltera y vive con sus padres.

“Estoy estresada y mal. A raíz de lo de mi cáncer me han cambiado de puesto de trabajo, y lo llevo fatal. La verdad es que fui yo la que pedí que me cambiaran, porque ya antes lo llevaba mal. Trabajo en un banco, y desde la fusión, ha ido todo de mal en peor para mí. Es como si me hubiera cambiado de empresa. Antes me gustaba mi trabajo, y estaba a gusto con la gente, pero con lo de la fusión, gente nueva, jefe nuevo, sistemas nuevos... Siento que lo único que hago es hacer el ridículo. Después de 26 años en la empresa, sentía que aprendía mal, me han puesto con gente joven y me da vergüenza andar preguntándoles todo el rato. Para mí es como si tuviera 5 días de cárcel por semana. Estuve una época nerviosa, dormía mal, me dolía la espalda. Fui al médico de cabecera, y me dijo que serían cosas de la menopausia. Luego empecé con dolores de espalda. Luego con diarreas, tam-

---

co le di más importancia. Lo que me acabó preocupando fue el cansancio tan horrible que tenía. Me hice unos análisis, estaba con un poco de anemia, y el médico de cabecera pensó que sería por la regla, que tenía más de lo normal. Me dio hierro. No se me pasaba, seguía con las diarreas, y me hicieron más análisis. Esa vez la cosa debía de estar fatal, porque me mandó al hospital de urgencia, y me hicieron una transfusión. Luego me fui de vacaciones a Egipto, y a la vuelta otra vez diarreas y otra vez al hospital. Esa vez me tuve que quedar y me operaron. Al principio no me dijeron nada, luego sí, pero me lo tomé bien. Me han dado radio y quimio, he estado de baja un mes. Desde entonces estoy bien, pero lo que llevo mal es lo del trabajo. Para mí es como un fracaso el no poder adaptarme, el médico me ha dicho que si sigo en este estado puedo volver a recaer de lo mío, así que por eso vengo”.

Carmen tiene 59 años en el momento en que acude por primera vez a mi consulta. Se trata de una mujer soltera, que trabaja como telefonista en un hotel. Hace año y medio le fue diagnosticado un cáncer de mama, mastectomizada y tratada con quimioterapia, acude pidiendo atención desde la psicosomática, bajo el consejo de una compañera de trabajo tratada en nuestro Instituto.

“Yo no entiendo mucho de estas cosas, pero me han dicho que esto de la mente tiene mucho que ver en el enfermar y en lo de curarse, así que yo quiero hacer todo lo posible por salir con bien de esto mío, y que no se me reproduzca”.

Le pido que me hable de ella, y me dice: “Vivo con mi hermano, mi cuñada y tres sobrinos. Antes estaba también mi madre, y cuatro sobrinos más. Mi madre se murió hace dos años. (llora). No me acostumbro todavía a que ella no esté. Tenía 90 años, pero era más joven que yo. Cuando tenía 74 años, tuvo un cáncer de colon y lo superó. Era de una naturaleza increíble. Me parece mentira que se haya muerto. Yo me pasé todo un año cuidando de ella. Ya al final, cuando tuvo que estar ingresada, yo me cogí las vacaciones para estar con ella todo el día y toda la noche. En 18 días, no salí para nada de la clínica. Cuando se acabó todo, mi hermano y mi cuñada se empeñaron en que me fuera de vacaciones, que necesitaba distraerme. Fue peor. Empecé con una ciática primero, que no podía andar, y tuve que volverme. Luego volví a trabajar y fue la boca, tuve una infección terrible que duró más de un mes. Luego, un día en la ducha me di cuenta de que me había salido un bulto en el pecho, primero me dijeron que no me preocupara, que parecía de los buenos, pero me hicieron una biopsia y dio malo, así que me tuvieron que quitar el pecho. El miedo es que se me reproduzca. Yo no quisiera, pero no sé, estoy muy desanimada. Me acuerdo mucho de

---

mi madre, la verdad es que desde que se murió no levanto cabeza. Estoy como sin vida, no tengo ánimos para nada”.

Cristina es una mujer de 34 años, casada y madre de una niña de ocho años. Hace año y medio fue diagnosticada de cáncer de mama, y acude a la consulta bajo el consejo de su ginecóloga.

“Me han dicho que tengo que ver qué me pasa, que estoy deprimida y eso no me beneficia para nada en lo mío. Estoy en casa todo el día, y no hago más que darle vueltas una y otra vez a lo que me ha pasado. Me parece imposible”.

Le pido que me hable de ella, y me dice: “Yo desde pequeña he sido una niña enfermiza. Tenía asma, y me trataban entre algodones. Empecé a estudiar decoración, pero lo dejé para casarme. Mi marido era marino, y me fui con él en el barco. Luego pensamos que estaría bien tener un hijo, y mi marido buscó un trabajo en tierra cuando me quedé embarazada de mi primera hija. Al mes y 8 días murió de muerte súbita el recién nacido. Fue terrible, pero mis padres, mi hermano y mi marido me ayudaron mucho. Pocos meses después me quedé embarazada de mi hija, lo pasé fatal, hasta que cumplió el año no me dejó dormir ni una noche. Si no lloraba, yo me asustaba, iba a su cuna y acababa por despertarla. Mi marido me decía que estaba histérica, que así no le iba a hacer ningún favor a la cría, pero yo no podía impedirlo. Era más fuerte que yo. Creo que en esa época pasé una verdadera depresión. Mi madre se empeñó que fuera a un médico, y me dio unos tranquilizantes. Se me pasó. Luego durante un tiempo las cosas han ido bien, hasta que mi marido empezó a llegar tarde a casa. Decía que tenía mucho trabajo, pero yo estaba muy angustiada, porque nunca se había portado así. Me daba vergüenza contárselo a mi madre, porque iba a pensar que yo había fracasado, hasta que un día me dijo que se había enamorado de otra y que se quería separar. Yo me sentí como si me fuese a morir, como que mi vida se había acabado”.

Yo le pregunto si no estaba enfadada, y si no pensó ella misma en separarse ante ese hecho.

“¿Yo? ¿Separarme?, no, eso sí que no”.

¿Por qué no?

“Porque un matrimonio es un matrimonio, y además estaba la niña. Poco tiempo después me salió el bulto en el pecho, y él ya no lo volvió a decir. Yo creo que fue por el disgusto, y por eso me han dicho que venga a verla. Que algo raro me pasa a mí porque de un disgusto me salga un cáncer”.

---

Éste sería el resumen del motivo de consulta que hace acudir al Instituto en busca de ayuda a estas mujeres. Todas ellas muestran padecimientos somáticos diferentes, todas ellas tienen historias personales y familiares diferentes, pero todas acuden a mí con una queja similar: la de no poder hacerse cargo de sí mismas. O bien porque se sienten desbordadas por las circunstancias y no saben cómo salir del bache, o en el caso de las cuatro últimas, a raíz de una enfermedad somática grave, que pone en riesgo su vida.

En el caso de Nekane, es obvio para cualquier observador/a la situación de estrés a la que está sometida desde la enfermedad de su marido. Sin embargo, no lo fue para ella, y lo que le hace desestabilizarse es la queja de su hija.

Desde el punto de vista de su estructura mental, Nekane posee una estructura de neurosis bien mentalizada. Tiene capacidad para establecer defensas en el plano de lo mental. Se trata de una mujer originaria de un medio rural, acostumbrada a ver a su madre hacerse cargo del caserío mientras que el padre trabajaba en una fábrica.

“Mi madre nunca se ha quejado de nada, se hacía cargo de todo el trabajo de los animales, de la huerta, de nosotras cuatro. Quiso que estudiáramos para que no tuviéramos que vernos como ella. Decía que la tierra era muy esclava, y que para ella su ilusión era vernos hechas unas señoritas. A mí me da vergüenza quejarme de lo mío. Al lado de lo de ella no es nada”.

La identificación con esa madre le hace ver como normal el hacerse cargo de todo desde la enfermedad de su marido. Siente que el quejarse es vergonzoso, y lo lleva a cabo como puede. Lo que le lleva a desestabilizarse es la queja de su hija.

Esta situación es la que Nekane vivió durante la época de su escolaridad. Al venir de un medio rural, estuvo interna en un colegio, y al ser hija de familia numerosa con pocos recursos económicos, el cura del pueblo le consiguió una beca. El colegio en el que estaba era frecuentado por alumnas de otra clase social muy distinta a la suya, que no perdían la ocasión de burlarse de ella, de sus ropas, de su familia, y Nekane recuerda la época de sus estudios con una gran angustia.

Fue el revivir a través de la queja de su hija lo doloroso de su propia historia lo que hizo que se desestabilizara, aunque eso sólo fue la gota que colmó el vaso.

Sus capacidades mentales hicieron que su desorganización fuese leve. Las cefaleas estarían a caballo entre la conversión histérica y la somatización, evitando que aparezcan representaciones mentales dolorosas. (P.Marty).

---

El caso de Rosa, aunque muy distinto, tiene también que ver, por una parte con una neurosis bien mentalizada, y por otra con una desorganización somática leve. Rosa se adapta progresivamente a una vida de frustración continua, que no da cabida para nada a ningún tipo de realización personal. Su vida es banal y anodina, como la de muchas mujeres, en que el estrés tiene que ver con un acumulo de insatisfacciones que poco a poco va llenándola de agresividad, que ni siquiera puede expresarse a sí misma. La única forma de queja que aparece en ella es por medio de la enfermedad. Es la manera de que le hagan caso, de que pueda reclamar atención para ella, de poder cuidarse de sí misma.

En cuanto a su enfermedad, ésta podría situarse también muy cerca de la histeria de conversión. Es la llamada de atención que no sabe hacer de otra manera, y que expresa con su cuerpo. Es un día a día de frustraciones el que hace que se desestabilice, y ahí estaría la gota que colmó el vaso.

Lo que en primer lugar llamaría la atención en el caso de Ana, es que muestra un hecho traumático similar al de dos de las mujeres de las que hablo posteriormente, y que padecen enfermedades somáticas graves. El período de estrés en que se hace cargo de sus padres gravemente enfermos, y el vacío que le queda en el momento en que éstos desaparecen.

“Mi vida se quedó sin sentido”, nos dice. A la vez me preocupa su momento vital, y su edad, en la que comienzan a aparecer trastornos de tipo premenopáusico, lo que no deja de presentar sus riesgos. El duelo por esta pérdida le hace entrar en una serie de trastornos y de molestias somáticas y en ese estado de tinte depresivo que no es vivido por ella como depresión. Esta situación me resulta preocupante, por lo que trato de investigar su caso más a fondo, aunque no aparezca ninguna enfermedad somática importante. Me encuentro con una mujer que se ha construido una vida rica, con una buena relación afectiva con su marido y con su hijo, una mujer que sueña, que piensa, que relaciona lo que le ha ocurrido con sentimientos de culpa por una parte, y sentimientos agresivos por otra. Su estructura mental parece, así mismo, la de una neurosis con capacidad de mentalización, lo que ha hecho de barrera ante una desorganización somática más importante.

Como ya he comentado anteriormente, el hecho traumático que pone en marcha la desorganización somática de Arantxa y de Carmen, es el mismo: la muerte de la madre. Pero se trataría de dos mujeres con características personales muy especiales. Las dos son solteras, han vivido siempre con los padres. Y nunca han tenido una vida sexual.

En el caso de Arantxa, se trata de una mujer de una gran pobreza de recursos mentales. La muerte de su madre le hace enfrentarse con un duelo que no es capaz de resolver. Arantxa

---

nunca se planteó una vida independiente, nunca tuvo relaciones sexuales, nunca tuvo ni siquiera amistades personales. Su vida era el entorno familiar, entorno del que nunca salía. "Para mí, mi vida era la tienda. Siempre me gusta el trato con la gente, las clientas fijas, en cuanto pueda me gustaría volver. ¿Para qué iba yo a salir de casa? Yo hasta que murió mi madre tenía allí todo lo que quería. Desde el trabajo hasta la diversión".

Lo que también llama la atención de este caso, es que no sólo es Arantxa la que enferma gravemente a raíz de la muerte de su madre, sino que previamente lo hace su hermana.

En el caso de Carmen, hay elementos similares, aunque para ella, existía un pequeño mundo de relación con sus compañeras de trabajo. También tenía una amiga desde su infancia con la que solía salir de vacaciones. Sin embargo, ya la muerte de su padre le llevó a una desorganización somática más leve, como fue el de una úlcera de estómago. Carmen tenía entonces 20 años. La muerte de su madre, con la que había vivido hasta la actualidad, le enfrenta por una parte con un duelo que es incapaz de resolver y por otra parte con un cambio importante de su economía relacional. Hay que tener en cuenta que Carmen nunca se pudo separar de su madre. Nunca estableció una relación afectiva importante, y ante la única posibilidad real de establecer una pareja, con un hombre al que conoció durante unas vacaciones, decidió echarse atrás, "porque si hubiera seguido, a lo mejor hubiera querido casarse, y vivía lejos de Bilbao".

Para estas dos mujeres, fue la muerte de sus respectivas madres, esa gota que colmó el vaso. Para Cristina, el hecho traumático tuvo que ver con el desmoronamiento de sus ideales. No puede ni siquiera plantearse la posibilidad de un fracaso matrimonial. El divorcio no entra en su pensamiento, "porque un matrimonio es un matrimonio". Desde pequeña tratada entre algodones, sale de su casa para casarse, pero no se independiza, sigue siendo una niña, aunque con su marido. No tiene recursos mentales para hacerse cargo de asumir la posibilidad de un fracaso, y el desmoronamiento de ese ideal infantil, en el que todo es "lo que debe de ser", es para ella esa gota que colmó el vaso.

He dejado voluntariamente para el final el comentario sobre el caso de Raquel, ya que sería el más significativo desde el modo más frecuente de entender el estrés.

Para Raquel, es su mundo laboral el que se modifica, y la lleva a una desorganización somática grave. Lejos de mi ánimo está el pensar que la fusión del Banco en el que trabajaba le produjo el cáncer, pero sí fue para ella, con una estructura mental precaria, en un momento de su vida como es el del inicio de los trastornos premenopáusicos, en el que se sentía sin ninguna capacidad de aprendizaje, en el que sentía vergüenza de pedir que le ex-

---

plicasen. Para Raquel, el trabajo había sido su mundo hasta el momento de la fusión. Soltera, sin haber establecido nunca una relación afectiva, sin haberse nunca independizado, a Raquel siempre le había gustado viajar, "marcharse para volver", y que nada cambiase en su entorno. Con una estructura de neurosis mal mentalizada, presenta una escasa capacidad de establecer síntomas y defensas en el plano mental. Raquel no sueña, su mundo de representaciones parece estar reducido a lo fáctico y a lo actual, en el que todo tenía que ser, como para Cristina, "lo que debía ser", y así todo hubiera ido bien si todo hubiera seguido como siempre. En su trabajo se sentía "como si estuviera en la cárcel 5 días por semana", una sobrecarga traumática a la que no pudo hacerle frente, constituyéndose para ella en la gota que colmó el vaso.

Quisiera hacer un breve comentario sobre los tratamientos de estas mujeres desde el punto de vista psicosomático. Como podemos comprender, las 3 primeras plantean un punto de vista diagnóstico y pronóstico totalmente diferente de las otras 4. Las dos primeras, llevaron a cabo tratamientos de psicoterapia desde el punto de vista de la psicosomática, con pocas modificaciones técnicas, no precisando de ningún tratamiento médico complementario, dando lugar a evoluciones positivas, pudiéndose darles el alta tras un seguimiento, sin mostrar recidivas.

En el caso de Ana, dicho tratamiento acaba de comenzar, no pudiéndose hablar aún de su evolución.

Los cuatro casos que después comento, como es de suponer no pueden tratarse en exclusiva desde el punto de vista psicosomático, sino que tienen que seguir con un tratamiento médico llevado a cabo por sus correspondientes especialistas.

Desde la psicosomática, no pueden enfocarse los tratamientos de la misma forma que los anteriores, sino que precisan de importantes modificaciones técnicas, siguiendo las investigaciones de Pierre Marty y de la Escuela de París. Los objetivos no pueden ser tampoco los mismos desde el punto de vista terapéutico.

Los psicosomatólogos no curamos el cáncer. Nuestro objetivo es poner a la enferma en las mejores posibilidades mentales, para ayudarle a defenderse de su enfermedad somática. Tratamos de reanimarlas, hacer que vuelvan a coger gusto a su vida, intentamos ampliar el campo de sus intereses, estimulando todo lo que pueda ser para ellas un movimiento de vida, los apoyos relacionales que les aferren a la vida, que para ellas merezca la pena luchar por conservarla.

---

Los casos de Carmen y Cristina siguieron un tratamiento de psicoterapia desde la psicósomática, de unos tres años aproximadamente en cada uno de ellos, y a continuación un seguimiento anual. En ninguno de los dos casos ha vuelto a aparecer ninguna recidiva.

Para Arantxa las cosas fueron diferentes. Al mes del comienzo de su tratamiento, aparecieron metástasis ganglionares, por lo que debió ser de nuevo hospitalizada para ser tratada desde el punto de vista médico. Cuando volvió a tomar contacto, y planeamos de nuevo su tratamiento, reaparece una nueva metástasis, por la que de nuevo debe de ser mastectomizada y debiéndose poner en funcionamiento todo el arsenal de recursos médicos. Por ahora no ha vuelto a tomar contacto para el reinicio de su psicoterapia.

En cuanto a Raquel, no se decidió a iniciar tratamiento, por lo que no conozco su evolución. Y para finalizar, quisiera hacer un breve comentario sobre las consecuencias psicósomáticas del estrés en la mujer. Creo que habría que precisar distintas variables:

- La estructura mental de la organización psicósomática individual, que corresponde tanto a la genética como a la evolución personal de cada mujer, y que es inamovible en la edad adulta.
- Las particularidades habituales mayores, que reúnen los datos sintomáticos más o menos inmediatos, datos que conciernen el funcionamiento mental que constituyen los rasgos de carácter de la mujer y su modo de vida habitual, que van a ser recogidos en la anamnesis, y que tienen que ver con la mayor o menor capacidad de la mujer para poder tolerar los avatares y conflictos inherentes a la vida.
- Las características actuales mayores, que reúnen los datos sintomáticos inmediatos, datos que conciernen al funcionamiento mental y modo de vida actuales, y en los que se valoran los momentos de la vida por los que pasa la mujer. Momentos que tienen que ver con aspectos emocionales, como hemos visto en los casos clínicos presentados.

Con respecto a ésto quisiera decir que la muerte de un familiar es un momento de riesgo, subiendo el índice de mortalidad del entorno próximo durante el año siguiente de forma alarmante.

Los conflictos relacionales y laborales, ya comentados previamente en los casos de las mujeres de las que he hablado.

El momento biológico por el que está pasando la mujer. En el que la pubertad, los embarazos y partos y sobre todo la menopausia, constituyen momentos de riesgo a tener en cuenta.

---

Y para terminar, sólo me queda decir que me considero en total acuerdo con las teorías de Pierre Marty y la Escuela de Psicopatología de París, que también para mi modo de entender las cosas, el enfermar humano es individual.

Y parafraseando el título del libro de Pierre Marty, los movimientos de vida y muerte, forzosamente han de ser individuales, ya que todos nacemos y morimos solos, y éstos son ante todo los hechos más individuales del ser humano.

---

**M. INÉS GABARI GAMBARTE**  
Escuela Universitaria de Enfermería.  
Universidad Pública de Navarra

*Mujeres  
enfermeras y  
estrés: ¿causa,  
consecuencia o  
resignación?*

El término estrés puede definirse como una respuesta inespecífica que el organismo emite ante cualquier demanda. Es un hecho habitual en nuestras vidas, ya que cualquier cambio al que debamos adaptarnos representa la génesis de estrés. Algunos autores (Davis y col., 1988) identifican tres fuentes fundamentales de estrés: el entorno: con sus constantes demandas de respuesta rápida (ruidos, aglomeraciones, horarios, amenazas a la seguridad y a la autoestima, etc.), el propio organismo: con cambios y períodos críticos de evolución (adolescencia, envejecimiento, enfermedad, restricciones en la dieta, trastornos en el sueño, etc.) y el proceso de pensamiento: interpretación de las experiencias y del futuro.

Aunque comúnmente la vivencia de "estar estresado o estresada" se manifiesta y se recibe como un contenido negativo (o distrés que sólo puede combatirse con la respuesta antagónica de la relajación), existe también un tipo de estrés que podría calificarse como benigno, que sirve de incentivo, motiva y activa a la persona que lo experimenta, produciéndole una sensación de bienestar.

El estrés se experimenta como un estado de ansiedad que se traduce en sentimientos de aprensión, incertidumbre o tensión, surgidos de la anticipación de una amenaza real o imaginaria. Simultáneamente (Selye, 1956, 1976), se diferencian tres momentos en la emisión de las respuestas fisiológicas del organismo ante el estrés o lo que se denomina como Síndrome General de Adaptación (SAG):

1º REACCIÓN DE ALARMA (dilatación de pupilas, mayor agudeza auditiva, tensión muscular, aumento de tasa cardíaca y frecuencia respiratoria, etc.), por la que el organismo puede emitir dos tipos de respuestas:

- a) De lucha o de ataque a las fuerzas amenazantes o amenazadoras.
- b) De escape o de huida hacia una dirección más segura.

Si la primera de las respuestas crea situaciones desconcertantes y descompensadas de competitividad, agresión, rivalidad y enfrentamientos interpersonales, la segunda no produce tampoco situaciones favorables, ocasionando estancamiento, pérdida de la iniciativa y actuaciones rutinarias.

2º ETAPA DE RESISTENCIA: período de adaptación en el que los síntomas disminuyen o desaparecen.

---

3º ETAPA DE AGOTAMIENTO: debido al gasto energético que se ha producido y que debe reponerse. Si no se da esta recuperación física, el sujeto puede estar padeciendo estrés crónico, sin ni siquiera ser consciente de ello.

Ahondando más en el tema que nos ocupa, podemos preguntarnos si existe una predisposición en la condición de mujer a emitir respuestas de estrés, o bien cuáles son los factores (de índole laboral, familiar o social) que repercuten en la vivencia de esta "fatiga vital" que padecen muchas mujeres. Pues bien, la reflexión nos lleva a reconocer que la calidad de vida en las sociedades avanzadas corre paralela a la incorporación de la mujer al mundo del trabajo. La presencia de problemas de salud físico-psíquica que ello conlleva se agrava en aquellas profesiones más feminizadas, especialmente en el campo de los servicios sociales. En este terreno nos encontramos con dedicaciones laborales como enfermería, educación infantil y trabajo social, que vienen a ser desempeñadas mayoritariamente por mujeres. Estas profesiones aparecen poco dignificadas socialmente y suelen compaginarse con responsabilidades domésticas, lo que provoca sentimientos de insatisfacción por no poder "llegar a tiempo" a realizar con eficiencia toda su actividad.

Las profesiones a las que nos referimos presentan un común denominador, que se podría caracterizar por varios rasgos, entre los que destacaríamos: un matiz vocacional intrínseco al trabajo, que hace función de "colchón emocional" de la sociedad (atención a: niñas/os, ancianas/os, enfermas/os, marginadas/os, etc.); un escaso reconocimiento social que no se corresponde con la gran responsabilidad que conlleva el trabajo directo con personas indigentes, así como unas características asociadas que dificultan la separación: laboral-no laboral a nivel emocional y vivencial.

A lo anterior se añade que, con frecuencia, el aporte económico que estas profesiones suponen al sustrato familiar puede considerarse como un sobresueldo que permite la satisfacción de nuevas necesidades, si bien no está claro que contribuya a la vivencia personal de una mejor calidad de vida.

En concreto, la profesión de Enfermería se caracteriza por ser una actividad laboral desempeñada fundamentalmente por mujeres. Basta analizar la demanda de acceso a estos estudios en las diferentes universidades españolas, que mantiene constante una proporción del 10 % de varones frente a un 90 % de mujeres.

Redundando en este hecho, los datos aportados por el Instituto Nacional de Estadística reflejan que en la Comunidad Autónoma de Navarra, el 31 de Diciembre de 1992, el número total de colegiados A.T.S. y Diplomados en Enfermería es un total de 3.497, de los que

3.274 son mujeres y 223 hombres. En este colectivo se incluyen 111 personas con el título adicional de matrona, mujeres en su totalidad y 117 personas con el título adicional de fisioterapeutas, de las que 100 son mujeres y 17 hombres.

Por lo que se refiere a la Formación ofertada por el Colegio Profesional de esta titulación en nuestra comunidad, durante el año 1992 se llevaron a cabo 7 cursos de al menos 45 horas de duración, a los que asistieron un total de 311 enfermeras y 7 enfermeros.

<b>ENFERMERÍA: PROFESIÓN FEMINIZADA</b>	<b>HOMBRES</b>	<b>MUJERES</b>
Demanda estudios universitarios España	10%	90%
Número de colegiados/as, 1992 C. A. Navarra	223	3.274
Asistencia cursos de 45 h. mínimo, 1992 C.A. Navarra	7	311

En otro orden de cosas, la Enfermería puede contemplarse como un colectivo de mujeres que desde su rol o status profesional precisa de una continua adecuación formativa que redunde en una mayor calidad en la práctica de la profesión. La formación obtenida a lo largo de los tres cursos que dura la titulación es muy general si se compara con la responsabilidad (no siempre reconocida) que encierra la labor directa con los pacientes, en muchos casos desde el día siguiente a la finalización de los estudios y en cualquiera de los Servicios donde una enfermera-base puede desarrollar su labor, por citar algunos: Generales, Hospitalización y Cuidados Especiales.

Los avances tecnológicos en materia de salud, así como las imposiciones que derivan de la propia titulación, haciéndola una carrera cerrada en su primer ciclo (salvo algunas experiencias de curso-puente a otra titulación, por ejemplo: Antropología) y unas especialidades continuamente en espera de que la legalidad correspondiente dé carta blanca para su reconocimiento oficial, son factores que imposibilitan el acceso de estos/as profesionales a una mejora en su rol como enfermeras dentro de las instituciones.

Algunos estudios centran su interés en las causas de estrés en relación con la profesión de Enfermería, así :

- Biggers y cols. (1988) señalan que probablemente no se deberá el estrés únicamente a la falta de formación continuada, sino que también interviene el tipo de trabajo, debido al contacto con individuos que mueren o que van a morir. Las profesionales de enfermería por otro lado desarrollan una actividad que puede ser monótona, poco motivante, reiterativa, con sueldos bajos y responsabilidades limitadas.

- 
- El efecto por el que aparece secundariamente el estrés, fue señalado por Parkers (1985) y Wandelt (en Biggers y cols., 1988) y parece relacionado con el encontrarse en el extremo inferior de jerarquía de los/as profesionales de la salud, pobremente pagada y no bien respetada por el resto de los/as profesionales en este ámbito.
  - Mehrabian y cols. establecen (1973, 1974, 1980) que los sujetos con experiencia presentaban ansiedad debido a un trabajo no agradable y sensación de impotencia. Establece una serie de relaciones entre el agrado, el mundo de relación y el poder.

En cambio otros trabajos estudian las posibles consecuencias del estrés. Jamal (1984) señala la existencia de un efecto adverso del estrés en la calidad de los cuidados efectuados, la motivación o el desarrollo del trabajo; Manderino señala (1988) que la fatiga mental y física es consecuencia de un trabajo realizado bajo estrés, y a su vez el trabajo realizado en condiciones negativas productoras de estrés desencadena fatiga mental y física, creándose de este modo un círculo vicioso entre causas y consecuencias.

Con todo y pese a ser un colectivo cuyas exigencias profesionales provocan situaciones estresantes, indicadores elevados de ansiedad y en muchas ocasiones abandono de la profesión, no es menos evidente la necesidad que experimentan por saber y por mejorar en su formación, aunque en muchos casos este deseo no se vea recompensado, ya que un alto porcentaje de profesionales no pueden realizar cursos dentro de su jornada laboral por las exigentes condiciones de acceso a los mismos y por ende tampoco pueden mejorar en su status profesional, como consecuencia del círculo vicioso creado en torno a la formación.

Dada la necesidad de formación continuada que en la actualidad manifiesta y demanda este colectivo profesional al servicio de la comunidad, se planteó el interés por investigar sobre el tema, teniendo en cuenta que la calidad de cuidados que la mujer enfermera imparte en la sociedad depende, en gran medida, de la labor preventiva y de diagnóstico de la población afectada por problemas de salud.

Dentro de este planteamiento consideramos que de un correcto enfoque de los programas formativos, se puede desprender el incremento en actitudes como:

#### **FORMACIÓN CONTINUADA: FOMENTO DE ACTITUDES**

Conducta de logro  
Satisfacción y autoconcepto  
Motivación personal y profesional  
Disminución de desinterés y abandono  
Aumento del nivel de autoestima  
Mejora en la calidad de cuidados  
Reducción de estrés

---

---

Todo lo anterior ha motivado una extensa línea de investigación en la que se inserta el presente trabajo. El objetivo concreto del mismo es identificar factores que inciden en la génesis del estrés laboral, en la profesión de Enfermería, en relación con los diferentes centros, los diversos servicios, la formación recibida, así como sus consecuencias inmediatas en el trabajo, según la opinión de los profesionales. Los resultados podrán guiar la programación de cursos de formación continuada, teniendo en cuenta las necesidades que se pongan de relieve.

## 2.

# Material y métodos

### 2.1

#### SUJETOS

La selección de la muestra útil ha sido extraída al azar, buscando la participación de la mayor parte posible de enfermeras/os que trabajan en los siguientes centros hospitalarios de la Comunidad Autónoma de Navarra:

CENTROS PÚBLICOS:	Hospital de Navarra (300)
	Hospital Virgen del Camino (300)
	Hospital de Tudela (50)
CENTROS PRIVADOS:	San Juan de Dios (19)
(con Acuerdo Público)	Clínica Ubarmin (50)

En total 699 personas constituyen la muestra inicial a las que se entrega una encuesta elaborada para la recogida de información que satisfaga los objetivos del trabajo. A pesar de haber intentado reducir factores que influyen en la mortalidad experimental, mediante entrega y recogida personal de la encuesta, explicación de los objetivos de la investigación y motivación para la participación, la respuesta se reduce a un 28 % (193 encuestas) de la cantidad inicial. La participación porcentual de los centros es la siguiente:

CENTROS PÚBLICOS:	Hospital de Navarra (31%)
	Hospital Virgen del Camino (7%)
	Hospital de Tudela (82%)
CENTROS PRIVADOS :	San Juan de Dios (68%)
(con Acuerdo Público)	Clínica Ubarmin (77%)

La distribución por sexo no se ha tenido en cuenta, ya que la participación de profesionales varones, resultado del azar, se reduce a un 2,5%.

### 2.2

#### INSTRUMENTO

Se escoge el cuestionario como instrumento de recogida de información, ya que permite que ésta sea directa y a su vez economice tiempo para un estudio de campo con muestra amplia.

Con el fin de asegurar la confidencialidad, además de mantener el anonimato personal, se distribuyeron más de un cuestionario por Servicio y se evitó que los sujetos tuvieran que escribir, excluyendo la letra como posible factor de identificación. Las características del instrumento son: se trata de una encuesta de 30 ítems, con tres niveles de respuesta en la mayoría de los ítems: nada, poco, mucho. En cuanto a la consistencia como instrumento de recogida de información, se consultó a un profesional en la materia.

## 2.3

## PROCEDIMIENTO

En la entrega del cuestionario se explica a los sujetos que deben marcar con un círculo una opción por cada ítem. Tras un período anunciado previamente de tres semanas, se recogen los ejemplares cumplimentados, de forma personal. La clasificación de los servicios es la siguiente:

- Generales: Anestesia, Consultas, Farmacia, Laboratorio, Radiología, Rehabilitación.
- Hospitalización: Cardiología, Cirugía cardiovascular y torácica, Cirugía General, Digestivo, Geriátrica, Infecciosos, Medicina Interna, Hospitalización, Neumología, Neurocirugía, Oncología, Psiquiatría y Urología.
- Cuidados Especiales: Hemodiálisis, U.C.I., Urgencias.

Se parte de la consideración a priori de que cuanto más especializado sea el servicio, conlleva mayor grado de responsabilidad y, por lo tanto, puede ser fuente de estrés habitual.

### Material y métodos.

SUJETOS	INSTRUMENTO	PROCEDIMIENTO
CINCO HOSPITALES 3 públicos y 2 privados con acuerdo público	CUESTIONARIO 30 ítems	ENTREGA PERSONALIZADA
699 PROFESIONALES, MUESTRA INICIAL	RESPUESTA ANÓNIMA	INFORMACIÓN objetivos trabajo plazo tiempo 3 semanas
28% RESPUESTA		
193 ENCUESTAS CUMPLIMENTADAS, MUESTRA DEFINITIVA		RECOGIDA PERSONALIZADA

En el gráfico 1, puede observarse la distribución de las causas de estrés en los diversos profesionales, en los que la estructura organizativa del trabajo corresponde al 42 % de los casos y junto con los factores intrínsecos del propio trabajo (28 %), son las causas más señaladas por los/as profesionales, le siguen las condiciones laborales y la falta de promoción. En el gráfico 2, se presenta la insuficiente formación, como causa de múltiples problemas que se relacionan con el estrés. Las más señaladas por los/as profesionales son: la calidad de cuidados, el nivel de estrés y el reconocimiento social de la profesión de enfermería.

En el gráfico 3, puede observarse la distribución de las causas de estrés según el tipo de Servicio Hospitalario, en el que se presenta una distribución uniforme, sin que esta clasificación pueda influir. El factor más influyente es la estructura organizativa del Centro, seguida de los factores intrínsecos del propio trabajo.

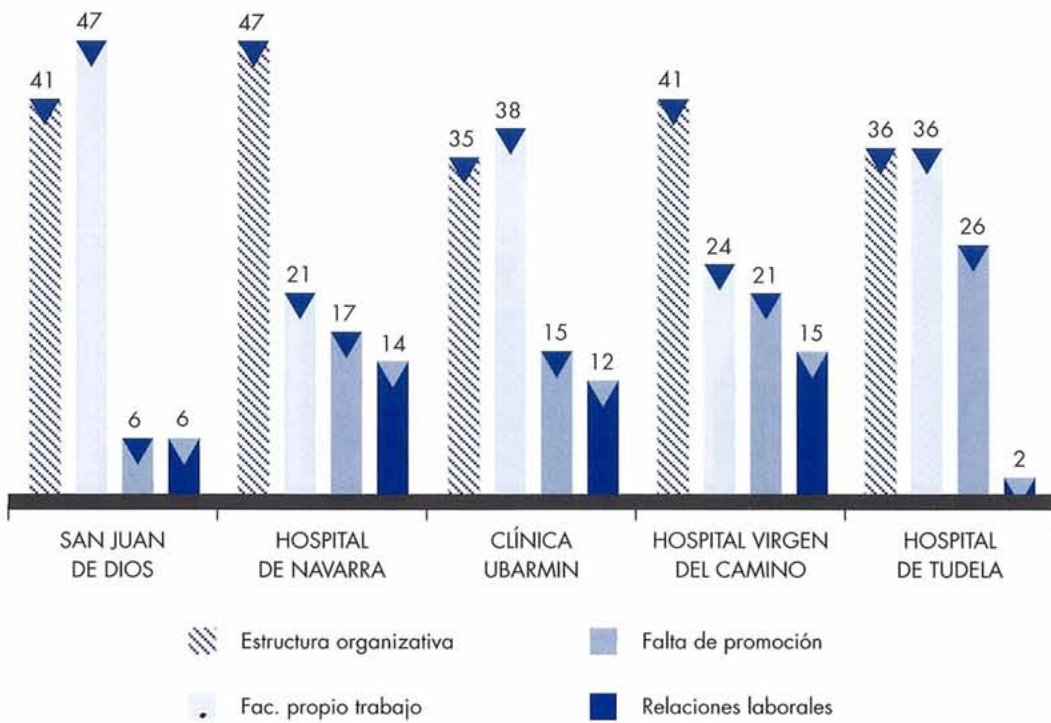
En el gráfico 4, se estudia las consecuencias que originan la insuficiente formación, según la clasificación del tipo de Servicio en el que se encuentran los sujetos participantes. Se presenta una distribución uniforme, siendo la calidad de cuidados el área más afectada en todos los servicios. Le seguiría el nivel de estrés, muy igualado con el nivel de interés, mientras que las áreas de reconocimiento social y nivel de autoestima serían las menos afectadas por la insuficiente formación.

En el siguiente gráfico 5, se presentan todos los factores que pueden influir sobre el trabajo de estos/as profesionales como panorámica general:

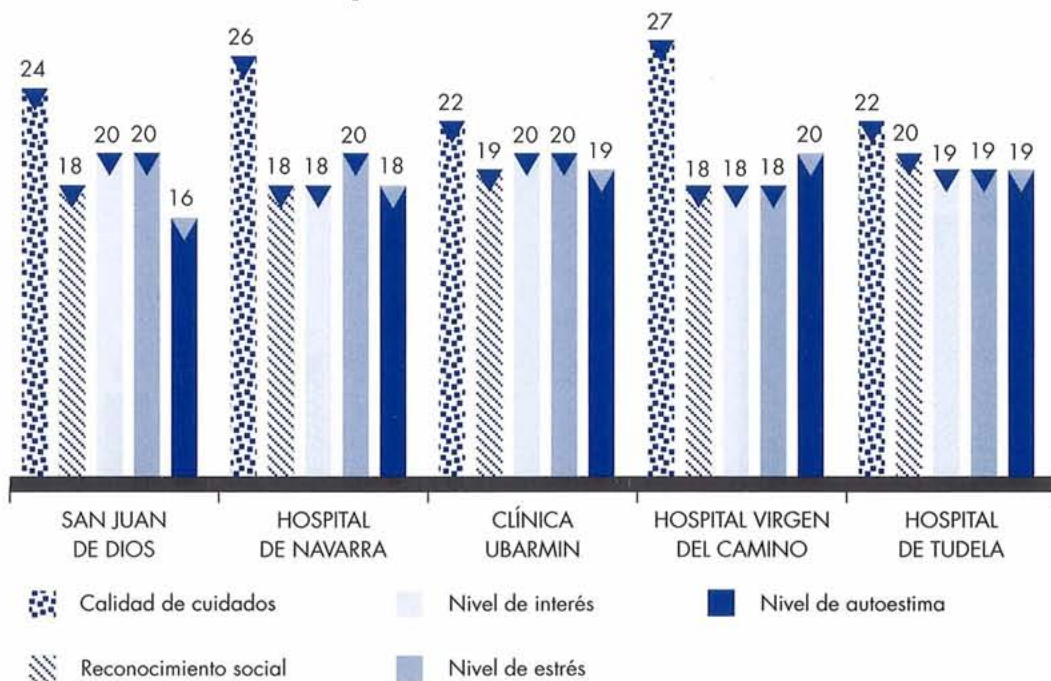
- Estrés.
- Interés en el trabajo.
- Cansancio emocional.
- Seguridad personal.
- Monotonía.
- Desinterés profesional.

De acuerdo con los datos expuestos puede afirmarse que la deficiente formación propicia la aparición de estos factores predominantemente en el Servicio de Hospitalización, seguida de los Servicios Generales y en último lugar en los Servicios de Cuidados Especiales.

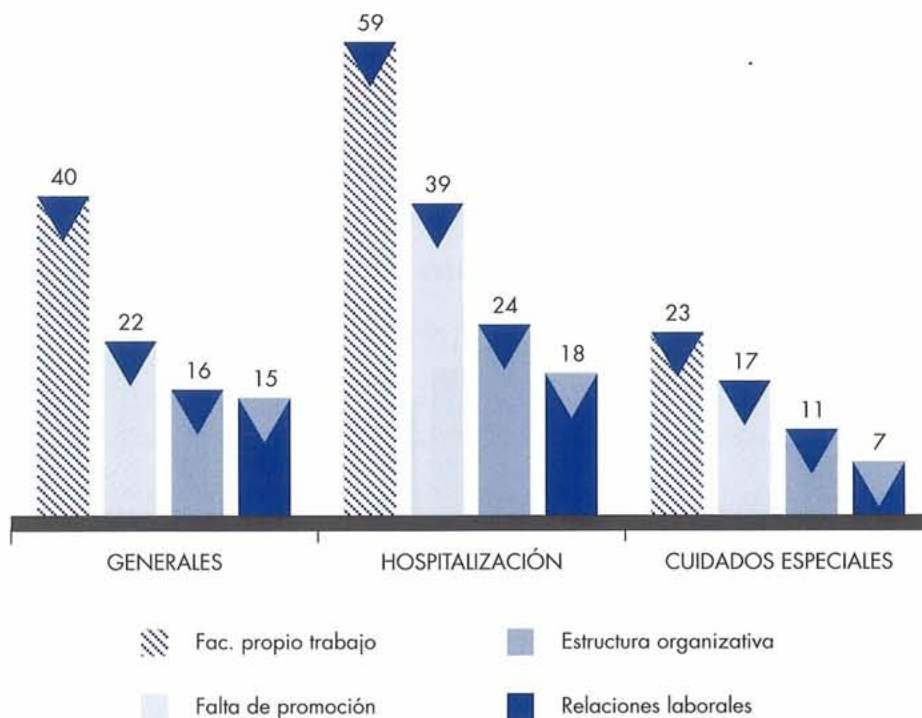
**GRÁFICO 1. Causas de estrés laboral en la profesión de enfermería según centros. Porcentajes**



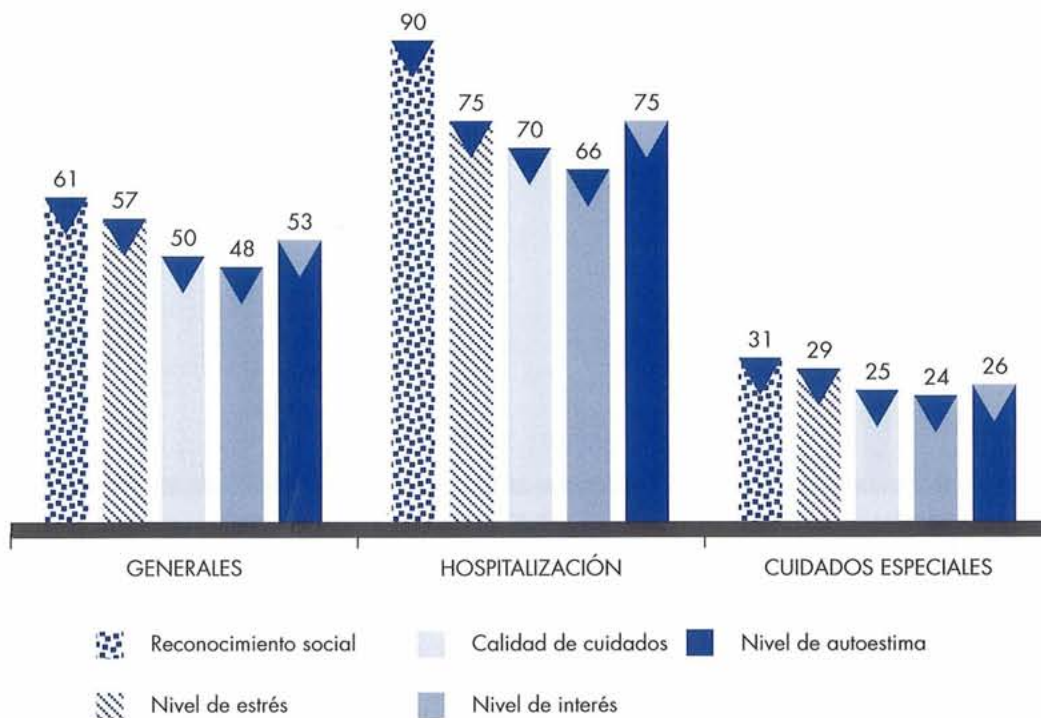
**GRÁFICO 2. Factores afectados por insuficiente formación según centros. Porcentajes**



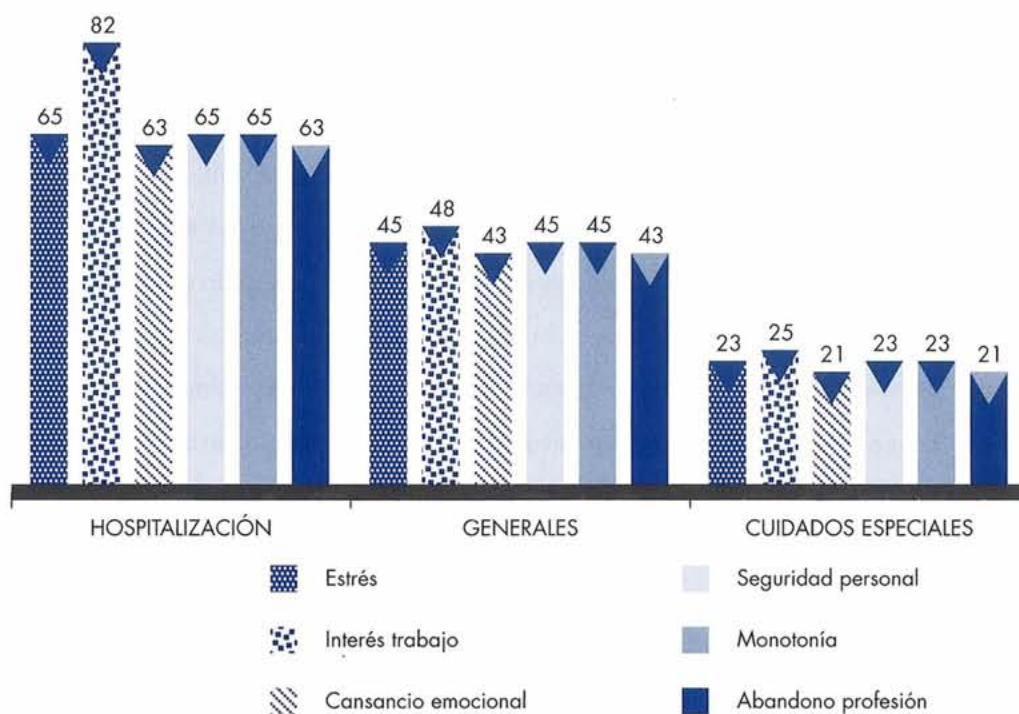
**GRÁFICO 3. Causas de estrés laboral en la profesión de enfermería según servicios. Porcentajes**



**GRÁFICO 4. Factores afectados por insuficiente formación según servicios. Porcentajes**



**GRÁFICO 5. Insuficiente formación. Efectos directos sobre el trabajo.**  
**Porcentajes**



La existencia de diferentes mecanismos de aparición de estrés ya fue señalada por Biggers en 1988. En este estudio parece confirmarse la existencia de un estrés de múltiples causas, tal y como señala Parkers en 1985, Aiken en 1983 o Waldelt en 1980, señalando entre las causas de mayor incidencia la estructura organizativa, las relaciones sociales entre el personal que trabaja y la falta de promoción social como las más importantes.

Estos resultados parecen confirmar los datos obtenidos de las diferentes encuestas que demuestran la existencia de factores añadidos en la aparición de un estado de ansiedad o de estrés.

La repercusión de este tipo de estado es visible en los/as encuestados/as en relación a la calidad de los cuidados efectuados, la motivación del personal o el desarrollo del propio trabajo.

Mehrabian y cols. establecen que puede existir una relación entre el trabajo desagradable y la sensación de impotencia en la aparición del estrés.

Blainey piensa que puede establecerse una relación entre la aparición de estrés y las relaciones sociales entre el personal, tal y como se desprende de las respuestas del cuestionario que lo señalan (40 % de los casos).

La fatiga mental y física puede estar en relación con el trabajo realizado bajo estrés o ser consecuencia de ambas, aunque probablemente estará bajo los dos supuestos.

## 5.

## Conclusiones

- Confirmamos la existencia de estrés en la mayoría de las personas que han participado en el estudio.
- Existencia de múltiples causas de aparición como precursoras del estado de estrés.
- Se observa que el estrés tiene repercusiones directas en la realización del trabajo habitual.
- No existen diferencias significativas entre los hospitales en los factores de aparición de estrés emocional.
- Los factores que provocan aparición de estrés no varían con relación al tipo de servicio en el que trabajan los sujetos que han participado en el estudio.

### 5.1

### EN RESUMEN

A modo de reflexión final queremos manifestar que el estrés padecido de forma continua tiene un efecto acumulativo, que es perjudicial para la salud, ya que conlleva un desgaste para el organismo y que incluso puede conducir a la muerte. En la profesión de Enfermería, desempeñada casi en su totalidad por mujeres, se identifican unos factores generadores de estrés que, muy posiblemente, se pueden relacionar por un lado con el alto porcentaje de bajas laborales, tanto por causas físicas (gripes, infecciones, alteraciones cardiovasculares, etc.), como psíquicas (melancolía, ciclotimia, depresión, etc.) y, por otro lado, con el preocupante número de abandonos de la profesión. Además, se crea un círculo vicioso que comienza con la vivencia del estrés, empeora la calidad de cuidados prestada, desciende la autoestima y deteriora la autoimagen, que a su vez conlleva la génesis de sentimientos de impotencia, constituyendo un abono para afrontar con respuestas de estrés la demanda de adaptación del medio. Nos planteamos que la Formación Continuada puede servir de cauce para enseñar mecanismos de afrontamiento, pero este problema, dada su complejidad, requiere de muchas estructuras.

## Bibliografía

- AIMARD, G. y otros.: *Terapéutica neuropsiquiátrica*, Barcelona, Masson, 1991.
- ALBRECHT, T.L.: "What Job Stress Means for the Staff Nurse", *Nurs Adm.*, 7: 1-11, 1982.
- BENSON, H.: *La relajación, una terapia imprescindible para mejorar su salud*, Barcelona, Grijalbo, 1986.
- BIGGERS, T.; ZIMMERMAN, R.S.; ALPERT, G.: "Nursing, Nursing Education and Anxiety", *J Nursing Educ*, 27(9): 411-417, 1988.
- BUCETA, J.M.; BUENO, A.M.: *Modificación de conducta y salud*, Madrid, EUDEMA, 1993.
- CASTRO, P. y otros: "Cómo construir un cuestionario", *Rol de enfermería*, 185: 26-29, 1994.
- CAUTELA, J.R.; GRODEN, J.: *Técnicas de relajación*, Barcelona, Martínez-Roca, 1989.
- CHAVEAU, B.: *La ansiedad en la vida cotidiana*, Barcelona, Ancora, 1992.
- DAVIS, M.; McCAY, M.; ESHEMAN, E.R.: *Técnicas de autocontrol emocional*, Barcelona, Martínez-Roca, 1988.
- Diccionario Terminológico de Ciencias Médicas*, Barcelona, Masson, 1992.
- FIERRO, A.: "Dimensiones de la personalidad sana", *Revista de psiquiatría y psicología médica*, 16(6): 373-391, 1984.
- FUENTENEbro, F.; VÁZQUEZ, C.: *Psicología médica, psicopatología y psiquiatría*, Madrid, McGraw-Hill-Interamericana, 1990.
- HEWIT, J.: *Aprende tú solo relajación*, Madrid, Pirámide, 1990.
- JAMAL, M.: "Job Stress and Job Performance Controversy: An Empirical Assessment", *Organizational Behavior and Human Performance*, 33: 1-21, 1984.
- KEMMLER, R.: *El entrenamiento autógeno para niños, adolescentes y padres*, Madrid, TEA, 1983.
- LEVENSTEIN, A.: "Responding to a Time of Tension", *Nurs Manage*, 17: 27-28, 1986.
- LÓPEZ, S. y otros: "Evaluación del estrés del paciente quirúrgico", *Revista de Psicología de la Salud*, 2 (12):113-126, 1990.
- LLAVONA, L.; CARRASCO, I.; CARRASCO, M.J.: *Procedimiento de relajación muscular abreviado. Guía descriptiva*, Madrid, Universidad Complutense, 1981.
- MANDERINO, M.A.; GANONG, L.H.; DARNELL, K.F.: "Survey of Stress Management Content in Baccalaureate Nursing Curricula", *J Nursing Educ*, 27(7): 321-325, 1988

- 
- MEHRABIAN, A.; O'REILLY, E.: "Analysis of Personality Measures in Terms of Basic Dimensions of Temperament", *Journal of Personality and Social Psychology*, 38: 492-503, 1980.
- MEHRABIAN, A.; RUSSEL, J.A.: *An Approach to Environmental Psychology*. MIT Press, 1974.
- MEHRABIAN, A.: *Basic Dimensions for a General Psychological Theory*, Cambridge, MA Oelgeschlager, Gum and Wain Publishers, 1980.
- MEHRABIAN, A.; RUSSEL, J.A.: "A Measure of Arousalseeking Tendency", *Environmental and Behavior*, 5: 315-333, 1973.
- NAGY, M.: "The Child's Theories Concerning", *Journal of Genetic Psychology*, 73: 3-27, 1984.
- PARKERS, K.R.: "Stressful Episodes Reported by First-year Students Nurses. A Descriptive Account", *Social Science and Medicine*, 20: 945-953, 1985.
- PENZO, W.: *Licenciatura: psicología médica. Manuales básicos para licenciatura y residencia*, Barcelona, Salvat, 1990.
- RIBES, E.: *Psicología y salud: un análisis conceptual*, Barcelona, Martínez-Roca, 1990.
- RICHART, M.; CABRERO, J.: *La psicología en los centros de salud comunitaria, programa de promoción y educación para la salud*, Valencia, Promolibro, 1988.
- SANTAREN, S.: "Psicología clínica y psicología de la salud", *Revista de Psicología de la Salud*, 3 (1), 1-18, 1991.
- TROFINO, J.: "Activating the Nursing Community: a Blueprint for Action", *Nurs Manage*, 19: 73-76, 1988.
- VALLEJO RUILOBA, J.: *Introducción a la psicopatología y la psiquiatría*, Barcelona, Masson-Salvat, 1992.
- VALLEJO, M.A.; RUIZ, M.A.: *Manual práctico de modificación de conducta*, Madrid, Fundación Universidad Empresa, 1993.
- WEISIGER, H.: *Técnicas para el control del comportamiento agresivo*, Barcelona, Martínez-Roca, 1988.

---

**CARME ALEMANY**

**Socióloga.  
Centro de Estudios de Mujer y  
Sociedad. Barcelona**

*Estrés y salud  
en trabajadoras  
de una cadena  
de montaje*

La comunicación que presento en esta Jornada sobre "Incidencia del estrés en la salud de las mujeres" ha sido elaborada a partir de un estudio de caso realizado en una fábrica de lavadoras de la provincia de Barcelona y la comparación posterior de los resultados de dicho estudio con otros llevados a cabo en diferentes fábricas donde trabajan mujeres.

Estos estudios se basaron en la observación directa de los puestos de trabajo y entrevistas en profundidad a las mujeres y los hombres que trabajaban en las cadenas de montaje, así como información complementaria obtenida a través de entrevistas a los capataces, encargados, principales responsables de la producción y jefes de personal. La observación se centró en los movimientos corporales y los gestos que realizaban, así como en la movilidad al interior de la sección o del edificio, los ritmos de trabajo y el esfuerzo físico, mientras que las entrevistas se centraron en la organización del trabajo, las relaciones industriales al interior de la fábrica y la satisfacción con el puesto de trabajo ocupado.

## 2.

# *Las condiciones de trabajo de los puestos que ocupan las mujeres*

En esta intervención con el fin de centrar la exposición en la influencia de las condiciones de trabajo de las cadenas de montaje en la salud de las mujeres, me limitaré al análisis de los ritmos de trabajo, los gestos corporales, el ejercicio de la fuerza física y las relaciones de trabajo, como factores que inciden en el estrés y en la salud en general.

### 2.1

#### LOS RITMOS DE TRABAJO

En primer lugar cabe señalar que a pesar de que el incremento de la automatización ha generado la supresión de numerosas operaciones manuales, muchos de los puestos de trabajo ocupados por las mujeres todavía requieren la intervención manual, mientras que los hombres ejercen muy frecuentemente otro tipo de tareas como el traslado de cargas o la vigilancia de máquinas.

Las faenas que comprenden los puestos de trabajo ocupados por las mujeres precisan normalmente cualidades manuales que se pueden identificar con la destreza, la minuciosidad, la delicadeza, la habilidad manual, etc., y requieren unos gestos y unos movimientos monótonos, muy repetitivos, ligados a la habilidad de las manos. Dichas cualidades son consideradas como unas aptitudes "innatas" a la naturaleza femenina y diferentes observaciones permiten hacer la hipótesis de que a las mujeres se les asignan unos ritmos de trabajo más altos que si estos puestos fueran ocupados por hombres, lo que conduce a una mayor exigencia de rendimiento.

Una de las pruebas de lo expuesto, es el hecho de que los hombres difícilmente llegan a alcanzar los rendimientos logrados por las mujeres y ello explica que, paulatinamente, los hombres hayan sido reemplazados por mujeres en aquellos puestos que requieren una gran habilidad manual. Así nos encontramos a menudo que en el ramo metalúrgico, por ser un sector cuya mano de obra es principalmente masculina, muchas tareas de montaje y de pre-montaje fueron realizadas inicialmente por hombres y progresivamente, a medida que se han introducido automatismos que suprimen la intensidad de la fuerza física necesaria para

---

la realización de ciertos montajes, se han incorporado mujeres en la realización de dichas tareas. No obstante, el alto rendimiento de las mujeres es raramente reconocido y no se les atribuyen tiempos de descanso o pausas de recuperación suplementarios a parte de los tiempos previstos para todo el personal de fábrica. Es más, los responsables de la producción consideran que las mujeres se adaptan mejor que los hombres a los trabajos rutinarios y monótonos.

En lo que concierne a las cadenas de montaje es bien conocido que es muy difícil repartir la carga de trabajo equitativamente entre todos los puestos de la cadena, ya que las diferentes operaciones que comprenden los diferentes montajes requieren tiempos diferentes, por lo que determinados puntos de la cadena soportan una mayor carga de trabajo. Esta dificultad es con frecuencia motivo de conflictividad laboral, y esta razón puede explicar, en parte, el abandono progresivo de este tipo de organización del trabajo.

En las fábricas donde las cadenas de montaje están compuestas por hombres y mujeres, es frecuente que los puntos que comportan una mayor carga de trabajo sean ocupados por mujeres bajo el amparo de su destreza manual. Como he indicado, dichos puntos suelen ser conflictivos; no obstante, los comportamientos adoptados por hombres y mujeres suelen ser muy diferentes. Así mientras los hombres, en el caso de que no alcancen el ritmo exigido, pueden dejar pasar montajes sin terminar, las mujeres raramente adoptan estos comportamientos, sino que intentan cumplir con los rendimientos requeridos, y sus quejas se expresan verbalmente a los capataces o responsables de la producción. Sin embargo, estas diferentes estrategias de los hombres y de las mujeres ante los rendimientos de trabajo exigidos consiguen diferentes resultados. Así mientras las mujeres logran muy difícilmente una revisión de los tiempos acordados o de la carga de trabajo atribuida, ya que su comportamiento no perjudica la calidad del producto, a los hombres se les atribuyen puestos que exigen una menor cadencia. Esta estrategia de los hombres en relación a las condiciones de trabajo fue confirmada también por uno de los ingenieros con estas palabras: "Las mujeres expresan su conflictividad de manera abierta, hablando. Los hombres más bien lo contrario. Los hombres expresan su conflictividad haciendo el trabajo mal hecho".

Las mujeres no sólo ocupan puestos en cadenas de montaje que requieren la intervención manual, sino que también ocupan puestos de pre-montaje cuyo rendimiento se establece individualmente en base a primas. Estos puestos de trabajo que se atribuyen a las mujeres son considerados como "trabajos ligeros" ya que en general se trata del montaje de piezas pequeñas, que justamente por ello precisan de una gran habilidad de las manos, mientras que

---

los puestos ocupados por hombres son calificados como “trabajos pesados” por la variedad de las tareas a realizar y los grupos musculares implicados.

La cuestión del rendimiento en las fábricas es uno de los aspectos que suelen ser más conflictivos, y los hombres evitan, a través de diferentes estrategias, que su rendimiento pueda ser comparado con el de las mujeres. Dichas estrategias pueden considerarse como masculinas, ya que en ellas no solamente participan los trabajadores (hombres) sino que también obtienen la aprobación de los mandos intermedios y diferentes responsables de la producción, a través de la planificación de la organización de la producción, de manera que raramente se contempla que los puestos de trabajo sean totalmente mixtos, es decir, que puedan ser ocupados indiferentemente por un hombre o por una mujer.

No obstante, en períodos que se precisa aumentar la producción, a veces, en los puestos de pre-montaje se incrementan los equipos con hombres. Pero estos puestos, junto a la exigencia de rendimiento que conllevan, son trabajos calificados de “femeninos”. Los hombres no quieren ser equiparados con las mujeres, por lo que rechazan realizar dichas labores, y la forma de estar seguros que serán reincorporados a su puesto de trabajo anterior o que ocuparán puestos considerados más propios para los hombres, es precisamente no logrando alcanzar los rendimientos requeridos.

## **2.2**

### **LAS POSTURAS CORPORALES**

Si se examinan los puestos de trabajo que ocupan las mujeres, no en relación con las aptitudes requeridas para ocuparlos, sino en función de lo que implican a nivel del cuerpo, se puede observar que las posturas que acompañan los puestos de trabajo ocupados por las mujeres se distinguen claramente de las requeridas para los puestos ocupados por los hombres. Así se observa que los hombres realizan tareas que exigen estar de pie y además se desplazan con frecuencia al interior de la sección o incluso al interior de la fábrica. En cambio, las mujeres están sentadas o encorbadas realizando tareas repetitivas con posturas rígidas y sin desplazamientos. En relación con los gestos corporales, las actividades de las mujeres requieren efectuar gestos muy rápidos y repetitivos con escasa movilidad con el fin de incrementar los rendimientos, e implican los movimientos de las manos, codos y brazos, mientras que los puestos ocupados por los hombres requieren la movilidad de todo el cuerpo. Es decir, las mujeres están mucho más sujetas a su puesto de trabajo y los gestos postu-

---

rales denotan una menor libertad corporal, contrariamente a los puestos ocupados por los hombres. En unas entrevistas efectuadas en una fábrica, donde los hombres no querían ocupar los puestos de trabajo atribuidos generalmente a las mujeres, donde requerían realizar unos montajes manuales sobre sus rodillas y en posición encorvada, uno de los hombres se expresó con gestos que indicaban las siguientes palabras: “esto no es para hombres, porque parece que estemos cosiendo”. Por lo tanto, los hombres no consideran dichas posturas idóneas para ellos ya que es una posición poco viril, y en cambio muestran su preferencia por los puestos donde tienen que mantenerse erguidos, postura que consideran más masculina.

Existen finalmente puestos de la cadena donde las mujeres están de pie, esta postura se encuentra en los puntos donde se manipulan diferentes objetos o herramientas a un tiempo. Estos puestos están principalmente reservados para las mujeres gracias a su facilidad para ocuparse de diferentes cosas simultáneamente, aptitud aprendida en las tareas domésticas. Como puede observarse, las posturas y gestos corporales requeridos en los puestos ocupados por las mujeres indican claramente que el dominio de los hombres sobre las mujeres también se expresa a través del cuerpo, ya que dichas posiciones expresan a nivel físico la posición del ser sometido.

## **2.3**

## **LA FUERZA FÍSICA**

En la actualidad el progreso tecnológico permite disminuir gradualmente el número de puestos de trabajo que requerían en el pasado una fuerte utilización de la fuerza física. Este cambio tiene lugar a través de la introducción de mecanismos más automatizados, como pueden ser los robots o los manipuladores. Sin embargo, dichos puestos de trabajo, aun cuando ya no requieren la intervención de la fuerza física, permanecen directamente relacionados con los hombres, y las mujeres quedan excluidas de ellos.

De igual modo, actualmente los trabajos de fuerza física tienden a desaparecer, y además existe la capacidad tecnológica suficiente para adaptar cualquier puesto de trabajo a las características corporales de las mujeres. No obstante, el argumento de la fuerza masculina sigue teniendo vigencia en el discurso y en las prácticas, lo que induce a pensar que los hombres se agarran a los argumentos de la fuerza física como un símbolo de la masculinidad.

---

En general, se cree que las mujeres no ocupan puestos que requieran la utilización de la fuerza física y se entiende que se les atribuyen las tareas más ligeras, mientras que normalmente son los hombres los que ocupan los puestos más relacionados, directa o indirectamente, con la fuerza física. Ahora bien, hay que distinguir entre el nivel de fuerza requerida y la reiteración de la utilización de la fuerza física. A nivel legal, sólo está regulada la intensidad de la fuerza, pero no la manipulación o ejercicio de la fuerza de una forma reiterada, que son los trabajos que suelen realizar las mujeres. La ley prevé que los trabajos que requieren ejercer una fuerza física comprendida entre 5 y 25 kgs. tengan derecho a un incremento salarial suplementario, por lo que sólo los hombres obtienen muy fácilmente estos incrementos salariales.

Hay tareas que comportan el ejercicio puntual de una fuerza física elevada o el ejercicio continuado de la misma. En el caso de la fábrica de máquinas de lavar, por ejemplo, el manejo de la cuba de la lavadora en el curso de la fabricación requiere el ejercicio de la fuerza física. Este puesto ha sido ocupado por hombres, hasta que se instaló un manipulador. En cambio, existen cadenas de montaje o secciones de pre-montaje compuestas exclusivamente por mujeres o mixtas donde se requiere una fuerza menos visible pero de forma continuada, que exigen movimientos frecuentes que utilizan la fuerza de las manos y que implican también el uso repetitivo de los codos, hombros y espalda. En estos puestos de trabajo, el esfuerzo físico requerido se acentúa por el ritmo de la producción. En estas circunstancias, las mujeres no obtienen un reconocimiento especial o incremento salarial por la penosidad del trabajo, ya que el ejercicio de la fuerza es menor en intensidad aunque sea de forma reiterada, lo que permite evadir el cumplimiento de la ley.

## **2.4**

### **LA VALORACIÓN DE LOS PUESTOS DE TRABAJO**

Las destrezas que requieren los puestos que ocupan las mujeres no son reconocidas como calificaciones profesionales a la hora de establecer los baremos relacionados con la valoración del puesto de trabajo, sino que se consideran cualidades propias "a la naturaleza femenina" ya que no han sido adquiridas a través de una formación específica.

Por otra parte, las mujeres que logran altos rendimientos tienen bloqueada su promoción y difícilmente pueden cambiar de puesto de trabajo. Ello es debido, en gran parte, por su ha-

---

bilidad en los puestos que ocupan y la dificultad de formar otro personal para la misma tarea. Sin embargo, ni sus rendimientos ni sus destrezas son reconocidos, ya que los puestos atribuidos a las mujeres son los que poseen la valoración más baja, a la vez que son consideradas como mano de obra sin cualificación.

Estas condiciones de trabajo no ayudan a aumentar la autoestima de las mujeres, sino al contrario, e inciden negativamente en su estado de ánimo.

## *La incidencia de las condiciones de trabajo en la salud de las mujeres*

Los elevados ritmos de trabajo exigidos, la mayor presión sobre el rendimiento y la rapidez de los gestos repetitivos y monótonos que sólo implican unas partes del cuerpo, junto a la falta de autonomía y la infravaloración del trabajo realizado, hace que las mujeres estén especialmente amenazadas por el estrés. Así no es de extrañar que muchas de las mujeres que ocupan dichos puestos de trabajo se quejan a menudo de agotamiento, de insomnio y de dolores musculares. Sin embargo, pocas son las mujeres que se preocupan por su salud cuando aparecen dichos síntomas, ya que las falsas representaciones sobre el trabajo de las mujeres que conducen a calificar las tareas que realizan como “ligeras” o “poco penosas” contribuyen a enmascarar o hacer poco visible la dureza de los puestos de trabajo que ocupan, y por consiguiente, las mismas mujeres dudan que las tareas que realizan puedan ser nocivas para su salud.

Además, hay que considerar que hoy en día cada vez hay más mujeres que trabajan y que tienen responsabilidades familiares, de manera que al cansancio acumulado durante la jornada laboral debe añadirse la fatiga causada por el trabajo doméstico, por lo que precisarían de una recuperación superior, mientras que la mayor carga de trabajo reduce sensiblemente el tiempo disponible para su recuperación física.

La insuficiente recuperación física y la escasa atención a los primeros síntomas de la aparición del estrés puede conducir en muchos casos a la aparición posterior de lesiones en las articulaciones o en la espalda (véase ponencia C. Valls). Por otra parte, cabe señalar que cuando visitan al médico como consecuencia de sus dolencias, éste raramente relaciona éstas con los ritmos y tipos de tareas que realizan, ni tampoco con el escaso tiempo que disponen para su recuperación física, debido a la acumulación del trabajo asalariado junto con el trabajo doméstico, ya que una vez más, inciden las falsas representaciones sobre la “ligereza” de los trabajos que realizan las mujeres.

Además, si a los ritmos elevados se le añade el ejercicio reiterado de la fuerza física, como es el caso de muchos de los puestos de las cadenas de montaje, pueden aparecer de forma sistemática unas enfermedades crónicas e irreversibles, en algunos casos, hasta necesitar intervenciones quirúrgicas, como es el caso de la fábrica de lavadoras estudiada, donde la

---

mitad de las mujeres de una sección de pre-montaje habían precisado ser intervenidas del túnel carpiano como consecuencia del desarrollo excesivo de la musculatura de la muñeca a causa de la actividad laboral.

La incorporación de la mujer en el mercado de trabajo precisa que se estudien específicamente las condiciones de trabajo de las mujeres, con el fin de desenmascarar las falsas representaciones que se han construido acerca de las tareas que desempeñan las mujeres, lo que permitirá redefinir las leyes sobre la salud laboral de las mujeres y establecer las medidas preventivas necesarias en favor de su salud.

---

**KONTXI BÁEZ GALLO**

**Doctora en Psicología.  
Centro de Salud mental de  
Rentería**

*Estresores más  
frecuentes en  
mujeres: amas  
de casa, doble  
jornada,  
mujeres  
ejecutivas,  
reinserción  
laboral y  
víctimas de  
violación*

Dentro de los posibles conceptos del término estrés, el que voy a adoptar en este trabajo es un modelo transaccional, es decir, aquel que postula que el estrés reside tanto en el medio, como en la percepción que el sujeto hace del acontecimiento estresor, así como en su capacidad de generar estrategias de afrontamiento. Una determinada situación será o no estresante en función de la evaluación cognitiva del sujeto y de sus recursos para hacerla frente (Lazarus y Folkman, 1986).

En este contexto, hay situaciones estresantes que son específicas de las mujeres. Situaciones a las que éstas tienen dificultades de adaptación debido a la percepción que se tiene de las mujeres en función del rol que les es asignado socialmente, o debido a la falta de adquisición de habilidades específicas. En este trabajo hablaré a nivel general, teniendo siempre muy en cuenta, sin embargo, que no todas las mujeres desarrollarán problemas de salud en las mismas circunstancias.

Los principales factores en la génesis del estrés son el conflicto y la sobrecarga. Con respecto al conflicto, una situación concreta puede causar estrés si interfiere con algún valor fuertemente asimilado. El conflicto puede tener lugar cuando, para satisfacer las demandas de un rol determinado, se resienten por fuerza los requerimientos de otro rol ejercido de forma simultánea. El antagonismo de roles tiene lugar cuando las peticiones provenientes de dos o más roles son tales que el cumplimiento apropiado de un rol dificulta el adecuado cumplimiento de los demás. Esta clase de conflicto es experimentado frecuentemente a través de sentimientos de culpabilidad por las mujeres con niños/as en menores de tres años que trabajan fuera de casa.

Las demandas sociales pueden resultar estresantes cuando sus peticiones sobrecargan los recursos del individuo. Cuantos más roles ejerza el sujeto, más posibilidades tiene de agotar su caudal de energía y de tiempo, de encontrarse ante deberes irreconciliables entre sí y, en definitiva, de estar en vías de llegar al estrés a través de la acumulación de roles. La sobrecarga de roles se define como el tener muchas demandas asociadas con la observancia del rol, que hacen que sea improbable una ejecución satisfactoria. Es posible que una madre con niños/as pequeños/as que trabaje fuera de casa no tenga ningún conflicto psicológico entre sus dos papeles, de madre y de trabajadora, pero lo más razonable es que sienta que la fuerza y el vigor que se necesitan para trabajar todo el día fuera de casa y después volver por la

---

noche y tener que ocuparse del cuidado del hogar y de sus hijos/as es extenuante (Yarnoz, 1989).

La pertenencia al sexo femenino parece ser un factor de vulnerabilidad al estrés. Se achaca esta diferencia entre hombres y mujeres a que los roles femeninos provocan más estrés y son menos satisfactorios que los desempeñados por los varones. Los roles femeninos considerados tradicionalmente centrales al rol sexual femenino son, entre otros (Yarnoz, 1989):

- Estar centradas en el marido, los/as niños/as y la casa.
- Depender de su pareja en cuanto a sus necesidades mínimas y con respecto a su estatus social.
- Dedicarse fundamentalmente a tareas educativas y reproductoras.
- Poseer características de empatía, amor, comprensión y devoción.
- Vivir más en función de los/as otros/as –marido, hijos/as, etc.–, que de sí mismas.
- Acentuar la importancia de la belleza física.
- Tener prohibido la competitividad, agresión, tentativas de dominio y de poder, y de toda expresión de lucha en general.
- Otorgar gran importancia al hecho de recibir aprobación y apoyo de los demás.

Las tareas del hogar son fuentes admitidas de reacciones depresivas en mujeres debido a la monotonía y poco reconocimiento social que tienen. Pero, además, las amas de casa tienen más tendencia a estresarse debido a las tareas asignadas en función de su rol como son: la mediación en los conflictos familiares, la administración de la economía familiar y el cuidado de los/as enfermos/as, entre otras.

Las mujeres, al estar centradas en los/as hijos/as, el marido y el hogar tienen más tendencia a reaccionar con estrés a conflictos familiares. Cuando hay dificultades familiares (un/a niño/a con alteraciones de conducta, un/a adolescente difícil, un conflicto de pareja o conflictos con la familia extensa) son las mujeres que trabajan en su casa en las tareas del hogar las que presentan una mayor ansiedad. Es esperable que las dificultades a este nivel sean las más importantes si las relaciones familiares constituyen tanto las relaciones afectivas básicas que esa mujer tiene como su actividad laboral principal. En la atención psiquiátrica son frecuentes las consultas que esconden tras una sintomatología determinada conflictos a este nivel. Conflictos que los otros miembros de la familia pueden compensar debido a actividades y relaciones externas a la familia de las que muchas mujeres en esta situación carecen.

Por otra parte, la administración de la economía familiar puede ser una fuente de estrés si hay desajustes en este terreno. Por mi trabajo con jugadores/as patológicos/as, frecuentemente trato en consulta con muchas mujeres que no han desarrollado habilidades para manejar una situación estresante de deudas, embargos y amenazas ocasionadas por el juego patológico. La ludopatía afecta sobre todo a los hombres: de cada tres afectados/as dos son hombres y una es mujer. Es por ello que en un 70% de los casos de manejo inadecuado de dinero es una mujer, por su condición de madre o de esposa, la que se hace cargo de la situación, con una enorme presión del resto de la familia.

También es habitual ver en consulta a mujeres con sintomatología de estrés, que acuden después de un largo período de enfermedad de un familiar cercano. Los síntomas de estrés, tras el desgaste (físico y emocional) que supone atender a enfermos crónicos, aparece con más frecuencia en mujeres debido al rol de "enfermeras" que tienen asignado. La aparición de los síntomas en este caso se produce a medio y largo plazo; mientras tienen que estar atendiendo al enfermo/a se mantienen asintomáticas.

Es indudable que algunos beneficios experimentados por las mujeres que trabajan son evidentes: mayor independencia económica, oportunidad de desarrollar y utilizar habilidades relacionadas con el trabajo y acceso a una red más amplia de relaciones sociales. Hay otros beneficios significativos: por ejemplo, hay alguna evidencia de que las mujeres que trabajan fuera de casa manifiestan menos síntomas de enfermedad psicosomática que las que trabajan en casa. Las mujeres empleadas tienen un concepto de sí mismas más positivo y niveles de autoestima más altos. Están más satisfechas con su trabajo que lo que están las mujeres que trabajan en casa y, paradójicamente, tienen menos sensación de sobrecarga de roles que las que trabajan en casa. Tienen roles más igualitarios en sus matrimonios, incluyendo la distribución del poder, y parece ser que disfrutan más de sus relaciones y actividades con los/as niños/as que las amas de casa que cuidan de ellos/as a tiempo completo (Martínez, 1992).

El problema al que se enfrenta una mujer que trabaja fuera de casa es debido a que se espera de ella que cumpla con la responsabilidad "primaria" de sus obligaciones tradicionales (la casa y la familia) sin disminuir significativamente su rendimiento laboral. Se han hecho estimaciones sobre la cantidad de horas que una mujer en esta situación trabaja: una mujer casada dedica tres horas adicionales a las labores de casa, y una hora más por hijo/a (más si está en edad preescolar), con lo que su jornada laboral alcanza fácilmente las 12 horas. Mientras los hombres dedican a veces una cantidad de tiempo reducida a sus familias debido a que su trabajo se lo "impide", se espera de las mujeres que hagan lo imposible para compatibilizar sus dos trabajos. Muchas mujeres viven con la angustiada sensación de ser mediocres en los dos.

Los problemas con los que se enfrenta la madre trabajadora respecto al cuidado de sus hijos/as son numerosos: encontrar un cuidado satisfactorio para sus hijos/as mientras está trabajando fuera, afrontar los sentimientos de culpa originados por asumir, erróneamente, que la influencia del trabajo materno en los/as niños/as es negativa, e intentar compaginar dos trabajos a tiempo completo.

No podemos olvidar la tendencia, presente sobre todo en sectores sociales menos favorecidos, de considerar el rol materno en la mujer como central, mientras que su trabajo o su carrera (sobre todo cuando no existe una necesidad económica que lo justifique) como algo innecesario, y por tanto, de forma implícita se espera que la mujer cumpla con sus tareas en

---

el hogar, de tal modo que el "desajuste" que origine no sea muy grande. Esta idea se refleja en las encuestas. En una encuesta realizada hace diez años, más de la mitad de la población mostró acuerdo con la frase "a menos que se necesite económicamente, las mujeres casadas con niños/as pequeños/as no deberían trabajar fuera del hogar". Esta tendencia de pensamiento era similar en hombres y en mujeres (CEE, 1987). Más recientemente, en una encuesta a 2.000 mujeres con niños/as, un 30% opinaba que la mujer sólo debe trabajar si lo necesita económicamente, si no, debe quedarse en casa (Instituto de la Mujer, 1990).

La satisfacción o el estrés emanados de la ocupación de uno o varios roles depende del balance entre privilegios y obligaciones, así como de las mejoras de estatus y autoestima que estos roles puedan originar. En el caso concreto de las mujeres, y en particular, en el caso de las madres que trabajan, este balance está en función de varios elementos: tipo de trabajo, satisfacción con el trabajo, actitudes hacia la crianza de los/as niños/as y el rol femenino, así como los apoyos de sus esposos.

El trabajo de una madre puede ser saludable o perjudicial para ella dependiendo de determinadas circunstancias. Las mujeres que más se benefician de su trabajo son aquellas cuyos maridos colaboran en el cuidado de los/as niños/as, no tienen muchas responsabilidades familiares y tienen, tanto ellas como su pareja, actitudes favorables hacia el trabajo y hacia la igualdad de roles.

En las clases menos privilegiadas y con acceso a peores puestos de trabajo, el cuidado de los/as niños/as durante las horas en las que las madres trabajan fuera de casa, y el trabajo añadido que supone ocuparse de ellos/as tras las horas de trabajo, constituyen un serio problema, que no se encuentra equilibrado por la satisfacción personal que ofrece el tipo de trabajo al que tienen acceso.

Tampoco podemos olvidar a las madres de estas mujeres que asumen el cuidado de los nietos/as con la consiguiente sobrecarga en condiciones físicas no idóneas para este trabajo.

La sintomatología de estrés y problemática de los ejecutivos varones está reconocida y estudiada. No ocurre lo mismo con la problemática de las mujeres ejecutivas. Los problemas específicos que presentan estas mujeres se plantean en cuanto a su doble papel: ser mujeres y tener cargos de alta responsabilidad. Esto es debido a la inexistencia de patrones de conducta aceptados como respuesta a su doble condición; tienen dificultades si adoptan las estrategias de afrontamiento más "masculinas" (agresividad, competitividad, dominio...) y los tienen si adoptan estrategias tradicionalmente atribuidas a las mujeres (sensibilidad, modestia...). Las actitudes más "femeninas" pueden ser poco eficaces, pero los valores masculinos relativos al trabajo han demostrado ser perjudiciales.

Los conflictos de roles en mujeres con cargos de responsabilidad se centran sobre todo en la incompatibilidad que sienten entre su trabajo y la maternidad. Esto es debido a que ambos trabajos requieren una dedicación exclusiva y sólo existen dos posibilidades: reducir el tiempo dedicado a la empresa o reducir el tiempo de dedicación a los/as niños/as. Es por ello que muchas mujeres que están en estos cargos o bien no tienen hijos/as, o bien se dedican a su carrera profesional cuando sus hijos/as son algo mayores.

Por otra parte, es bastante habitual que estas mujeres se quejen de que tienen que demostrar que poseen más habilidades que sus compañeros varones para acceder a un puesto determinado debido a los prejuicios aún existentes: a la mujer se le exige demostrar, en tanto al varón se le supone capacitado. Esto implica, obviamente, un mayor gasto de energía que tiene sus consecuencias.

Por otro lado, en la educación de las mujeres se sigue fomentando la docilidad y se reprimen actitudes de competitividad, agresión, tentativas de dominio y de poder, y de toda expresión de lucha en general. En cualquier puesto de alta responsabilidad, tal y como está concebido actualmente en nuestra sociedad, estas habilidades son necesarias. Sin embargo, no están entre el repertorio de actitudes que se consideran "femeninas" con el consiguiente conflicto de roles. Además, cuando ejercen dotes de mando son más cuestionadas por sus compañeros y subordinados.

La ruptura del rol asignado como mujeres las coloca en una situación de enfrentarse con las pautas de comportamientos asignados, lo que necesariamente significa enfrentarse a los propios miedos e inseguridades. Miedos e inseguridades provocados por el rechazo del mo-

---

delo asignado y la necesidad que se tiene de crear un nuevo marco de referencia y unas nuevas pautas de comportamiento (Boter y Heres, 1987).

Sin embargo, hay que decir que la valoración que las ejecutivas hacen sobre su situación laboral es mayoritariamente positiva en cuanto a sus necesidades económicas y a su libertad e independencia de la pareja, y en cuanto al interés de su puesto de trabajo. La actitud del marido o compañero es fundamental para que puedan desarrollar su actividad, ya que es su actitud la que de hecho permite o impide el desarrollo profesional de la mujer.

Parece que una vez superado el conflicto de roles, los estresores generados en trabajos de alta responsabilidad son similares a los de los varones.

Más de una cuarta parte de la población femenina abandona la actividad laboral. Según un estudio realizado en 1990 por el Instituto de la Mujer sobre una población de 2.000 mujeres con hijos/as menores de 6 años, tenemos que: un 24,6% de las mujeres dejaron su puesto de trabajo al contraer matrimonio y un 38,9% lo hizo cuando tuvo hijos/as, a lo que si añadimos un 0,9% que dejó de trabajar por cuidar a un familiar, contabilizamos que el 64,4% dejó de formar parte del colectivo activo por razones familiares. Esto es debido a la prioridad que le otorgan las mujeres a la atención a la familia sobre el desempeño de su actividad laboral.

La participación de la mujer en el mundo del trabajo remunerado se caracteriza por ritmos diferentes en comparación de los del varón, donde el ciclo de vida y el ciclo vital están mejor ajustados.

La razón fundamental por la que las mujeres deciden volver a trabajar, después de un largo período de tiempo dedicado a la crianza de los/as hijos/as, es por el vacío que sienten en sus vidas, cuando comprueban que sus hijos/as, a partir de los diez años, empiezan a ir ya por su cuenta, ayudándole incluso en sus tareas de la casa, y se enfrentan con una realidad para la que no se han preparado en absoluto. Se dan cuenta de que el matrimonio ya no es una profesión que asegure una estabilidad económica y afectiva (Martínez, 1992).

La incorporación posterior al mercado laboral suele ser especialmente dificultosa ya que se encuentran con el problema que supone la falta de cualificación o actualización de sus conocimientos o habilidades, y deben contrapesar esto con un mayor afán y dedicación. En la situación actual de crisis, las mujeres que intentan reincorporarse al mercado laboral tienen aún más dificultades.

Sin embargo, hay que decir que estas situaciones difíciles no son percibidas como especialmente estresantes por las mujeres debido a que las ventajas de su incorporación al mundo laboral son mayores que los inconvenientes, siempre y cuando la mujer en cuestión posea las estrategias de adaptación adecuadas.

## *Estrés postraumático en víctimas de violación*

Al hacer una revisión sobre situaciones de estrés que afectan específicamente a mujeres, no se puede olvidar una situación muy específica de las mujeres y que provoca un trastorno de estrés claro y bien definido. Me refiero al estrés postraumático en víctimas de violación.

La violación es el delito más frecuente del que es víctima la mujer. Tres de cada cuatro mujeres son víctimas de uno o más delitos. Del total de las víctimas, más de un cincuenta por ciento han sido víctimas de una agresión sexual.

La sintomatología que presentan las víctimas de violación está bien estudiada. La experiencia de violación tiende a provocar una reacción inmediata en las víctimas de ansiedad, de indefensión y pérdida total de control, de miedo a la muerte (incluso aunque no haya amenazas explícitas), de degradación y en ocasiones, suele ir acompañada de pérdida de autoestima y de sentimientos de culpa por lo que pudo haber hecho y no hizo o por lo que pudo haber evitado hacer. Un problema adicional planteado a la víctima en estos momentos es si informa o no a la policía y/o a algún centro sanitario de lo ocurrido y si comenta la violación (y cómo hacerlo) a la familia y/o amigos/as, que pueden adoptar las actitudes negativas asumidas por la población en general sobre víctimas de violación (Corral y col., 1989). Los síntomas psicofisiológicos habidos inmediatamente después de la violación son (por frecuencia de aparición): temblores, taquicardia, dolor, tensión muscular, respiración jadeante y paralización. Síntomas todos ellos bien conocidos en los trastornos de estrés.

Durante el mes siguiente de la agresión experimentan trastornos psicofisiológicos: alteraciones del sueño y del apetito, tensión muscular, nivel muy alto de alerta, taquicardia, pérdida del deseo erótico o disfunciones sexuales y lloros incontrolados. La ansiedad generalizada puede permanecer inalterable si no se trata correctamente.

---

7.

## *A modo de conclusión*

En este trabajo se ha hecho un repaso de algunas de las situaciones de estrés específicamente relacionadas con las mujeres en función de su rol. Cualquier intento de evitar o reducir el estrés puede orientarse tanto a transformar la situación como a cambiar los procesos de valoración del individuo y su capacidad de afrontamiento (Meichembaum y Jaremko, 1987). Por lo tanto, es posible intervenir tanto a nivel individual como a nivel social.

La investigación sobre la eficacia de la atención psicológica o médica cuando se presentan los síntomas de estrés debe potenciarse. Además, otra de las responsabilidades que tenemos es la de cambiar las condiciones sociales y laborales que hacen posible que una persona se enfrente a conflictos de roles debidos a su condición de mujer.

---

## Bibliografía

- BOTER, I.; HERES, A.: "La mujer empresaria y trabajadora autónoma", *El trabajo de las mujeres*, Madrid, Instituto de la Mujer, 1987.
- CORRAL, P.; ECHEBURUA, E.; SARASUA, B.: "Estrés postraumático en víctimas de violación", en E. Echeburúa (Ed.). *El estrés: problemática psicológica y vías de intervención*. Bilbao, Universidad del País Vasco, 1989.
- El estrés físico y psicológico en el trabajo*. Madrid, Fundación europea para la mejora de las condiciones de vida y de trabajo (CEE), Ministerio de Trabajo y Seguridad Social, 1987.
- El reparto de las responsabilidades familiares, análisis de la demanda femenina y sus expectativas sobre las redes de cuidados de hijos*, Madrid, Instituto de la Mujer, 1990. (Estudio. Muestra de ámbito nacional: 2.000 mujeres con hijos/as de 0 a 5 años).
- LAZARUS, R.S.; FOLKMAN, S.: *Estrés y procesos cognitivos*, Barcelona, Martínez Roca, 1986.
- MARTÍNEZ QUINTANA, M. V.: *Mujer, trabajo y maternidad. Problemas y alternativas de las madres que trabajan*, Madrid, Instituto de la Mujer, 1992.
- MEICHENBAUM, O.; JAREMKO, M.E.: *Prevención y reducción del estrés*, Bilbao, Desclée de Brouwer, 1987.
- YARNOZ, S.: "Maternidad y vulnerabilidad al estrés: ¿El trabajo ayuda?" en E. Echeburúa. *El estrés: problemática psicológica y vías de intervención*. Bilbao, Universidad del País Vasco, 1989.

---

**TXARO ARTEAGA ANSA**  
**Directora de Emakunde/Instituto**  
**Vasco de la Mujer**

*Clausura de*  
*la jornada*

---

Arratsaldeon guztioi

Honenbestez iritsi zaigu lhardunaldi honi amaiera emateko asmoa eta aldez aurretik esker-tu nahi diet parte hartu dutenei oso interesgarriak izan bait dira hemen aurkeztutako aporterazioak.

\* \* \*

Buenas tardes

Como decía en euskara quiero comenzar este breve acto de clausura agradeciendo la participación de las ponentes dado que han sido de gran interés las aportaciones que han realizado sobre la incidencia del estrés en la salud de las mujeres.

A lo largo de esta intensa Jornada hemos podido observar los diferentes modos que existen de enfocar el tema del estrés en las mujeres: por un lado el biologicista, que formula que lo genético y los factores endocrinos condicionan las diferencias de enfermar, y por otro, las teorías ambientales que señalan a las variables socioculturales como las más explicativas de las variaciones en la morbilidad y en los patrones de conducta, aunque no hay duda –como se ha dicho aquí– que existe una gran interrelación entre las dos variables.

Por lo tanto, la Jornada de hoy nos ha ofrecido la oportunidad de compartir ideas e ir profundizando en el conocimiento de este tema. Y quizá también para situar las cosas en su sitio y valorar cómo el estrés puede ser causa y consecuencia no sólo de desajustes, sino de verdaderos “ajustes” en nuestra biología que debe reaccionar para asumir los retos y enfrentarse a las nuevas expectativas creadas por el deseo de las mujeres de ir consolidando nuestra presencia en todos los ámbitos de la sociedad.

Está claro que los cambios producidos en la vida de las mujeres con su incorporación a la educación y al mundo laboral han traído consigo nuevas situaciones y riesgos. Las expectativas creadas por una mejor y progresiva formación nos hacen asumir niveles de competitividad que nunca antes habíamos experimentado.

El acceso al empleo ha supuesto además para muchas mujeres sufrir el fenómeno del paro, situación que puede derivar en una falta de autoestima personal.

Antes, la infravaloración social y económica de las mujeres era compensada por el status de mujer casada, y actualmente este valor es cada vez menos protector para las mujeres. Es más, diversos estudios han señalado la asociación negativa en las mujeres y, sin embargo, positiva en los hombres del matrimonio con respecto a la salud mental, y ello puede tener su razón de ser en la doble jornada de trabajo de las mujeres y su dificultad de compaginar vida profesional y responsabilidades familiares.

---

Asimismo, la presencia de hijos/as menores en la familia podía tener antes ese mismo efecto protector aunque ahora, en el medio urbano en que vivimos, dependiendo del entramado de relaciones personales y de los escasos servicios sociocomunitarios existentes, la descendencia se ha convertido en una fuente de carga y de estrés para las mujeres.

En lo que respecta al medio laboral, se desarrollan varios factores de riesgo relacionados con las condiciones físicas del trabajo, el desgaste físico, doble jornada, los trabajos repetitivos, los turnos, la descalificación profesional, el paro, el acoso sexual y además, en muchos casos, son las mujeres las que van a ser receptoras en la familia de la angustia del parado, marido, hijo/a que tiene a su alrededor.

Sin embargo se ha planteado también en este foro que el tener una ocupación remunerada, reconocida socialmente, etc., puede amortiguar el estrés frente al trabajo único de ama de casa que por sus características de ser interminable, cíclico, solitario, productor de compartimientos maníacos, sin relaciones personales con adultos, sometido a desgastes afectivos, a falta de tiempo propio y sin reconocimiento objetivo, hace que sea un factor de deterioro mental.

Sin duda, habrá que trabajar para conocer mejor los mecanismos y factores productores de estrés y para prevenir sus consecuencias negativas. Está claro que el hecho de que el estrés provoque problemas de tipo biológico, dolor o enfermedades sicosomáticas no es un argumento para mantener a las mujeres en sus casas. En todo caso, es un argumento para introducir cambios objetivos en la sociedad, en el modo de trabajar, en la creación de servicios sociocomunitarios, en la prevención de la fatiga, la disminución de la competitividad feroz y para estudiar e investigar las soluciones médicas y los cambios sociales necesarios para garantizar una mayor calidad de vida de las mujeres.

Espero que con esta Jornada hayamos avanzado en este sentido. Gracias nuevamente por su participación, y con estas palabras queda clausurada la Jornada sobre la "Incidencia del estrés en la salud de las mujeres".