

El papel del psicólogo de la salud en el tratamiento del estrés

Abilio Reig Ferrer

Profesor Titular. Departamento de Salud Comunitaria (División de Psicología de la Salud). Facultad de Medicina. Universidad de Alicante

1. MARCO DE TRABAJO: INTRODUCCION Y OBJETIVO

El objetivo de este trabajo consiste en presentar algunos puntos de interés acerca del estado actual del tratamiento psicológico del estrés.

Desde la modificación de la conducta, como modelo terapéutico, y en los últimos años se insiste en dos puntos de sumo interés para la justificación de este trabajo (LABRADOR, 1984; MAYOR & LABRADOR, 1984).

El primero de ellos se refiere a la insistencia de los terapeutas del comportamiento en modificar la conducta o conductas problemáticas a cambiar que presenta un individuo concreto en su **interacción** con su medio ambiente específico. El segundo punto se refiere al cambio de orientación en el proceso terapéutico, enseñándose «diferentes procedimientos de intervención para enfrentarse a las situaciones o conductas problema, procedimientos que el sujeto aprende y posteriormente utiliza, no ya en la clínica sino en la vida ordinaria. Este aprendizaje de habilidades para afrontar y manejar situaciones problema le permite, además de una autonomía para resolver sus problemas sin que sea necesaria la presencia del terapeuta, desarrollar una gran capacidad preventiva respecto a futuras reapariciones de esos trastornos (LABRADOR, 1984, pág. 201).

En este sentido, el terapeuta tiene la obligación de facilitar a la persona o grupo los recursos teóricos y prácticos para que aprenda o intensifique su equipamiento en estrategias de resolución de problemas, o **modelo de competencia**, de modo que el individuo sea agente activo de su propia salud, promueva la salud de su gru-

po y de su comunidad y esté capacitado para prevenir y solucionar problemas (PELECHANO, 1979; COSTA & LOPEZ, 1982).

2. ESCENIFICACION DEL CONSTRUCTO ESTRÉS EN EL MARCO DE LA PSICOLOGIA DE LA SALUD

La aparición en escena del estrés psicológico es constante a lo largo de toda nuestra vida. Como ha señalado Hans Selye: «nos exponemos al estrés en cada momento de nuestras vidas, y nuestra respuesta a él determina a menudo la calidad de nuestra salud y de nuestra vida» (SELYE, 1980, pág. 127). Según este mismo investigador, sólo con la muerte sería posible librarnos completamente del estrés. Por ello, no habría que evitar el estrés. El estrés es una fuente de energía adaptativa que se convierte en problema sólo cuando se vuelve excesivo, por lo que su manejo o control, en lugar de su evitación, se convierte en el objetivo apropiado a lograr.

En este sentido, existiría un estrés positivo, que nos produciría placer y satisfacciones e incluso podría ser un agente de salud (denominado por H. Selye con el término de «eustress»), y que habría que cuidar y potenciar. Incluso, en estados concretos, habría un efecto de protección contra la enfermedad en el estrés crónico (el denominado «efecto de inoculación»), frente a los efectos negativos de inmunodepresión que estaría producido por el estrés agudo (EYSÉNCK, 1985; PEREZ ALVAREZ, en prensa). En la otra cara de la moneda estaría un tipo de estrés desagradable y destructivo, asociado a pro-

blemas de salud y a problemas de funcionamiento interpersonal (denominado por H. Selye «distress»), y que deberíamos, en la medida de lo posible, prevenir y reducir.

El mecanismo responsable del decantamiento hacia un tipo u otro de estrés va a ser, básicamente, el tipo de estrategias de afrontamiento que utilizemos.

No es objetivo de esta ponencia presentar los distintos usos que acerca de la conceptualización y medición del constructo estrés se ha hecho y que se vienen realizando. Con dureza, algunos autores (LADER, 1972) se han inclinado por la eliminación del término por tratarse de un «cajón de sastre» al que se recurre cuando no se tiene una explicación empírica adecuada, y por lo tanto este concepto serviría no para comunicar conocimiento, sino más bien nuestra ignorancia. Sin embargo, y pese a que aun hoy día coexisten tres acercamientos básicos en la conceptualización y estudio del estrés (modelo óptico-homeostático del estrés como concepto **estimular**; modelo hormonal-fisiológico del estrés como **respuesta**, y modelo cognitivo-fenomenológico del estrés como constructo **transaccional**), nos inclinamos a su utilización por ser un marco de trabajo conveniente, por su economía explicativa, utilidad y aplicación.

2.1. Estrés psicológico: Marco conceptual de trabajo

Desgraciadamente el espaldarazo oficial en cuanto a la incorporación de la palabra «estrés» a la lengua castellana se ha realizado con desconocimiento, por parte de los respectivos

académicos, del estado actual de la cuestión. En el **Diccionario de la Lengua Española** (vigésima edición, tomo I, pág. 611, de 1984), aparece la palabra estrés asociada a un elevado rendimiento y a la enfermedad:

«Estrés (del inglés *stress*) *m. Med.* Situación de un individuo, o de alguno de sus aparatos, que por exigir de ellos un rendimiento muy superior al normal, los pone en riesgo próximo de enfermar.»

Esta definición, en la línea del modelo utilizado en medicina, nos parece incompleta y ambigua. Desde el punto de vista de la psicología, el estrés se ha definido mucho más acertadamente como:

«Un estado de activación autonómica y neurodinámica (corticosuprarrenal) de naturaleza displacentera, que implica un fracaso adaptativo (con cognición de indefensión e inhibición inmunológica y conductual).» (VALDES & FLORES, 1985, pág. 120).

En la línea de este trabajo nos inclinamos más hacia una conceptualización del estrés como un estado psicológico complejo, fruto de la transacción que se establece entre las demandas intra e interpersonales o ambientales y los recursos que el individuo posee para afrontar satisfactoriamente esas demandas. LAZARUS & FOLKMAN (1984) proponen al respecto:

«El estrés psicológico es aquella relación particular entre la persona y el ambiente que se valora por parte del individuo como que le somete a un esfuerzo excesivo o que va más allá de sus recursos, haciendo peligrar su bienestar» (pág. 19).

Aparece entonces una situación de estrés cuando existe un desequilibrio o desajuste importante o significativo para el individuo entre las demandas personales y/o ambientales, por una parte, y, por la otra, los recursos para afrontar aquellas exigencias satisfactoriamente. Este desequilibrio puede, en algunos casos, no ser percibido como tal por el individuo, es decir, el individuo puede no ser consciente de este desajuste.

Lo que determinaría, pues, la naturaleza del estrés como concepto relacional-cognitivo sería en un individuo concreto: (1) cómo evalúa los sucesos potencialmente estresantes (valoración cognitiva), y (2) cómo evalúa y presenta sus recursos de afrontamiento y de apoyo social. Por ello, el desempleo, por ejemplo, se convierte en un estresante (socio) cognitivo debido a, como ha señalado

BLANCH (1986), la valoración que se ha aprendido sobre la importancia del trabajo de cara al desarrollo personal y social del mismo.

Dentro de esta perspectiva, el estrés psicológico aparece como una variable mediacional entre inputs de estimulación personal y/o ambiental y resultados de tipo adaptativo asociados al bienestar, salud o funcionamiento personal. De ahí que nuestro punto de vista a la hora del tratamiento psicológico del estrés estriba en que el estrés (y su manejo) aparece no en los inputs de estimulación ambiental, sino en la valoración cognitiva de ellos y su agenda personal (creencias, obligaciones, objetivos, compromisos) y capacidades personales para manejar, mitigar, superar, alterar o modificar aquellas exigencias en interés del bienestar y satisfacción personal.

Sólo desde esta conceptualización del estrés como transacción se puede analizar: a) las fuentes de estrés (tensiones crónicas, acontecimientos de vida, estresores), b) los mediadores del estrés (apoyo social), y c) las manifestaciones del estrés (problemas de salud, crisis, problemas laborales, crisis de pareja, divorcio, etc...). Sólo así el terapeuta del comportamiento puede ayudar al individuo a:

(1) identificar aquellas situaciones que generan estresores, positivos y negativos; (2) identificar cómo se comporta el individuo ante aquellas situaciones, y (3) qué medidas se pueden tomar para controlar el estrés y posibilitar su manejo.

2.2. El estrés como objetivo de tratamiento

El psicólogo de la salud que trabaja con el estrés como objetivo terapéutico asumé, al menos, cinco supuestos:

- 1) Que el estrés es un agente etiológico en la aparición de problemas de salud, bien originando directamente diversas enfermedades, o bien predisponiendo o haciendo más vulnerable al individuo a la aparición de problemas de salud (las llamadas «enfermedades de adaptación»), y que, por lo tanto, la conducta de estrés incrementa la probabilidad o el riesgo de aparición de muchas enfermedades.
- 2) Que el estrés mantiene, cronifica o agrava algunos problemas de salud, generalizando a distintas situaciones y contextos las

consecuencias negativas de un área.

- 3) Que las oportunas modificaciones en la conducta de estrés puede reducir la probabilidad de aparición de diversas enfermedades o paliar en gran medida las secuelas de las crisis actuales de la persona.
- 4) Que la conducta de estrés se puede modificar o controlar con relativa facilidad.
- 5) Y que las intervenciones comportamentales para el manejo y control de la conducta de estrés son eficaces y de coste razonable.

El adecuado análisis funcional de la conducta de estrés (BALLESTROS & CARROBLES, 1981) deberá identificar aquellos aspectos relevantes para el problema a cambiar, aspectos que incidirán en: (a) síntomas somáticos (sudoración, dolores musculares y de cabeza, molestias gastrointestinales, vómito, diarrea, colon irritable, cansancio crónico, pérdida del apetito o insomnio); (b) aspectos conductuales (nivel de ejecución bajo, evitación de situaciones potencialmente estresantes, pasividad, tics, temblores); (c) fisiológicos (tasa cardíaca incrementada, presión arterial elevada, liberación de adrenalina y noradrenalina), y (d) cognitivos (trastornos del pensamiento, reducción del funcionamiento intelectual, indecisión, vacilación, patrones de pensamiento improductivos, rumiati- vos y generadores de ansiedad).

En este sentido, tanto el problema a cambiar como la elección de estrategias de afrontamiento variará en base a las necesidades específicas del problema de estrés de que se trate. Así, los problemas de estrés variarán desde la modificación de síndromes particulares, como fobias o depresión, problemas relacionados con el manejo de impulsos (alcoholismo, juego compulsivo, trastornos psico- sexuales), o problemas relacionados con estrategias de afrontamiento inadecuadas, inexistentes, o deficientes (como por ejemplo, subasertividad). Asimismo también, ante un problema de dolor, la estrategia de afrontamiento básica a enseñar será, por ejemplo, el control atencional; ante problemas en la pareja, habilidades de comunicación y de solución de problemas (COSTA & SERRAT, 1982); ante problemas de ira incontrolada, también el entrenamiento en comunicación, y ante casos de violación, estrategias de valoración selectiva, reestructuración cognitiva y solución

de problemas (TAYLOR, WOOD & LICHTMAN, 1983).

3. TRATAMIENTO PSICOLOGICO DEL ESTRES

Generalmente la historia del tratamiento psicológico del estrés se ha focalizado casi exclusivamente en el **control y reducción de la tensión**, por medio de algún tipo de técnica de relajación (meditación, relajación muscular, entrenamiento autógeno, o *bio-feedback*), o a través de condicionamiento físico (dieta, ejercicio físico). Posteriormente, algunos investigadores y terapeutas se centraron en los procesos cognitivos de apreciación o valoración (*appraisal*) como objetivo terapéutico del estrés, la enseñanza y práctica de estrategias de afrontamiento.

Por tratamiento y manejo del estrés LAZARUS & FOLKMAN (1984) entienden cualquier cosa que se haga profesionalmente con el objetivo de cambiar las estrategias de afrontamiento inadecuadas o insuficientes, potenciando otras habilidades de competencia, así como prevenir o mejorar el estrés incapacitante.

Nuestra posición en relación al tratamiento psicológico del estrés, es similar a la de otros investigadores y clínicos: el objetivo terapéutico no consiste en la **eliminación** del estrés sino en la **educación** del individuo (paciente, cliente, grupo o comunidad) acerca de la naturaleza e impacto del estrés y la enseñanza de una amplia variedad de estrategias cuyo aprendizaje posibilite utilizar constructivamente el estrés, en la línea que apunta M. Mahoney: «avanzar hacia mayores y mejores problemas, como una posibilidad de enriquecimiento evolutivo, esto es, pensar que los problemas son parte de la vida y que avanzar hacia problemas más interesantes puede ser una mejora» (MIRO e IBÁÑEZ, 1985).

Los programas de manejo del estrés se basan en la premisa de que mientras los acontecimientos estresantes en la vida de un individuo no pueden ser siempre eliminados, sí se puede modificar la percepción no adaptativa y nuestra reacción a ellos. Cuando se equipa a un individuo con las habilidades de afrontamiento necesarias para reconocer el estrés y utilizarlo de una manera provechosa (lo que algunos denominan crecimiento personal), la probabilidad de desarrollar trastornos asociados al estrés así como sentimientos subjetivos de tensión o malestar disminuye.



3.1. Un primer ejemplo: Juan de Avila como terapeuta de estrés.

Desgraciadamente los psicólogos españoles todavía no hemos analizado con seriedad las aportaciones de la mística española a la psicología. Existen, por ejemplo en los Abecedarios Espirituales de Fray Francisco de Osuna, múltiples observaciones que podrían integrarse dentro de una línea de intervención que hoy denominaríamos como terapia cognitivo-comportamental. Aquí, concretamente, me gustaría mencionar un ejemplo: Juan de Avila (1499?-1569).

En la obra de Juan de Avila existe un trabajo que podríamos calificar como uno de los primeros libros sobre terapia del estrés. Según un experto en este místico (Juan de Villarrás), una noble doncella, Doña Sancha Carrillo, solicitó al Padre Juan de Avila que le escribiera algunas advertencias, como reglas de buen vivir, para que leyéndolas, se consolase y aprovechara. San Juan de Avila escribe con este objetivo los «Avisos y re-

glas cristianas para los que desean vivir a Dios aprovechando en el camino espiritual. Compuestas por el Maestro Avila sobre aquel verso de David: Audi, filia, et vide, et inclina aurem tuam» (de AVILA, 1556, 1970).

En esta obra podemos leer cómo de Avila enseña a Doña Sancha Carrillo qué tipo de estrategias de afrontamiento debe utilizar para enfrentarse al «estrés espiritual». Los estresores, o fuentes potenciales de estrés, serían las asechanzas del mundo, del demonio y de la carne, mientras que las estrategias de afrontamiento a enseñar y practicar serían lo que se denomina en la obra como «remedios», toda una amplia gama de acciones que van desde la enseñanza de valoraciones cognitivas hasta la búsqueda de apoyo social (en este caso, un buen confesor). Lo interesante de esta obra consiste en la descripción tan fina que hace de Avila de las situaciones potencialmente estresantes, a la par que de los tipos de acción concretos a pensar y realizar

para prevenirlas, controlarlas o manejarlas con éxito (REIG, 1986).

3.2. Estado actual

Existe en el mercado un gran número de manuales, más o menos divulgativos, en los que se ofrece al lector información sobre cómo reconocer el estrés, qué implicaciones tiene para nuestro funcionamiento personal y social, y qué técnicas podemos utilizar para controlarlo o superarlo (por ejemplo, DAVIS, McKAY ESHELMAN, 1985; ELIOT & BREO, 1984; EVERLY, ROSENFELD y colab., 1981; HUBER, 1980; McKAY, DAVIS & FANING, 1985; McQUADE & AIKMAN, 1974; PARRINO, 1979; SHAFER, 1982; SHARPE & LEWIS, 1981; WITKIN-LANOIL, 1985). En gran parte de ellos se informa sobre la naturaleza del estrés, sus signos y síntomas, se presentan ejercicios de autoanálisis de estrés personal y se recomienda tanto técnicas concretas (relajación, dieta, sueño o ejercicio físico) como aplicaciones prácticas en contextos como la familia o el trabajo. En gran parte de ellos, también, las explicaciones sobre cómo y por qué el estrés es peligroso son demasiado simplistas e imprecisas, las auto-evaluaciones son poco fiables y válidas, y algunas veces aparecen esperanzas infundadas de logros terapéuticos derivados de su lectura. No obstante, y en bastantes casos, la utilización de estos libros como lecturas complementarias en los programas de estrés puede ser de utilidad. Un problema adicional consiste en que ninguno de los libros anteriormente citados está escrito en y para nuestra cultura. De ahí que la aparición de publicaciones con situaciones y estrategias desde nuestro nicho ecológico propio y en contextos determinados (como el libro de COSTA & SERRAT, 1982) deberían ser muy bien acogidos entre nosotros.

La posición que hemos asumido del estrés como constructo transaccional presupone que para su evaluación, prevención y/o tratamiento tengamos en consideración estos tres aspectos:

- La conducta del individuo.
- Las condiciones del ambiente.
- Las transacciones que se establecen entre el individuo y el ambiente.

En este sentido, las estrategias de afrontamiento pasan a ser el núcleo de trabajo fundamental en toda intervención psicológica.

3.2.1. Estrategias de afrontamiento: Concepto y relevancia

El modo particular con el que un individuo afronta el estrés suele ser un determinante mucho más importante para su salud que la frecuencia y carácter de las situaciones estresantes que confronta. Esta evidencia empírica se apoya en los puntos que posteriormente estableceremos.

Por **afrontamiento** entendemos aquellos procesos cognitivos y conductuales dinámicos que se realizan en situaciones estresantes o potencialmente amenazadoras, con el objetivo, en gran parte consciente, de prevenir la aparición de crisis, solucionarlas satisfactoriamente, aprovecharse creativamente de ellas, justificarse personalmente o adaptarse (superando, reduciendo o tolerando) al estrés resultante (REIG, 1985).

Desde esta perspectiva consideramos que:

- (a) El estrés aparece cuando fracasan los procesos de afrontamiento o no se emplean los adecuados, de ahí que el estrés psicológico sería el resultado de estrategias de afrontamiento inadecuadas, inexistentes o ineficaces.
- (b) Las estrategias de afrontamiento parecen actuar en la persona como un **sistema aprendido de psicoinmunología comportamental**. El afrontamiento actuaría como un mecanismo de vigilancia y de defensa que permitiría reconocer (a través de procesos de apreciación y valoración cognitiva) y eliminar elementos potencialmente patógenos o estresantes, y desde aquí también, que nuestra competencia psicoimmune dependerá del grado de eficacia de las estrategias de afrontamiento que utilizemos (REIG, 1985).
- (c) Las estrategias de afrontamiento conformarían de este modo la frecuencia, intensidad y carácter de las transacciones estresantes, lo que incide en la movilización de respuestas neuroendocrínicas y autonómicas de estrés, fortaleciendo su papel etiológico en un gran número de enfermedades (SELYE, 1976).
- (d) Algunos problemas de salud, caso por ejemplo de las conductas adictivas o de determinados trastornos psicofisiológicos, pueden haberse aprendi-

do o se mantienen debido a su «efectividad» como conductas de afrontamiento. Por lo tanto, es muy importante para el terapeuta averiguar y hacer ver al cliente o paciente si su sintomatología actual o problema de salud funciona como conducta de afrontamiento, y en su caso, evaluar las ganancias y coste de estos modos peculiares de afrontamiento, de modo que si se estimara conveniente se pudiera enseñar otros comportamientos alternativos, menos costosos y más efectivos.

- (e) Otras veces las estrategias de afrontamiento utilizadas contribuyen a la aparición de enfermedades al utilizarse como conductas paliativas del estrés, o ponen en peligro la vida e integridad física de otras personas, como puede ser el caso de la utilización del alcohol, la sobremedicación o el abuso de otros tipos de drogas (piénsese en los accidentes de tráfico, controladores aéreos, pilotos de compañías aéreas, etc.).
- (f) Finalmente, los comportamientos del individuo para afrontar la amenaza de una enfermedad aguda, las exigencias de adaptación de una enfermedad crónica, el impacto de una hospitalización o la situación de someterse a exámenes de diagnóstico y exploración médicos estresantes, pueden ser un predictor muy importante tanto del curso y pronóstico de la enfermedad como de la calidad del cuidado sanitario recibido.

3.2.2. Directrices previas de actuación terapéutica

Algunos investigadores y clínicos relacionados con el tratamiento del estrés se han preocupado de diseñar una serie de líneas de actuación básica, como filosofía de vida, con la finalidad de controlar el estrés. Así, Hans Selye expuso en uno de sus últimos trabajos, antes de su muerte, tres guías a conseguir:

1. Busca y encuentra, a través de un autoanálisis planificado, tu nivel de estrés deseado y tus propias predilecciones naturales.
2. Practica un egoísmo altruista.
3. Gánate el amor de tu prójimo (SELYE, 1980).

En esta misma línea, Robert Eliot opina que el estrés excesivo es habi-

tualmente una consecuencia del desajuste o desequilibrio entre las expectativas personales y el medio, pudiéndose recobrar el equilibrio cambiando cualquiera de los dos factores, o bien, a veces, aprendiendo a dejarse llevar, en vez de resistir. Las recomendaciones de Robert Eliot para luchar contra el estrés son las siguientes:

1. Aclare sus valores. Corra a su propio paso. Imagine que le quedan seis meses de vida y elabore tres listas de cosas: a) las que debe hacer; b) las que desea realizar, y c) las que no debe ni quiere llevar a cabo. Olvídese, para el resto de su vida, de lo que escriba en la lista (c).
2. Mejore su diálogo interno: ¿por qué desesperar cuando basta entristecerse?, ¿por qué enfurecerse si con irritación manifiesta nos prestarán atención?
3. Aprenda a relajarse.
4. Haga ejercicio físico con regularidad.
5. Disfrute del descanso que necesita.
6. Fijese metas dietéticas.
7. Y evite la «confusión química» derivada de la utilización de medios artificiales para recuperar el control (alcohol, nicotina, cafeína y otras drogas) (ELIOT & BREO, 1984).

Como se puede entrever, las aplicaciones prácticas de estas guías terapéuticas dejan mucho que desear. Más importantes y concretas para el terapeuta del comportamiento son las directrices clínicas que, recientemente ha condensado D. Meichenbaum para la realización de programas de prevención y reducción del estrés. Estos son los puntos fundamentales (MEICHENBAUM, 1985).

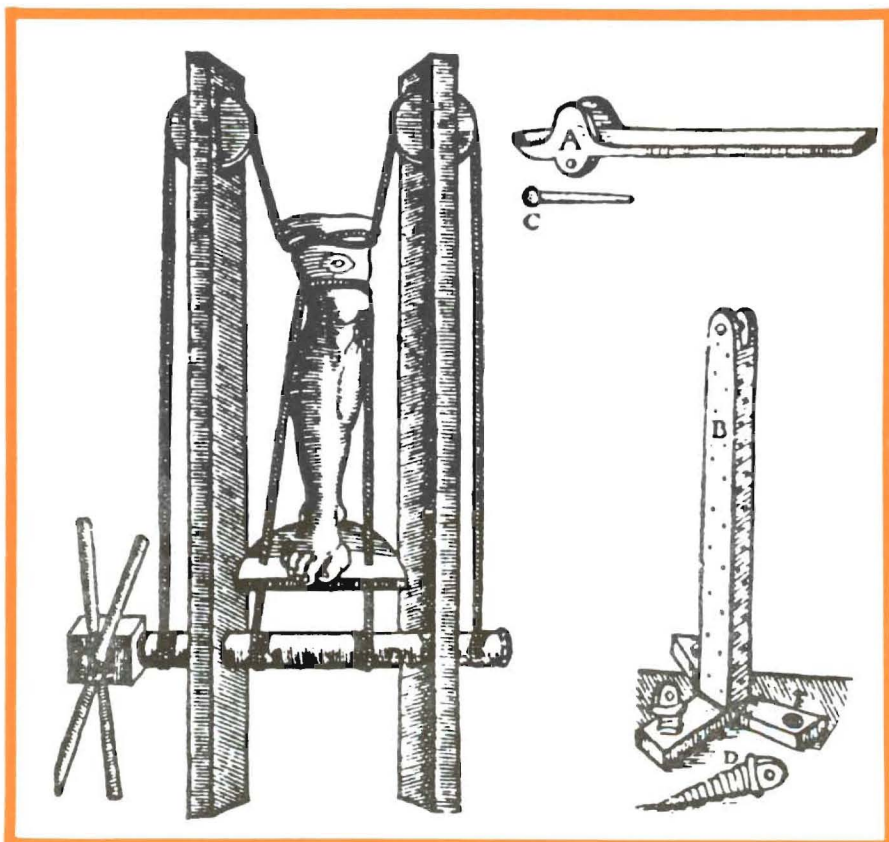
- (1) Es necesario llevar a cabo, en primer lugar, un cuidadoso análisis de lo que se tiene que entrenar.
- (2) El entrenamiento debe ser sensible a las diferencias individuales y culturales.
- (3) Cualquier programa de entrenamiento en manejo del estrés debe ser flexible y variado.
- (4) El programa, de acuerdo con el modelo transaccional del estrés, debe incorporar múltiples niveles y aspectos.
- (5) Promocionar el reconocimiento del papel fundamental que juegan las cogniciones y emociones en la determinación de lo que es estresante y en la naturaleza de las conductas de afrontamiento.
- (6) Promocionar la incorporación de estrategias de afronta-

miento flexibles en el repertorio de la persona, de manera que el individuo aprenda a ajustar su estilo de afrontamiento a las exigencias situacionales y al cambio de objetivos y contextos.

- (7) Importancia de una exposición graduada a las situaciones estresantes de modo que posibilite la potenciación de habilidades nuevas, aumente en el individuo la sensación de auto-eficacia, esperanza, control personal, y se inmunice psicológicamente al individuo o grupo.
- (8) El participante debe recibir información sobre la lógica del entrenamiento, debiendo colaborar en el desarrollo, ejecución y evaluación de las estrategias de afrontamiento. Asimismo, se debe planificar activamente la aplicación de las estrategias de afrontamiento a una amplia variedad de situaciones y contextos (generalización).
- (9) El entrenamiento debe incorporar la anticipación de posibles contratiempos, así como acontecimientos de vida futuros de naturaleza estresante. El entrenamiento, pues, debe orientarse hacia el futuro.
- (10) El participante debe trabajar como colaborador tanto en el análisis del problema como en su desarrollo, puesta en práctica y evaluación, de manera que se reduzca la resistencia del participante y su incumplimiento terapéutico.
- (11) El entrenamiento en manejo del estrés debe asegurar que el participante (individuo o grupo) recibe y presta atención a la retro-información (*feedback*) derivada de las consecuencias de sus esfuerzos.
- (12) Finalmente, el programa de manejo de estrés debe realizarse y adaptarse a las características específicas de la persona o grupo en cuestión, por lo que la duración del programa dependerá de los logros que se alcancen, y no en un número de sesiones predeterminado o fijado arbitrariamente.

3.3. Inoculación de estrategias de afrontamiento

Hemos aludido ya a que al princi-



pio el tratamiento psicológico del estrés se reducía a la enseñanza y práctica normalmente de una estrategia de afrontamiento (generalmente algún tipo de estrategia de relajación o de autocontrol) para reducir la tensión o activación fisiológica del estrés (por ejemplo, con personas Tipo A, el trabajo de ROSKIES et al., 1978). Actualmente no es infrecuente que algunos autores utilicen bajo la denominación de manejo de estrés tan sólo una técnica (el caso del «entrenamiento autógeno» para pilotos aéreos en el trabajo de HAWKINS, 1984) o que aparezcan contradicciones manifiestas en la presentación de los procedimientos de manejo de estrés (OLSON & ROBERTS, 1981).

El posicionamiento de este trabajo se inserta en un modelo de intervención psicológica abierto, ecléctico y flexible en la línea de LAZARUS (1980) y de la terapia cognitivo-comportamental. La relevancia aquí de las variables emocionales y cognitivas, sin la caída en reduccionismos (PELECHANO, 1984), está fuera de duda. Las intervenciones cognitivo-comportamentales parecen mucho mejor diseñadas para manejar las emociones negativas de tipo depresivo, y frente a procedimientos aislados de relajación o de *biofeedback*, posibilitan el dominio óptimo en las transacciones individuo-ambiente.

La terapia cognitivo-comportamental, en definitiva, apresa más adecuadamente **qué** piensa, siente y hace el paciente, **cómo** piensa, siente y hace, y **por qué** de ese modo y no de otro.

El marco preventivo y terapéutico más óptimo para el abordaje del estrés proviene actualmente del grupo de Donald Meichenbaum. Los procedimientos de manejo del estrés en su tratamiento multifacético «inoculación de estrés» se han aplicado con éxito en multitud de problemas y situaciones: **problemas con la ansiedad** (hablar en público, ansiedad interpersonal); **grupos profesionales** (personal de enfermería, estudiantes universitarios, maestros, oficiales de policía, soldados, atletas, buzos,...); **grupos de víctimas** (violación, víctimas de ataques terroristas); **estudios de estrés y dolor en el laboratorio** (test de isquemia muscular, test de presión fría); **problemas de salud** (dolor, cáncer, artritis reumatoide, quemados, hipertensión esencial, dismenorrea,...); **prevención o preparación para procedimientos médicos** (caracterización cardíaca, operaciones a corazón abierto, cirugía, revisiones dentales en niños, etc.); **problemas**

con la ira (adultos y adolescentes con problemas de control de ira, abusos paternos); **problemas de miedos** (fobias a animales, miedo a volar,...), y **reacciones de estrés en general** (individuos Tipo A, ciudadanos de la comunidad que experimentan estrés, mujeres que prestan servicios públicos...).

El entrenamiento en inoculación de estrés consta, estructuralmente, de tres fases (MEICHENBAUM, 1977; MEICHENBAUM & JAREMKO, 1983; TURK, MEICHENBAUM & GENEST, 1983; MEICHENBAUM, 1985); (1) Fase de conceptualización o de preparación; (2) Fase de entrenamiento, adquisición de estrategias de afrontamiento y ensayo de las mismas, y (3) Fase de aplicación y práctica de las habilidades adquiridas en situaciones estresantes.

A continuación vamos a resaltar algunos puntos de cada una de estas fases que nos parecen de interés.

(I) FASE DE CONCEPTUALIZACIÓN DE PREPARACIÓN

Los objetivos fundamentales a lograr en esta primera etapa consisten en explicar la lógica para el control cognitivo del estrés y su conceptualización como fuerza controlable.

El primer objetivo terapéutico va a consistir en lograr el conocimiento preciso de las reacciones individuales al estrés como fórmula idónea para su control y modificación. En nuestros trabajos sobre estrés hemos podido obtener y analizar empíricamente una serie de comportamientos ineficaces que actúan muchas veces como estrategias de afrontamiento ante el estrés (BRENGELMANN, REIG & MULLER, 1984; REIG, GUERRA & BRENGELMANN, 1983; REIG, BRENGELMANN, GUERRA & PELECHANO, 1985). Estos comportamientos, que deberían ser también objetivos de cambio terapéutico, inciden en dos áreas:

(a) Área personal:

- Conductas excesivas de impaciencia e ira.
- Sobrecarga de trabajo y reacciones de sobre esfuerzo.
- Tensión muscular y psíquica.

(b) Área social:

- Sentimiento de dependencia de otras personas.
- Miedo a la crítica de los demás.

- Excesiva transigencia ante las peticiones de los demás en detrimento de los intereses y asertividad propios.
- Sentimiento de la carencia de rol social; sensación de no poseer identificación.

La identificación de otros estresores y conductas de estrés se realiza usualmente mediante el análisis de conducta, y especificando lo más exactamente posible los acontecimientos que preceden y los factores ambientales y/o personales que controlan la conducta de estrés (véase KESSLER & GALLEN, 1985).

Esta tarea, a realizar entre el terapeuta y el paciente, suele ser básicamente **educativa** en el sentido de que se enseña:

- la naturaleza transaccional del estrés y del afrontamiento.
- cómo registrar los pensamientos, sentimientos y conductas problemáticas, al objeto de facilitar unas valoraciones cognitivas de tipo adaptativo, y
- qué tipo de estrategias de afrontamiento ineficaces se utiliza o se necesita enseñar.

Las tareas concretas a conseguir en esta fase las ha resumido Meichenbaum (MEICHENBAUM, 1985):

1. Establecer una relación de colaboración con el paciente y, en su caso, con otras personas de interés (la pareja, por ejemplo).
2. Discutir la sintomatología y problemas asociados al estrés en base al análisis funcional de conducta.
3. Recogida de información: entrevistas, cuestionarios, autorregistro,...
4. Valoración de las expectativas del paciente en relación a la efectividad del programa de entrenamiento y formular el plan de tratamiento con la planificación de objetivos a corto, medio y largo plazo.
5. Educar al paciente en la naturaleza transaccional del estrés y del afrontamiento, considerando el importante papel que juegan las emociones y cogniciones en la suscitación y mantenimiento del estrés.
6. Ofrecer un modelo conceptual o una reconceptualización de las reacciones de estrés que presenta el paciente.

7. Anticipar y subsumir la posible resistencia del paciente y las razones para una supuesta inadherencia al tratamiento.

Estas tareas deberán aplicarse, como lógicamente cabe esperar, en base al problema concreto de estrés de que se trate. En el caso, por ejemplo, de dolores crónicos de cabeza se educará al paciente sobre la fisiopatología y precipitantes (no sólo psicológicos) del dolor de cabeza; se explicará el proceso de tratamiento específico; se combatirá la desmoralización y depresión que suele acompañar a los dolores de cabeza, y se convencerá al paciente de que juega un papel activo en el control de sus síntomas. Al mismo tiempo, se le enseña a registrar su sintomatología y a identificar los acontecimientos (también los encubiertos) que preceden, acompañan y siguen a las reacciones de estrés.

(II) FASE DE ADQUISICIÓN Y EJERCICIO DE ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO

Una vez hemos conseguido los objetivos educativos, evaluativos y de cooperación del paciente sobre la naturaleza, mantenimiento y efectos del problema, el segundo paso consiste en la adquisición y ensayo de estrategias de afrontamiento. Para ello averiguamos en primer lugar: (a) cómo nuestro paciente ha afrontado anteriormente, y (b) cómo afronta en la actualidad.

El objetivo, pues, de esta segunda fase consiste en ayudar al paciente a desarrollar y consolidar una amplia variedad de estrategias intra e interpersonales.

Todavía no conocemos concretamente que tipo de estrategias de afrontamiento son más beneficiosas, en qué contexto, para quién y bajo qué condiciones (FELTON, REVENSON & HINRICHSSEN, 1984; JANIS, 1985; VINEY & WESTBROOK, 1984; HERSCHBACH, ROSBUND & BRENDELGMANN, 1985; KALOUPEK, WHITE & WONG, 1984; MANNE & SANDLER, 1984; SINZATO et al., 1985; VIDEKA-SHERMAN, 1982).

En primer lugar, las estrategias de afrontamiento a enseñar y practicar dependerán tanto del paciente o grupo como de los objetivos del entrenamiento. Así, en contextos laborales el afrontamiento eficaz dependerá de que los individuos tengan habilidades relevantes para los tipos de transacciones estresantes que tienen que hacer frente en las actividades de



trabajo diarias, así como también de los recursos de apoyo social que obtengan en sus ambientes intra y extraorganizacionales. BURKE & WEIR (1980), por ejemplo, han expuesto una serie de habilidades que necesitan tener los managers en áreas como:

- Acopio y utilización de la información.
- Organización y delegación de tareas.
- Planificación de contingencias.
- Establecimiento de prioridades.
- Identificación de estrategias alternativas.
- Utilización eficaz de los recursos disponibles.
- Sensibilidad a los indicadores

en el ambiente de amenazas inminentes.

- Percepción de indicadores subjetivos de un estado de estrés.
- Concienciación de las vulnerabilidades personales específicas en el contexto laboral.
- Técnicas individuales de manejo del estrés.

En el contexto organizacional del hospital, nosotros hemos encontrado diversos estresores específicos para los profesionales de enfermería, que inciden tanto en la comunicación interpersonal como en la estructura organizacional misma, por lo que las estrategias y técnicas de manejo de estrés serán muy distintas (REIG, CARTAGENA, RIBERA, GARCIA, CARUANA & MACIA, 1986).

Actualmente se insiste en que no es tan importante el tipo de estrategia que la persona utiliza, sino el **repertorio** de estrategias de afrontamiento que el individuo controla y domina, su flexibilidad en su utilización, su orientación a la realidad, su facilitación en la expresión de emociones, y su oportunismo de ejecución en situación, momentos y contextos específicos.

Recientemente SULLS & FLETCHER (1985) han realizado un estudio de meta-análisis, agrupando diversos trabajos de afrontamiento que reunían unas características comunes en dos bloques de estrategias: afrontamiento **atencional** (estrategias, por ejemplo, de focalización en el problema, búsqueda de información, vigilancia, etc.) frente a estrategias de **evitación** (negación del problema, distracción cognitiva, supresión, represión, etc.). La finalidad de este trabajo de meta-análisis consistió en averiguar qué tipo de estrategia (atencional versus evitación) es más efectiva o adecuada. Estos investigadores concluyen (al igual que otros, COHEN, 1984) que cada uno de estos dos grandes tipos de estrategias funciona mejor (criterios de eficacia y de adaptación) bajo determinadas condiciones. Así, en el área de la psicología de la salud, la utilización de estrategias de negación o evitación durante un breve espacio de tiempo para afrontar el estrés posibilitaría la reducción de los correlatos emocionales negativos por una parte y, por la otra, la gestación de mecanismos madurados de solución del problema (el denominado «trabajo de preocupación»), mientras que la utilización del afrontamiento atencional, a medio y largo plazo, incrementaría la partici-

pación individual en la solución del problema, por ejemplo, cumpliendo las prescripciones terapéuticas.

Por el contrario, la utilización de estrategias de afrontamiento atencional a corto plazo podría incrementar extraordinariamente los concomitantes emocionales del problema, convirtiéndolos en otro problema adicional a resolver, mientras que la negación a largo plazo, lejos de solucionar la crisis, la agravaría, ya que, por ejemplo, no se seguirían las prescripciones terapéuticas del profesional de la salud.

Pero no sólo la variable tiempo es importante. El contexto o área a la que se aplica el criterio de eficacia y coste es, asimismo, un factor clave para la enseñanza de las habilidades. Así, los pacientes de infarto de miocardio que afrontan, básicamente, su diagnóstico con estrategias de evitación se incorporarán más tempranamente a su trabajo anterior (criterio de eficacia laboral y social) y seguramente nos informarán de una menor sintomatología de estrés (ansiedad, ira, depresión), pero también incumplirán los regímenes y recomendaciones terapéuticas, con lo que agravarán su estado de salud (criterio médico o de salud física).

Recientemente SULLS & FLETCHER (1985) han realizado un estudio de metaanálisis agrupando diversos trabajos de afrontamiento que reunían unas características comunes en dos bloques de estrategias: afrontamiento **atencional** (estrategias, por ejemplo, de focalización en el problema, distracción cognitiva, supresión, represión, etc.). La finalidad de este trabajo de metaanálisis consistió en averiguar qué tipo de estrategia (atencional versus evitación) es más efectiva o adecuada. Estos investigadores concluyen (al igual que otros, COHEN, 1984) que cada uno de estos dos grandes tipos de estrategias funciona mejor (criterios de eficacia y de adaptación) bajo determinadas condiciones. Así, en el área de la psicología de la salud, la utilización de estrategias de negación o evitación durante un breve espacio de tiempo para afrontar el estrés posibilitaría la reducción de correlatos emocionales negativos por una parte y, por la otra, la gestación de mecanismos madurados de solución del problema (el denominado «trabajo de preocupación»), mientras que la utilización del afrontamiento atencional, a medio y largo plazo, incrementaría la participación individual en la solución del problema, por ejemplo, cum-

pliendo las prescripciones terapéuticas.

Por el contrario, la utilización de estrategias de afrontamiento atencional a corto plazo podría incrementar extraordinariamente los concomitantes emocionales del problema, convirtiéndolos en otro problema adicional a resolver, mientras que la negación a largo plazo, lejos de solucionar la crisis, la agravaría, ya que, por ejemplo, no se seguirían las prescripciones terapéuticas del profesional de la salud.

Pero no sólo la variable tiempo es importante. El contexto o área a la que se aplica el criterio de eficacia y coste es asimismo un factor clave para la enseñanza de las habilidades. Así, los pacientes de infarto de miocardio que afrontan, básicamente, su diagnóstico con estrategias de evitación se incorporarán más tempranamente a su trabajo anterior (criterio de eficacia laboral y social) y seguramente nos informarán de una menor sintomatología de estrés (ansiedad, ira, depresión), pero también incumplirán los regímenes y recomendaciones terapéuticas, con lo que agravarán su estado de salud (criterio médico o de salud física).

Algo similar sucede con los programas de manejo del estrés con personas de Tipo A. Hoy por hoy, el Tipo A es todavía una «tarjeta» de cambio ambigua, desde el punto de vista terapéutico. Nuestra principal responsabilidad es decidir qué cambiar exactamente de este patrón conductual. Como señala ROSKIES (1983), no toda la conducta de Tipo A es necesariamente conducta de predisposición coronaria, y no toda la conducta de riesgo coronario está representada por el patrón de Tipo A. A ello hay que añadir que la motivación por parte de los individuos de Tipo A de cambiar su estilo de vida es muy baja, debido, fundamentalmente, a los refuerzos personales y sociales que reciben. Incluso por razones científicas y éticas, tampoco estamos preparados ni para presionar a las empresas a que reduzcan aquellos trabajos que son productores de tensión o aquellos que requieren una excesiva responsabilidad y frecuente toma de soluciones críticas, ni tampoco a motivar a los individuos para que dejen o no accedan a puestos laborales de estrés, en aras de una pretendida disminución del riesgo coronario.

No se puede olvidar tampoco que las estrategias de afrontamiento no son tan rígidas en su utilización como aparecen en la bibliografía espe-

cializada. Una persona puede que afronte un mismo problema de estrés utilizando estrategias de focalización atencional para determinados aspectos del problema, y estrategias de negación frente a otros aspectos de la situación. Para no alargarnos más, hay que señalar que conocemos muy poco los tipos de estrategias que utiliza la gente que supera adaptativa y creativamente el estrés, ya que las investigaciones suelen realizarse con pacientes o gente que se adapta negativamente al estrés.

(III) FASE DE APLICACION Y PRACTICA DE LAS HABILIDADES ADQUIRIDAS EN SITUACIONES ESTRESANTES

El objetivo de la tercera fase consiste en poder realizar las respuestas de afrontamiento en situaciones cotidianas y maximizar las posibilidades de generalizar el cambio comportamental.

Las técnicas terapéuticas a utilizar para la consolidación y práctica de las estrategias de afrontamiento serán diversas y flexibles, en función del problema de estrés de que se trate. En el manual de modificación de conducta de MAYOR & LABRADOR (1984) se presenta toda una amplia gama de recursos terapéuticos a utilizar. Los más usuales inciden en la línea de la terapia cognitivo-comportamental (AVIA 1984) y en la reducción de la tensión y ansiedad (VILA, 1984). Cuando el problema de estrés se relaciona con conductas de impaciencia y de sobrecarga de trabajo, las técnicas adecuadas para la práctica de las estrategias de afrontamiento serán fundamentalmente el «manejo del tiempo» (establecimiento de prioridades, incremento del tiempo funcional y reducción de las percepciones de urgencia de tiempo; EVERLY, 1984) y la «planificación de trabajo» (en caso de subasertividad en la delegación de tareas, se enseña asertividad, o en caso de cogniciones desadaptativas recurriremos a reestructuración cognitiva).

En el entrenamiento en inoculación en relajación, las técnicas de resolución de problemas, el autodiálogo dirigido, modelado, juego de roles y reestructuración cognitiva. En cualquier buen libro de terapia de conducta se puede estudiar cada una de estas técnicas. Sin embargo, si nos parece de interés estructurar algunos de sus objetivos.

En el caso de autodiálogo dirigido,

éste se confecciona y se elabora en base al problema de estrés concreto y a través de los cuatro pasos clásicos:

- Preparación para el estresor.
- Confrontación y manejo del estresor.
- Afrontamiento con sentimientos de estar agobiado, abrumado.
- Evaluación de los esfuerzos de afrontamiento y autorrecompensas.

En la solución de problemas, los puntos básicos a desarrollar son los siguientes (MEICHENDABAUM, 1985):

- Definición del estresor o problema de estrés como problema a resolver.
- Delimitación de objetivos realistas y específicos en términos comportamentales, delinando los pasos necesarios para alcanzar cada objetivo.
- Generar un amplio rango de cursos de acción alternativos posibles.
- Imaginar y considerar cómo otras personas podrían afrontar un problema de estrés similar.
- Evaluar pros y contras de cada solución propuesta y ordenarlas desde la menos deseable y práctica a la más deseable y práctica.
- Ensayar estrategias y conductas mediante imaginación, ensayo conductual, juego de roles o práctica guiada.
- Ensayar y probar la solución más aceptable y factible.
- Esperar algunos fracasos, pero autorrecompensarse por haberlo intentado.
- Reconsiderar el problema original a la luz de los pasos realizados para su solución.

El entrenamiento en relajación, al contrario de las técnicas de reestructuración cognitiva o de autodiálogo, que se dirigen a variables emocionales y pensamientos, se focaliza en la tensión muscular y psíquica. D. Meichenbaum recomienda una serie de pasos a tener en cuenta:

- Explicar al paciente, en primer lugar, el ciclo tensión-estrés-relajación.
- Explorar la experiencia previa del paciente y sus expectativas en relación a la relajación.
- Ofrecer la relajación como una estrategia de afrontamiento activo que requiere práctica.
- Ofertar diversos procedimientos (en base al problema y prác-



tica del terapeuta): ejercicios de respiración, imágenes relajantes, relajación muscular progresiva, etc. Algunos programas de manejo de estrés suelen comenzar cada sesión tera-

péutica con un procedimiento de relajación para pasar a continuación a tratar un aspecto cognitivo del problema de estrés y a comentar tópicos en educación para la salud. Así, por ejemplo, el programa de tratamiento de estrés de Stanford combina diversos procedimientos de relajación como ejercicios de respiración, frases autógenas, escenas placenteras, etc. (Veáse KIRMIL-GRAY, EAGLESTON, THORESEN & ZARCONI, 1985).

- Discutir maneras específicas de utilización de algún tipo de relajación, como anticipación de situaciones estresantes.
- Revisión de los esfuerzos de afrontamiento, por parte del paciente, y de la utilización de autoatribuciones.

Podemos concluir diciendo que para un tratamiento psicológico eficaz del estrés es necesaria una conceptualización del estrés como constructo transaccional, así como una posición terapéutica flexible, abierta y dinámica, que enfatice, prioritariamente, la consolidación de un repertorio diverso de estrategias de afrontamiento. El entrenamiento en inoculación de estrés de D. Meichenbaum, cuya lógica interna consiste en proporcionar anticuerpos psicológicos (habilidades de afrontamiento) para resistir al estrés mediante la exposición de estímulos estresantes de menor a mayor grado de manejo y control, aparece, en la actualidad, como el marco de trabajo preventivo y terapéutico más idóneo para llevar a cabo nuestra intervención psicológica. Debido, finalmente, a los factores específicamente individuales, ambientales y culturales del afrontamiento **necesitamos gestar, planificar y evaluar programas de entrenamiento de estrés desde y para nuestro propio contexto socio-cultural.**

BIBLIOGRAFIA

- Psicología social.* Universidad Autónoma de Barcelona.
- BRENGELMANN, J. C., REIG, A., & MULLER, G. (1984): «Persönlichkeit, Stress, und Rauchverhalten.» *Suchtgefahren*, 30 (2), 65-75.
- CARRASCO, M. J., LLAVONA, L., & CARRASCO, I. (1984): «Disfunción sexual y otros trastornos de la pareja.» En J. Mayor & F. Labrador: *Manual de Modificación de Conducta.* Alhambra, 499-522.
- COHEN, F. (1984): «Coping.» En J. Matarazzo et al. (eds.): *Behavioral Health. A handbook of Health Enhancement and*
- AVIA, M. D. (1984): «Técnicas cognitivas y de autocontrol.» En J. Mayor & F. Labrador: *Manual de Modificación de Conducta.* Alhambra, 329-360
- BALLESTEROS, R. & CARROBLES, J.A. (1981): *Evaluación conductual. Metodología y Aplicaciones.* Pirámide.
- BLANCH, J. M. (1986): «Desempleo juvenil y salud psicosocial.» *Documentos de*

- Disease Prevention*. John Wiley and Sons, 261-274.
- COSTA, M. & LOPEZ, E. (1982): «La psicología comunitaria: un nuevo paradigma.» *Papeles del Colegio*, 2, 17-22.
- COSTA, M. & SERRAT, C. (1982): *Terapia de parejas*. Alianza Editorial.
- DAVIS, M., McKAY, & ESHELMAN, E. (1985): *Técnicas de autocontrol emocional*. Martínez Roca (orig., 1982).
- ELIOT, R. & BREO, D. (1984): *Is it worth dying for?* Bantam Books.
- EVERLY, G. (1984): «Time Management: a behavioral strategy for disease prevention and health enhancement.» En J. Matarazzo et al. (eds.): *Behavioral Health. A handbook of Health Enhancement and Disease Prevention*. John Wiley, 363-370.
- EVERLY, G. & ROSENFELD, R. y colab. (1981): *The Nature and Treatment of the Stress Response. A Practical Guide for Clinicians*. Plenum Press.
- EYSENCK, H. J. (1985): «Personality, Cancer and Cardiovascular Disease: a causal analysis.» *Person. Individ. Diff.*, 6 (5) 535-556.
- FELTON, B., REVENSON, T. & HINRICHSSEN, G. (1984): «Stress and coping in the explanation of psychological adjustment among chronically ill adults.» *Soc. Sci. Med.*, 18 (10), 889-898.
- HAWKINS, F. H. (1984): «Stress Management in Air Transport Operations: beyond alcohol and drugs.» En H. Wegman (ed.): *Breakdown in human adaptation to «stress». Towards a multidisciplinary approach*. Vol. 1. Part 2: *Human Performance and breakdown in adaptation*. Martinus Nijhoff Publ., 305-321.
- HERSBACH, P., ROSBUND, A. & BRENGELMANN, J.C. (1985): «Probleme von Krebspatientinnen und Formen ihrer Bewältigung.» *Onkologie*, 8(4), 219-231.
- HUBER, G. (1980): *Stress y Conflictos. Métodos de Superación*. Paraninfo.
- JANIS, I. L. (1985): «Coping Patterns among Patients with Life-threatening Diseases.» En Ch. Spielberger, I. Sarason & P. Defares (eds.): *Stress and Anxiety*. Vol. 9. Hemisphere Publ. Comp., 51-66.
- KALOUPEK, D., WHITE, H., & WONG, M. (1984): «Multiple Assessment of Coping Strategies used by volunteer Blood Donors: Implications for Preparatory Training.» *J. of Behavioral Medicine*, 7(1), 35-60.
- KELLY, J., BRADLYN, A., DUBBET, P. & LAWRENCE, J. (1982): «Stress management training in medical school.» *Journal of Medical Education*, 57, 91-99.
- KESSLER, A. & GALLEN, M. (1985): *Der erfolgreiche Umgang mit täglichen Belastungen. Ein Programm zur Stressbewältigung*. Gerhard Röttger Verlag.
- KIRMIL-GRAY, K., EAGLESTON, J., THORESEN, C. & ZARCONI, V. (1985). «Brief Consultation and Stress Management Treatments for Drug-Dependent Insomnia: Effects on sleep quality, self efficacy, and Daytime Stress.» *J. Of Behavioral Medicine*, 8 (1), 79-99.
- LABRADOR, F. (1984): «La modificación de conducta en los años ochenta.» *Rev. Esp. Terapia del Comportamiento*, 2(3), 197-240.
- LADER, M. (1972): «Psychophysiological research and psychosomatic medicine.» En R. Porter & J. Knight (eds.): *Physiology, Emotion, and Psychosomatic Illness*. Elsevier.
- LAZARUS, R. (1980): *Terapia conductista. Técnicas y Perspectivas*. Paidós, (orig. 1971).
- LAZARUS, R. & FOLKMAN, S. (1984): *Stress, appraisal, and coping*. Springer Publ.
- LOPEZ, C. & SILVA, F. (1982): «Evaluación conductual de problemas de la pareja.» *Análisis y Mod. de Conducta*, 8 (19), 283-358.
- MANNE, SH. & SADLER, I. (1984): «Coping and Adjustment to genital Herpes.» *J. of Behavioral Medicine*, 7 (4), 391-410.
- MAYOR, J. & LABRADOR, F. (1984): *Manual de Modificación de Conducta*. Alhambra.
- McKAY, M., DAVIS, M., & FANNING, P. (1985): *Técnicas cognitivas para el tratamiento del estrés*. Martínez Roca, (orig., 1981).
- McQUADE, W. & AIKMAN, A. (1974): *Stress. What it is. What it can do to your health. How to fight back*. E.P. Dutton & Co.
- MEICHENBAUM, D. (1977): *Cognitive-behavior modification: an integrative approach*. Plenum.
- MEICHENBAUM, D. (1985): *Stress inoculation training*. Pergamon Press.
- MEICHENBAUM, D. & JAREMKO, M. (1983): *Stress reduction and prevention*. Plenum.
- MIRÓ, M., e IBÁÑEZ, E. (1985): «Entrevista con Michael J. Mahoney.» *Boletín de Psicología*, 8, 83-98.
- NOVACO, R. (1975): *Anger control: the development and evaluation of an experimental treatment*. Lexington.
- OLSON, H. & ROBERTS, J. (1981): «Stress management.» En R. J. Corsini (ed.): *Handbook of innovative psychotherapies*. John Wiley, 815-826.
- PARRINO, J. (1979): *From Panic to Power. The positive use of stress*. John Wiley.
- PELECHANO, V. (1979): *Psicología Educativa Comunitaria en E.G.B.* Monografías del Dpto. de Psicología Evolutiva y Diferencial. Universidad de Valencia; n.º 1.
- PELECHANO, V. (1984): «Modificación de Conducta: entre la praxis y la ciencia ficción.» En J. Mayor y F. Labrador: *Manual de Modificación de Conducta*, Alhambra, 763-775.
- PÉREZ ALVAREZ, M. (en prensa): «Los efectos del sujeto en los procesos de salud-enfermedad y en la intervención.» En G. Aguilar & S. Vinaccia (eds.): *Medicina conductual: el aporte iberoamericano*.
- REIG, A. (1985): *Las estrategias de afrontamiento como sistema psicoimmune comportamental*. Trabajo presentado para su consideración a publicar.
- REIG, A. (1986): Estrategias psicológicas de afrontamiento ante estrés espiritual en San Juan de Avila. *Trabajo en preparación*.
- REIG, A., GUERRA, J. & BRENGELMANN, J. C. (1983): «Die dimensionale Analyse des Stressverhaltens.» En J. G. Brengelmann & C. Bühringer (Hrsg.): *Therapieforschung für die Praxis*. Gerhard Röttger Verlag.
- REIG, A., BRENGELMANN, J., GUERRA, J. & PELECHANO, V. (1985): «Un modelo dimensional-jerárquico del estrés.» *Análisis y Modificación de Conducta*, 11 (28), 225-242.
- REIG, A., CARTAGENA, E., RIBERA, D., GARCIA, J., CARUANA, A. & MACIA, L. (1986): «Estrés profesional en enfermería: un análisis empírico en el hospital.» *Enfermería Científica*, 46, 4-12.
- ROSKIES, E. (1983): «Stress management for type A individuals.» En D. Meichenbaum & M. Jaremko (eds.): *Stress reduction and prevention*, Plenum, 261-288.
- SHAFFER, M. (1982): *Life after stress*. Plenum Press.
- SHARPE, R. & LEWIS, D. (1981): *El antídoto de la angustia. Cómo vencer el stress*. Edit. Everest.
- SINZATO, R., FUKINO, O., TAMAI, H., ISIZU, H., NAKAGAWA, T., IKEMI, Y. (1985): «Coping behaviors of severe diabetics.» *Psychother. Psychosom.*, 43, 219-226.
- SULS, J. & FLETCHER, B. (1985): «The relative efficacy of avoidant and nonavoidant coping strategies: a metaanalysis.» *Health Psychology*, 4(3), 249-288.
- TAYLOR, S., WOOD, J. & LICHTMAN, R. (1983): «It could be worse: selective evaluation as a response to victimization.» *Journal of Social Issues*, 39, 19-40.
- TURK, D., MEICHENBAUM, D. & GENEST, M. (1983): *Pain and Behavioral Medicine Cognitive-behavioral perspective*. The Guilford Press.
- VALDÉS, M. & DE FLORES, T. (1985): *Psicobiología del estrés. Conceptos y estrategias de investigación*. Martínez Roca.
- VIDEKA-SHERMAN, L. (1982): «Coping with the death of a child: a study over time.» *Am. J. of Orthopsychiat.*, 52(4), 688-698.
- VILA, J. (1984): «Técnicas de reducción de la ansiedad.» En J. Mayor & F. Labrador: *Manual de Modificación de Conducta*. Alhambra, 229-263.
- VINEY, L. & WESTBROOK, M. (1984): «Coping with chronic illness: strategy preferences, changes in preferences and associated emotional reactions.» *J. of Chronic Diseases*, 37(6), 489-502.
- WITKIN-LANOIL, G. (1985): *El estrés de la mujer. Cómo reconocerlo y superarlo*. Grijalbo, (orig., 1984).