

Trabajos de reflexión:

Estrés y síntoma

Cesar Jara¹, Luis Acuña², Javier Romero³, Fernanda Sanhuesa⁴

Resumen

El Estrés se constituye, como vivencia dentro de cualquier etapa del ciclo vital, en un importante factor de cambio y puede entenderse desde el punto de vista personal como señal de que en nuestra vida algo no va bien. Este trabajo se propone describir de qué modo los factores psicosociales influyen en la génesis del estrés, el rol que tiene el equipo de salud como mediador y las principales formas de presentación clínica del estrés según el nivel de atención sanitario.

Palabras Claves: Estrés, Ciclo Vital, Nivel de Atención.

Summary

In any stage of the life cycle, the experience of stress constitutes an important factor of change; from a personal point of view, stress can be understood as a sign that something is not going well in our lives. This work intends to describe how psychosocial factors influence the genesis of stress, the role of the medical health team as a mediator, and the main forms of clinical presentation of stress according to the level of health care.

Keywords: Psychological Stress, Human Development, Comprehensive Health Care.

Introducción

En un artículo anterior hacíamos mención que hasta hace no mucho tiempo vivimos en una **Época Neuronal** en que lo fundamental ha pasado a ser el *conflicto de productividad* (Han, Saratxaga & Ciria, 2018), entendiéndose como tal una condición en que las personas se ven envueltas por su propio contexto histórico en una búsqueda compulsiva de productividad para poder vivir; es en esta búsqueda en que la autoexigencia y la autodisciplina pasan a ser las actitudes más valoradas por la persona quien, al no cumplir con las metas, se siente culpable de no haber tenido éxito: este es el fenómeno que Han denomina *exceso de positividad* de la posmodernidad y al que asocia con la generación de desamparo.

Desarrollo

Estrés, psiquis y soma

Adhiriendo al planteamiento de Han, podemos postular que el hombre posmoderno vive en una constante situación de estrés; autores como Sánchez (Sánchez et al, 2008) sostienen que este fenómeno se enlaza con la depresión, la inflamación y el dolor por medio de una misma vía fisiopatológica donde el daño termina siendo mediado por factores neurohumorales como glucocorticoides y citocinas (Cagnie, 2014). El efecto del estrés crónico asociado a situaciones críticas pero propias del vivir —tales como la viudez, procesos de separación y divorcio, cuidado de familiares con Alzheimer, pobre relación marital, estrés académico, violencia, desempleo e inseguridad— se asocian a alteraciones en los procesos inmunes (Castés, 2018; Lazarus, 2000; Jara et al, 2021).

Estas observaciones no distan mucho de los postulados de psiquiatras de línea antropológica que hablan de un continuo entre conflicto psíquico y lesión corporal: del conflicto surge estrés que, a su vez, llevaría a inflamación, lisis y finalmente esclerosis en el organismo. De este modo, la persona deberá hacerse cargo no solo de la *problemática* que genera el conflicto sino también de las *afecciones* generadas por el conflicto, el estrés y los pasos subsecuentes (Varela, 2021), fenómeno que desde el punto de vista antropológico puede describirse como un desequilibrio en el *pentagrama pático* propuesto por v. Weizsäcker (Engelhardt, 2004):

En su *Pathosophie* Weizsäcker utiliza la expresión «pentagrama pático» para la situación antropológica del paciente. Este pentagrama se refiere a los siguientes aspectos: desear, ser capaz, permitir, poder y deber.

Según la predisposición individual, el estrés generado podría manifestarse tanto por síntomas psicofisiológicos, angustiosos o depresivos, como por el uso excesivo de alcohol o de drogas, o incluso por quiebres psicóticos (Anguita, 1983 ; Florenzano, 1983; Naveillán, 1976; Jara et al, 2021).

1. Psiquiatra, COSAM Quilicura.
2. Psiquiatra, COSAM Independencia.
3. Psiquiatra, COSAM Quilicura.
4. Médica generalista, CESFAM San Luis.

En cuanto a su agravamiento del estrés, clínicamente éste podría guardar relación ya sea con un desarrollo hipocondríaco, con fijaciones iatrogénicas o con el acostumbramiento a un beneficio secundario (Jara et al, 1990). La relevancia de esta consideración no puede ser subestimada ya que la evidencia muestra que el estrés crónico afectaría al ADN, pudiendo traducirse en mayor riesgo de enfermedades degenerativas (Greenberg, 2018) Por otro lado, se describen lesiones neurobiológicas asociadas al estrés en determinadas áreas cerebrales, especialmente el hipotálamo (Van der Hart, 2011), y dependiendo de su magnitud pueden haber distintos grados de regresión de dichas lesiones, persistiendo no obstante una fragilidad neurobiológica a la base que se ha asociado al hipercortisolismo. (Cyrulnik, 2016).

Componentes

Podemos distinguir tres componentes básicos en el estrés (Truco, 1978; Lolas, 1984), a saber:

Las fuentes de estrés. Se pueden diferenciar frente a sucesos, eventos definidos o a problemas continuos o prolongados. Toma relevancia no sólo el número de sucesos sino también la calidad del cambio.

Los recursos intermedios. Serían las actitudes, conductas, percepciones y cogniciones que tienden a modificar el impacto y significado del estímulo generador de estrés. Pueden ser positivos (defensas) o deletéreos (vulnerabilidad).

Las manifestaciones. Se refieren a las alteraciones funcionales de tipo bioquímico, fisiológico o emocional, que pueden expresarse en enfermedades específicas tanto somáticas como mentales.

Partiendo desde los aportes de Frankl, el autor Pedro Sánchez (2008) postula que en el caso de las afecciones psicósomáticas habría un **componente psicógeno** en el estrés sobre el cual intervenir, especialmente desde el terreno de la prevención, evitando así que actúen los mecanismos descritos y la génesis de los síntomas y lesiones estructurales que pudieran evidenciarse incluso como alteraciones epigenéticas. Esto debiera llamarnos a proponer activamente la detección y tratamiento precoz de los *síntomas prodrómicos*, aquellos que anteceden a la instalación de la enfermedad psicósomática y que no necesariamente son específicos, por la facultad del desplazamiento del síntoma y por las denominadas *satisfacciones del síntoma* (Weizsäcker, 2009; Raíces, 1997).

Dado que vivimos *tiempos de fluidez* en los que se buscan soluciones inmediatas y se convive con la convicción de que todo tiende al cambio tanto como tiende a ser desechable y reemplazado, el estrés ha pasado a constituirse en un factor de riesgo

para las denominadas *crisis de pánico* (Francesetti, 2005) y para las adicciones (Soto, 2013; Adès Et Lejoyeux, 2001), emergiendo entre ellas el abuso de benzodiazepinas como una importante problemática, la misma que ha sido abordada en un artículo anterior (Jara et al, 2021).

La terapéutica

Los métodos para intervenir sobre el estrés son diversos y de difícil clasificación, pero generalmente involucran un cambio sustancial en el estilo de vida. No obstante, un factor fundamental está constituido por las *Redes de Apoyo Social*, que incluyen a nivel comunitario las redes sociales y las relaciones de amistad; ellas propician la provisión de apoyo emocional, material e informacional (Álvaro, 1999).

Las expectativas de obtener ayuda generarían un estado de ánimo positivo, mejorando la autoestima y la valoración personal, proporcionan identidad social y dan significado a la vida. Además influyen en la susceptibilidad a la enfermedad física y propician cambios que promueven la salud p.ej. aumentando la actividad física, disminuyendo el consumo de tabaco y alcohol (Sluzki, 1998 ; Cueli, 1989) por el contrario la presencia de depresión se asocia al abandono de tratamientos, descuido personal y alteraciones en la inmunidad.(Sluzki, 1998).

El trabajo psiquiátrico

Lipowski (citado por Erazo, 2017) ha planteado que las tareas del psiquiatra pueden llevarse adelante desde tres perspectivas básicas:

- *Centrada en el Paciente*, en que a través de un trabajo conjunto de inter especialidades se procura la salud del enfermo.
- *Centrada en el Médico*, cuando se apoya con diagnóstico y tratamiento especializado la labor de las diferentes especialidades.
- *Centrada en la Institución*, cuando se pretende crear un trabajo colaborativo de conjunto, fluido, fijando normativas referentes a criterios de derivación y a expectativas realistas respecto a las ventajas y limitaciones del quehacer Psiquiátrico.

Para ilustrar los próximos puntos se muestran estadísticas de una unidad de Psiquiatría inserta en un hospital general —Tabla 1 (Jara, 1991)— y un diagrama con perfiles de morbilidad según niveles de atención —Figura 1—.

Desde el punto de vista del paciente la principal causa de consulta es el *alivio sintomático* y su principal manifestación clínica es por medio de los *cuadros de ansiedad* que tienden a hacerse presentes cuando los mecanismos de defensa corpo-

Tabla 1

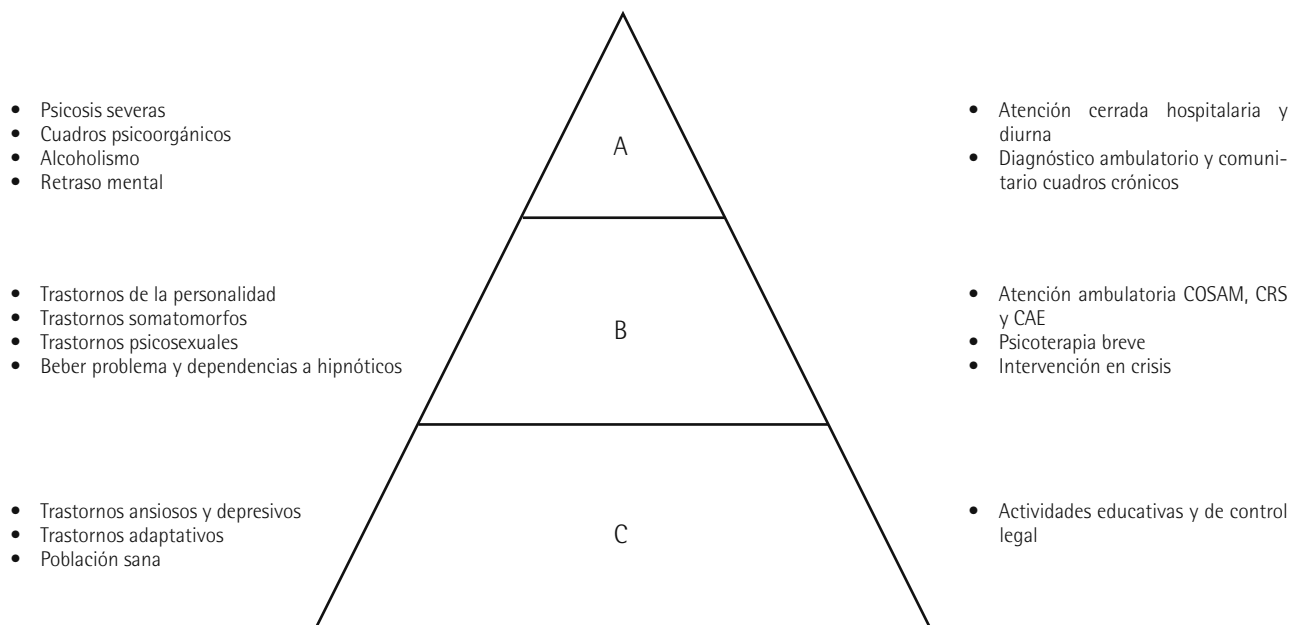
Prevalencia diferencial de diagnósticos psiquiátricos en pacientes tratados en distintos hospitales de Santiago y en la población general*

Diagnóstico	Valores Porcentuales				
	Hospital Psiquiátrico	Ser. Psiquiatría H. Salvador	Enlace H. San Juan de Dios	Serv. Urgencia H. Psiquiátrico	Población general
Esquizofrenia	54,4	1,7	7,5	19,6	1,2
Otras psicosis funcionales	12,5	7,8	2,4		0,3
Deficiencia mental	10,3	1,7	1,7	3,8	----
Epilepsia	6,5	4,1	2,6	7,1	2,0
Demencia y psicosis orgánica	5,8	7,7	6,3	6,9	0,9
Alcoholismo y psicosis orgánica	5,0	2,5	4,3	12,3	20,5
Neurosis, trastornos de personalidad y sexuales	4,3	57,2	64,3	40,0	20,5
Otras	1,2	0,7	4,3	----	----
Sin patología	----	16,6	6,6	----	69,5
Totales	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

* Tomado de Florenzano R, Church F.

Figura 1

Prevalencia diferencial de diagnósticos psiquiátricos en pacientes tratados en distintos hospitales de Santiago y en la población general*



rales y mentales se ven sobrepasados por diversos estresores. Los motivos más frecuentes de consulta guardan relación con situaciones de pérdida o duelo o por el contrario de rivalidad, litigio y competencia en que se solicita frecuentemente la participación del médico y el equipo de salud como mediadores. En las parejas se asocian los problemas afectivos asociados a la ingestión de alcohol del cónyuge; frecuentes son los cuadros de *burn-out*, la queja de usuarios víctimas de abusos y la de usuarios portadores de patologías físicas que inciden en su salud mental.

Es de destacar que al momento de su ingreso algunos usuarios no tienen una percepción cabal de su situación conflictiva y ésta debe configurarse a partir de su relato. Es así que el usuario debe ser considerado en su modalidad comunicacional, como una persona que induce conductas con su entorno que a su vez condicionan las suyas, lo que produce un espiral de interacciones hasta llegar al punto en que puede lograrse una resolución satisfactoria de su condición o bien, generar una crisis, situación que no siempre es tan evidente para los pacientes, constituyéndose no sólo en receptor sino también actor de su conflictiva. (Roizblatt & Riquelme, 1989).

Las crisis

La sintomatología ansiosa habitualmente es situacional, parte constituyente de *reacciones de adaptación*, que requiere por lo general de contención del equipo terapéutico, que incluye desde la secretaria que establece la primera línea de contención y termina a veces con el jefe de la unidad pasando por el médico. Todos cumplen un rol en las llamadas *atenciones de primera instancia o primeros auxilios Psicológicos*; si la intervención no es suficiente para contenerla se requerirá de *intervenciones de segunda instancia* de tipo multimodal y con participación técnico profesional (Slakieu, 1996).

En las intervenciones de primera instancia se pretende la contención emocional, evitar el riesgo parasuicidal y la clarificación de los problemas, así como dar algunas pautas de orientación. Dado que la población consultante reúne características de *población cautiva* del centro de salud, es probable que consulte nuevamente ante otro evento, después de todo «la vida está llena de vicisitudes». Hay modelos de abordaje como las *psi-*

coterapias breves a largo plazo que al parecer se acomodarían de algún modo a este tipo de población (Nardone et al, 2019; Menchaca & Pérez, 2018; Barlow et al, 2011).

Referente a las *crisis normativas*, también llamadas crisis evolutivas o transitorias, que consisten en situaciones universales, esperadas, que se producen dentro de la familia (intrasistémicas), hay mecanismos socialmente validados para contenerlas, los así llamados Rituales Sociales: bautizo, matrimonio, funerales; corresponde a la Red Social en parte contener la respuesta emocional del usuario.

En las crisis no normativas hay que evaluar si es suficiente una contención sólo de primera instancia: está supeditado al número, las atribuciones personales de la crisis por el usuario y el tiempo de duración de la misma. Ahora, si un usuario presenta múltiples focos de conflicto, lo más probable es que presente un *trastorno de la personalidad* y que requiera terapia específica.

Hacerse cargo

Algunos usuarios delegan en el equipo de salud la toma de decisiones que son de su esfera personal. Esto prolonga en el tiempo su condición de enfermo y dependencia de los servicios de salud, muchas veces como un modo de evitar responsabilidades en la toma de decisiones, buscar atención o escapar de situaciones desagradables o intolerables (Lippincott, 1969). Acogidos inconscientemente al concepto acuñado por Talcott Parson como la *respetabilidad cultural de la enfermedad* (según cita Lolas, 1988), algunos pacientes con carencias afectivas ya incluso desde su infancia encuentran en el equipo de salud el apoyo que necesitan.

La tendencia en la aproximación terapéutica actual es que el paciente busque una solución por sí mismo a sus problemas, actuando el equipo terapéutico solo como catalizador de dicho cambio (Bucay, 2021; de Shazer, 2004) lo que nos debería empujar a recordar los preceptos planteados por Carl Rogers hace ya varias décadas atrás: que nuestro usuario se empodere así de su vida y asuma la responsabilidad de sus propias decisiones, en tanto se busca propiciar que a nivel comunitario y familiar se establezcan los recursos para la contención y apoyo del cual han sido privados muchos de los usuarios.

Agradecimientos

TENS Leyla Tissavak y Sra. Lucía Urra por su colaboración.

Referencias

- Adés J., Lejoyeux M. (2003). Las nuevas adicciones, Internet, sexo, juego, deportes, compras, tra-bajo, dinero. Editorial Kairos.
- Álvaro J, Torregrosa J, Garrido A (1992) Influencias sociales y psicológicas en la salud mental. Siglo Veintiuno de España, S. A
- Anguita J: Stress y calidad de vida en las organizaciones. Stress, salud y trabajo en la sociedad con-temporánea; Ibid.68-81.
- Barlow D. & Cols, (2011). Protocolo unificado para el tratamiento transdiag-nóstico de los trastornos emocionales. Manual de terapeuta y manual del paciente. Alianza Editorial
- Bucay J. (2021). La vida no admite representantes. Editorial Océano
- Cagnie, B., Coppieters, I. Denecker, S., Six, J. Dannels, L., & Meeus, M. (2014). Central sensi-tización in fibromialgia? A systemic review on structural funcional brain MRI. Seminars in Arthritis a d Reumatismo, 44(1),68-75.
- Castés M. (2018) Inmunoalfabetizate y toma control de tu salud. Psiconeuroinmunología o como apropiarte del sistema inmunologico. Editorial Edaf. Madrid. España.
- Cuelli J. (1989). Psicoterapia Social. Editorial Trillas
- Cyrulnik, B., Sánchez, A. G., & Gutiérrez, L. (2016). Criterios de resiliencia: entrevista a Boris Cyrulnik, Barcelona, Editorial Gedisa
- Shazer, S. de (2004). Claves en psicoterapia breve. Una teoría de la solución. Editorial Gedisa.
- Engelhardt, D. von (Ed.). (2004). Bioética y humanidades médicas. Ed. Biblos.
- Egger G., Binns A, Stephan R. & Sagner M. (2017). Medicina del estilo de vida. Editorial ELSE-VIER.
- Erazo R. (2017). Psiquiatría de Enlace e Interconsulta y Medicina Psicosomática: Un sutil equilibrio. Revista Médica Clínica Las Condes. Vol 28 Issue 6, November- December 2017, Pages 826-829.
- Fernández O. (1999). Crisis Vital. Un modelo de transformación en psicoanálisis y psicología so-cial. Editorial Nueva Visión.
- Florenzano R. Aspectos médicos y psicosociales del Stress. Stress, salud y trabajo en la sociedad contemporánea. Santiago. Ed. Universidad Católica de Chile 1983: 31-47
- Florenzano R. La integración de los servicios de Salud Mental en el nivel primario de atención una experiencia de diez años en el Servicio de Salud Metropolitano Oriente (1977-1986). Revista de Psiquiatría. 1987.4:191-198.
- Florenzano R. Salud Mental del Adulto II. Atención Psiquiátrica y Programas de Salud Mental del Adulto y Alcoholismo en el Área Hospitalaria Oriente de la Región Metropolitana. Rev Médica de Chile. 1985.108:743-8.
- Francesetti (ed.) (2005). Ataques de pánico y posmodernidad. La psicoterapia Gestalt entre clínica y sociedad. Sociedad de Cultura Valle Inclán.
- Frankl, V (2008). Teoría y terapia de las neurosis: iniciación a la logoterapia y al análisis existencial. Barcelona Editorial Herder.
- Greenberg, M (2018) Mindfulness y neuroplasticidad: para un cerebro a prueba de estrés. Editorial Sirio.
- Gutiérrez M., Ezcurra J. Pichot P. (1997). Cronicidad en Psiquiatría. Monografías de Neurociencias. Ediciones en Neurociencias.
- Han, L, Saratxaga Arregi, A., & Ciria, A. (2018). La sociedad del cansancio, Barcelona. Ed. Ger-der.
- Jara C., Camacho I., Espinosa C, Valencia C., Varela P., Síndromes depresivos por agotamiento. Bol. Hosp. "S. J. de Dios", 1990; 37(3): 184 -188.
- Jara C. (1991). Psiquiatría de Enlace en el Hospital San Juan de Dios. Atención Ambulatoria 1987-1990. Bol Hosp "S J de Dios" .1991:38 (1): 34-38.
- Jara C., Acuña L, Gengler J.I. (2021). Estrés e inmunidad, XVII, N 3/4 , 171-174. Rev Psiquiatría y Salud Mental .
- Lazarus R. (2000), Estrés y Emoción. Manejo e implicaciones en nuestra salud. Editorial Desclée De Brouwer.
- Lippincott R. (1969). Trastornos Psiquiátricos que simulan urgencias. Urgencias médicas. Clin Méd. Norteam. Editorial Interamericana 1969;281-4.
- Lolas F (1984). El concepto de estrés (tensión). La perspectiva psicósomática en medicina, ensayos de aproximación. 1 Ed. Santiago Ed. Universitaria., 1984 ;72-82.
- Lolas F. (1988). El punto de vista psicósomático. Apuntes Médicos. Laboratorio Chile N 27 (1988).
- Menchaca A. & Pérez O. Las dificultades que ofrecen los pacientes con difusión de identidad al tratamiento psiquiátrico. Rev de Psiquiatría y Salud Mental, 49-55, N 1/2, XXXV, 2018.
- Nardone G, Valvi E., Vallarino A., Bartoletti M., (2019). Psicoterapia Breve a Largo Plazo. Ed. Herder.
- Naveillan P (1976). Salud mental ocupacional. Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana 1976; 123-33.
- Raíces, G. (1997). Satisfacciones del síntoma. Paidós.
- Roizblatt A. & Riquelme F, (1989). Algunos conceptos sobre tipología y el diagnóstico de la terapia familiar. Rev de Psiquiatría 1989; 6: 305-10
- Sánchez, P., Sierra, R, Peiró, G, & Palmero F. (2008). Estrés, depresión, inflamación y dolor. Re- vista Electrónica de Motivación y Emoción, XI(28), Recuperado de <http://reme.uji.es/articulos/numero28/article1/article1.pdf>
- Slakie K. (1996). Intervención en crisis 2 Edición Ed. Manual Moderno.
- Sluzki (1998). La red social: frontera de la práctica sistémica. Editorial Gedisa.
- Soto A. 2013. Las nuevas adicciones ¿Que son? ¿Cómo afrontarlas?. Mestas Ediciones.
- Speck R. & Attneave C. (2000). Redes Familiares. Editorial Amorrrortu.
- Trucco M. (1984). Medición del estrés. Documentos de trabajo CEAP 1984;18: 1-10.
- Van der Hart, O, Nijenhuis, E. R. S., & Steele, K. (2011). El yo atormentado: la disociación estructural y el tratamiento de la traumatización crónica. Bilbao, Editorial Desclée de Brower
- Varela M. (2021). Antropología Médica. Ediciones de la Sociedad de Neurología, Psiquiatría y Neurocirugía. Serie Roja
- Von Weizsäcker V. Escritos de Antropología Médica (2009). Libros del Zorzal