

UDS

ANTOLOGIA

PSICOLOGIA Y SALUD

LICENCIATURA EN ENFERMERIA I° CUATRIMESTRE

Marco Estratégico de Referencia

ANTECEDENTES HISTORICOS

Nuestra Universidad tiene sus antecedentes de formación en el año de 1979 con el inicio de actividades de la normal de educadoras “Edgar Robledo Santiago”, que en su momento marcó un nuevo rumbo para la educación de Comitán y del estado de Chiapas. Nuestra escuela fue fundada por el Profesor de Primaria Manuel Albores Salazar con la idea de traer Educación a Comitán, ya que esto representaba una forma de apoyar a muchas familias de la región para que siguieran estudiando.

En el año 1984 inicia actividades el CBTiS Moctezuma Ilhuicamina, que fue el primer bachillerato tecnológico particular del estado de Chiapas, manteniendo con esto la visión en grande de traer Educación a nuestro municipio, esta institución fue creada para que la gente que trabajaba por la mañana tuviera la opción de estudiar por las tarde.

La Maestra Martha Ruth Alcázar Mellanes es la madre de los tres integrantes de la familia Albores Alcázar que se fueron integrando poco a poco a la escuela formada por su padre, el Profesor Manuel Albores Salazar; Víctor Manuel Albores Alcázar en septiembre de 1996 como chofer de transporte escolar, Karla Fabiola Albores Alcázar se integró como Profesora en 1998, Martha Patricia Albores Alcázar en el departamento de finanzas en 1999.

En el año 2002, Víctor Manuel Albores Alcázar formó el Grupo Educativo Albores Alcázar S.C. para darle un nuevo rumbo y sentido empresarial al negocio familiar y en el año 2004 funda la Universidad Del Sureste.

La formación de nuestra Universidad se da principalmente porque en Comitán y en toda la región no existía una verdadera oferta Educativa, por lo que se veía urgente la creación de una institución de Educación superior, pero que estuviera a la altura de las exigencias de los jóvenes que tenían intención de seguir estudiando o de los profesionistas para seguir preparándose a través de estudios de posgrado.

Nuestra Universidad inició sus actividades el 18 de agosto del 2004 en las instalaciones de la 4ª avenida oriente sur no. 24, con la licenciatura en Puericultura, contando con dos grupos de

cuarenta alumnos cada uno. En el año 2005 nos trasladamos a nuestras propias instalaciones en la carretera Comitán – Tzimol km. 57 donde actualmente se encuentra el campus Comitán y el Corporativo UDS, este último, es el encargado de estandarizar y controlar todos los procesos operativos y Educativos de los diferentes Campus, Sedes y Centros de Enlace Educativo, así como de crear los diferentes planes estratégicos de expansión de la marca a nivel nacional e internacional.

Nuestra Universidad inició sus actividades el 18 de agosto del 2004 en las instalaciones de la 4ª avenida oriente sur no. 24, con la licenciatura en Puericultura, contando con dos grupos de cuarenta alumnos cada uno. En el año 2005 nos trasladamos a nuestras propias instalaciones en la carretera Comitán – Tzimol km. 57 donde actualmente se encuentra el campus Comitán y el corporativo UDS, este último, es el encargado de estandarizar y controlar todos los procesos operativos y educativos de los diferentes campus, así como de crear los diferentes planes estratégicos de expansión de la marca.

MISIÓN

Satisfacer la necesidad de Educación que promueva el espíritu emprendedor, aplicando altos estándares de calidad Académica, que propicien el desarrollo de nuestros alumnos, Profesores, colaboradores y la sociedad, a través de la incorporación de tecnologías en el proceso de enseñanza-aprendizaje.

VISIÓN

Ser la mejor oferta académica en cada región de influencia, y a través de nuestra Plataforma Virtual tener una cobertura Global, con un crecimiento sostenible y las ofertas académicas innovadoras con pertinencia para la sociedad.

VALORES

- Disciplina
- Honestidad
- Equidad

- Libertad

ESCUDO



El escudo de la UDS, está constituido por tres líneas curvas que nacen de izquierda a derecha formando los escalones al éxito. En la parte superior está situado un cuadro motivo de la abstracción de la forma de un libro abierto.

ESLOGAN

“Mi Universidad”

ALBORES



Es nuestra mascota, un Jaguar. Su piel es negra y se distingue por ser líder, trabaja en equipo y obtiene lo que desea. El ímpetu, extremo valor y fortaleza son los rasgos que distinguen.

Nombre de la materia: PSICOLOGIA Y SALUD

Objetivo de la materia: Que el alumno al finalizar el curso pueda conocer los modelos y las generalidades conceptuales sobre psicología de la salud, así como sus características, antecedentes y ramas para la prevención en el ámbito laboral de la psicología de la salud.

INDICE

UNIDAD I: Fundamentos de la psicología de la salud.....	8
1.1 Introducción a la psicología de la salud	8
1.2 Concepto de salud	10
1.3 Orígenes de la Conducta Humana.	13
1.4 Variables independientes en salud.....	14
1.5 Variables ambientales como condicionantes de la salud	16
1.6 Importancia de la psicología en la salud	19
1.7 Comportamiento y Salud	21
1.8 Estilos de vida	25
1.9 Modelos de relación entre personalidad y salud.....	28
1.10 Factores emocionales	31
1.11 El cambio de hábitos de salud	33
1.12 Enfoques cognitivo-conductuales de los cambios de conducta de la salud	35
 UNIDAD II: FACTORES PSICOLÓGICOS DE RIESGO	 38
2.1 Ansiedad y estrés	38
2.2 Ansiedad y personalidad.....	42
2.3 Teorías de Cattell, Eysenck.....	45
2.4 Neuroticismo y ansiedad	48
2.5 Enfoque biomédico	50
2.6 Enfoque conductual y Enfoque cognitivo.....	52
2.7 Teorías sobre la relación entre ansiedad y rendimiento	58
2.8 ¿Cómo enfrentarse a un nivel de ansiedad excesivo?.....	61

2.9	Reestructuración cognitiva e intervención sobre el autoconcepto y la autoestima.....	63
2.10	¿Qué es el estrés?.....	66
2.11	Moderadores de la experiencia del estrés	70
UNIDAD III: Comprensión de las enfermedades.....		73
3.1	Modelos de cognición social y adherencia terapéutica en pacientes con cáncer	73
3.2	Modelos de cognición social	75
3.3	Técnicas de recolección de datos: observación y entrevista	77
3.4	Modelo de creencias en salud (MCS)	79
3.5	Psicología y SIDA	81
3.6	Estrategias para la prevención del SIDA.....	83
3.7	Modelos teóricos sobre la adquisición y mantenimiento de conductas de prevención	86
3.8	Intervención psicosocial en Diabetes.....	91
3.9	Terapia cognitiva, mindfulness y diabetes	94
3.10	Hipocondría: presentación clínica	96
3.11	Enfermedades cardiovasculares e hipertensión	100
3.12	Explicaciones y planteamientos terapéuticos psicológicos actuales	103
3.13	Impacto psicológico del COVID-19.....	106
3.14	Impacto Psicológico en trabajadores de la Salud.....	109
3.15	Intervenciones psicológicas en COVID-19-: un modelo actual	111
UNIDAD IV: Los estilos de vida saludables.....		113
4.1	Variables físicas.....	113
4.2	Variables psicológicas	115
4.3	Variables sociales	117
4.4	Variables espirituales	120
4.5	La calidad de sueño como factor relevante de la calidad de vida	123
4.6	Estrategias de mejoramiento de la calidad de vida	125
4.7	Respiración diafragmática o profunda.....	127
4.8	Conciencia somática	128
4.9	Dimensión social	130
4.10	Relación de la conducta del hombre con su salud	133
4.11	Promoción de estilos de vida saludables.....	136

UNIDAD I: Fundamentos de la psicología de la salud

1.1 Introducción a la psicología de la salud

La psicología de la salud parece tener sus orígenes en los años 70, siendo una de las causas de su aparición la necesidad de abordar el proceso de salud-enfermedad de los seres humanos, que estaba enfocada en una respuesta de causa única relacionada con la biología y que pasaría a tomarse de una manera más integra tomando en cuenta aspectos psicológicos, biológicos y sociales, colaborando con otras disciplinas para mejorar la calidad de vida.

En las últimas décadas este campo ha ido evolucionando aplicando nuevas estrategias en prevención e intervención que las diferencian de otras ramas de la psicología; sin embargo, aún existirían cuestiones que representan un reto en la actualidad como: el hecho de que la psicología de la salud no es considerada en cuanto a la atención a la salud se refiere, ya que se toma a la medicina como eje principal; por otro lado, la formación del profesional de la psicología de la salud es deficiente y no proporciona conocimientos teóricos ni metodológicos para hacer intervenciones adecuadas en esta área.

Algunas definiciones de psicología de la salud que podemos encontrar:

Stone (1979) La psicología de la salud es una especialidad de la psicología que comprende la aplicación de los conceptos y métodos psicológicos a cualquier problema surgido en el sistema de salud, ya sea que se hable de los niveles de atención a la salud, de salud pública, de educación y planificación de la salud, o bien de otros componentes del sistema, añadiendo que la práctica tradicional de la psicología clínica vendría a constituirse en una de sus subdivisiones.

Matarazzo (1980) Agregado de las contribuciones profesionales, científicas y educativas de la psicología a la promoción y mantenimiento de la salud, la prevención y el tratamiento de la enfermedad y la identificación de los correlatos etiológicos y el diagnóstico de la salud, la enfermedad y las disfunciones relacionadas.

Torres y Beltrán (1986) Por psicología de la salud debe entenderse una actividad profesional encaminada a estudiar e influir sobre aquellos aspectos de la esfera psicológica (actitudes, concepciones, conductas, valores, hábitos, etcétera) que facilitan la vinculación

estrecha entre el equipo de salud y la población, en un esfuerzo conjunto para identificar y dar solución a los problemas de salud que aquejan a la segunda.

Bloom (1988) La psicología de la salud tiene que ver con el estudio científico de la conducta, las ideas, actitudes y creencias relacionadas con la salud y la enfermedad Holtzman, Evans, Kennedy e Iscoe (1988), La psicología de la salud se interesa en la relación biopsicosocial de la mente y el cuerpo en un medio sociocultural determinado, así como en el desarrollo de nuevas tecnologías del comportamiento para la promoción y el mantenimiento de la salud.

Rodríguez y Palacios (1989) La psicología de la salud es un área que permite la aplicación de los alcances metodológicos de otras áreas de la psicología y con esto una incidencia en la conducta particular de los individuos y de sus comunidades, para el cuidado, mantenimiento y promoción de la salud como un estilo de vida, planteando una alternativa diferente de la organización del comportamiento individual y colectivo al respecto.

Tanto **la promoción** como **la prevención** son de las áreas específicas en donde actúa el profesional de la psicología de la salud. La primera se puede definir como la integración de acciones por parte de la población y las organizaciones con el objetivo de garantizar mejores condiciones de salud física, psíquica y social, más allá de la sola ausencia de enfermedad, haciendo énfasis en algunos temas como: la salud reproductiva, la salud en niños, salud en adolescentes, adultos y/o adultos mayores.

Por otra parte, la prevención es definidas como un conjunto de acciones que tienen el objetivo de la identificación, control o reducción de los factores de riesgo, del ambiente y del comportamiento para evitar que la enfermedad aparezca o se prolongue, ocasione daños mayores o genere secuelas evitables

A pesar de los buenos diseños de promoción y prevención, los individuos en ocasiones se resisten a estos programas, lo que puede ser producto del carácter placentero que tienen los factores de riesgo para la persona u otras diferentes explicaciones acerca de las transgresiones que se puede tener contra la salud.

1.2 Concepto de salud

La salud, entendida en sentido amplio como el bienestar físico, psicológico y social, va mucho más allá del esquema biomédico, abarcando la esfera subjetiva y del comportamiento del ser humano. No es la ausencia de alteraciones y de enfermedad, sino un concepto positivo que implica distintos grados de vitalidad y funcionamiento adaptativo.

Desde el punto de vista subjetivo, está relacionada con un sentimiento de bienestar. Los aspectos objetivos de la misma tienen relación con la capacidad de funcionamiento de la persona. Es el sustrato básico para la autorrealización del ser humano; un recurso para la vida (Gil Rodríguez, León Rubio y Jarana Expósito, 1995). Según Brenner y Wrubel (1989) el bienestar, como sentimiento subjetivo, es el resultado de experimentar salud o auto-percibir que nuestro organismo funciona de manera congruente e integrada.

Nuestro bienestar biológico, mental y social no es un mero accidente en nuestra vida, ni un premio o castigo que nos cae del cielo, sino que se corresponde con situaciones ecológicas, económicas y sociales bien precisas, que nosotros mismos, a través de nuestra historia, hemos provocado (San Martín, 1982).

Dubos (1975) sostiene que la salud es “el estado de adaptación al medio y la capacidad de funcionar en las mejores condiciones de ese medio”. En el concepto de salud están implicadas las distintas partes de nuestro sistema, constructo que está relacionado con la interconexión e integración de múltiples niveles. Existe un principio psicofisiológico básico que Green y Green (1979) expresan: “Cada cambio en el estado fisiológico es acompañado por un cambio apropiado en el estado mental —emocional, consciente o inconsciente; e inversamente, cada cambio en el estado mental— emocional, consciente o inconsciente, es acompañado por un cambio apropiado en el estado fisiológico”.

Constituimos una unidad como sistemas individuales y también en relación con el mundo que nos rodea, ya que formamos parte de una totalidad mayor que es el ambiente físico y social, el planeta, el universo. A través de nuestro comportamiento interactuamos con el entorno, y este comportamiento está en función tanto de variables personales como ambientales, las cuales permanentemente interactúan y se condicionan entre sí. La salud es un estado y al mismo tiempo, un proceso dinámico cambiante. Continuamente

sufrimos alteraciones en nuestro medio interno, físico y psicológico, así como en nuestras relaciones interpersonales, las cuales suponen permanentes reestructuraciones de nuestros esquemas internos.

En el presente ya no se percibe a la salud como algo a conservar sino más bien a desarrollar (Becona, Vazquez y Oblitas, 2000). En estos últimos años se ha producido un cambio radical en la concepción de la salud y de la enfermedad. El modelo actual reconoce la complejidad de estos constructos, pues acepta que los factores psicosociales afectan los sistemas corporales, lo cual altera la vulnerabilidad del individuo ante los procesos patológicos. El paradigma actual en este campo señala que la calidad del bienestar psicológico y físico depende, principalmente, de nuestros hábitos de vida.

Ello significa que las creencias y actitudes, los hábitos cotidianos, en definitiva, nuestro comportamiento, constituye aspectos centrales de esta problemática humana. Las conductas saludables, que implican acciones cognitivo-emocionales orientadas a manejar adaptativamente el estrés cotidiano, incluyen, entre otras, una alimentación basada en nutrientes naturales y equilibrada en sus componentes; contacto con la naturaleza; beber alcohol moderadamente o no hacerlo; ejercicio físico regular; respirar aire oxigenado, es decir, evitar ambientes contaminados; dormir 7-8 horas diarias; realizar controles médicos preventivos, cumplir con las prescripciones médicas, etcétera.

El objetivo de todo ello es incrementar la vitalidad para favorecer un mejor nivel de funcionamiento psicobiológico y, a la vez, hacer más lento el envejecimiento biológico. Al respecto, la Organización Mundial de la Salud (OMS, 1983) ha emitido las siguientes recomendaciones para el ámbito sanitario:

- _ Promover la responsabilidad individual por medio del fomento de la autonomía personal.
- _ Destacar los aspectos saludables de la vida y de las personas, en lugar de fijar la óptica en la enfermedad.
- _ Favorecer la comunicación interprofesional en el abordaje de los problemas sanitarios.
- _ Estimular la participación de la comunidad en los problemas sanitarios.

Esta nueva perspectiva implica desarrollar nuevas estrategias de comunicación, es decir, crear nuevas pautas interpersonales que aseguren la bidireccionalidad de la comunicación (profesional-usuario). El paciente tiene que transformarse en agente de salud mediante la creación de conductas participativas en el cuidado de la salud; mantener una actitud de auto vigilancia (Gil Rodriguez, Leon Rubio y Jarana Exposito, 1995).

Muchas de las enfermedades crónicas son el resultado de la acumulación de conductas no saludables y condiciones ambientales perjudiciales. De tal manera, los cuidados médicos no pueden sustituir los hábitos y las condiciones ambientales saludables. El mantenimiento de conductas saludables constituye una medicina esencial. La psicología actual ha evolucionado desde la enfermedad y la disfunción hacia un enfoque centrado en la salud humana, en el funcionamiento positivo. Se hace hincapié en la importancia de desarrollar potencialidades y reforzar aspectos emocionales positivos de las personas.

En los últimos años han cobrado especial relevancia los aspectos preventivos de las enfermedades, en gran parte por razones económicas. Igualmente, se ha acrecentado el interés por encontrar estrategias para sobrellevar ciertas enfermedades crónicas, como controlar el dolor, con el cual, muchas veces, hay que convivir; formas para evitar el absentismo laboral e incrementar la productividad del trabajador y, en general, cómo mejorar integralmente la calidad de vida de las personas.

Los estudios epidemiológicos indican que los gastos relativos a cuidados médicos tienen poca influencia en la expectativa de vida. La medicina preventiva y los programas de inmunización han incrementado la esperanza de vida de la población. Sin embargo, la muerte prematura está ampliamente determinada por el estilo de vida, los hábitos y las condiciones ambientales perjudiciales evitables (Bandura, 1997).

Una multiplicidad de factores, tales como el descontrol emocional, o un control e inhibición emocional excesivos, ciertos hábitos nutricionales inadecuados, predisponen a enfermedades cardiovasculares; hábitos como fumar, asociados fuertemente con el cáncer, enfermedades respiratorias y cardíacas; el consumo de alcohol y drogas, que afecta diversos sistemas del cuerpo; la carencia de habilidades interpersonales y de comunicación, predisponen a padecer alteraciones en distintos sistemas biológicos.

1.3 Orígenes de la Conducta Humana.

Las conductas humanas, constituyen el conjunto de reacciones psíquicas de las personas, permitiendo conservar relaciones con el medio, mantienen el fenómeno de la vida y aseguran su continuidad. Es la forma de ser del individuo y el conjunto de acciones que efectúa con el fin de adecuarse a un ambiente. Es la respuesta a una motivación, traduciéndose motivación como todo lo que impulsa a un individuo a realizar una conducta.

La conducta del individuo, cuando se considera en un espacio y un tiempo determinado se conoce como comportamiento. La conducta ha sido centro de estudio de la psicología desde sus inicios. John B. Watson, representante de la psicología de la conducta o conductismo, postulaba que la psicología, en lugar de fundarse en la introspección, debía limitar su estudio a la observación del individuo en una situación determinada.

El estudio de la conducta indaga la evolución de ciertas etapas formativas en el individuo, como la infancia o adolescencia, y va unido al estudio del desarrollo físico desde el nacimiento hasta la muerte. La mayoría de los psicólogos de hoy acuerdan en que el objeto propio de las ciencias psicológicas es la conducta humana.

Pero, por “Conducta humana” se entienden muchas representaciones artísticas más antiguas, que fueron encontradas en Francia, en las cuevas de Chauvet-Pont-d’Arc y Lascaux, cuyas edades se calculan en 31 000 y 17 000 años, respectivamente. Existen dos teorías al respecto, la primera señala que el origen del ser humano se dio en África hace más de 130 000 años, pero el comportamiento moderno se generó en Europa hace aproximadamente 40 000 de una manera muy abrupta, algunos piensan que incluso pudo deberse a una mutación genética.

La segunda coincide con la idea de un origen biológico africano, pero afirma que el comportamiento moderno también surgió ahí, en épocas mucho más remotas y que fue un proceso gradual. El gran inconveniente para quienes apoyan la segunda teoría ha sido la falta de evidencia arqueológica, pero recientemente un grupo de investigadores y estudiantes, encabezado por Christopher Henshilwood, de la Universidad Estatal Stony Brook, de Nueva York, realizó un importante hallazgo en la Cueva Blombos, localizada en la punta sur de Sudáfrica, en una región que se encuentra de cara al Océano Índico: se encontraron piezas de hueso tallado, cuya antigüedad se calcula en aproximadamente 70

000 años, y más de 8 500 piezas de ocre (un mineral terroso de color rojo o amarillo, que es un óxido de hierro, el cual frecuentemente se encuentra mezclado con arcilla).

Pero son dos las que han logrado revivir el debate sobre el origen del comportamiento humano moderno: dos piezas de ocre rojo, grabadas con cruces geométricas. Según el investigador, las piezas fueron grabadas intencionalmente, y tienen un diseño geométrico y abstracto. En otras palabras, son obras de arte.

Sin que nadie le reste importancia al descubrimiento, una duda permanece: ¿Por qué no se han encontrado piezas similares en los cerca de 30 sitios arqueológicos de la misma época que se han localizado en África? Henshilwood opina que puede deberse a fallas en la metodología de estas excavaciones, que sus hallazgos son sólo la punta de un enorme iceberg y que pronto se harán nuevos descubrimientos en esta misma línea de investigación.

Pero independientemente del resultado de este debate, es emocionante pensar en el Homo sapiens, hombre o mujer, que hace más de 70 000 años se pasó horas y horas en una enorme cueva, tallando una pequeña piedra de menos de 80 milímetros de largo, quién sabe para qué, pensando quién sabe qué. Y dejando, sin siquiera imaginarlo, una huella innegable de que efectivamente ella o él pertenecían ya a una especie distinta a todas las que hasta ese momento habían poblado este ancho y largo planeta.

1.4 Variables independientes en salud

Según el modelo interactivo de conducta saludable de Heiby y Carlson (1986), se pueden distinguir tres tipos de variables independientes:

1. Las situacionales, tales como el apoyo social que se recibe de otros, modelos sociales a los cuales el individuo está expuesto, evaluaciones externas, etc., son factores que ayudan a acrecentar o suprimir conductas saludables.
2. Las personales tales como creencias, percepciones, expectativas, motivaciones, etc., que, en última instancia, son las que juegan el papel decisivo en la adopción y mantenimiento de pautas saludables.

3. Las consecuencias anticipadas de las conductas saludables con relación a los costos y beneficios percibidos también son elementos importantes, diferentes de las contingencias de refuerzo o castigo del momento presente (Carlson, Harrigan y Seeley, 1997).

La percepción subjetiva respecto de la probabilidad de padecer ciertos síntomas o una determinada enfermedad (grado de vulnerabilidad percibida) incide en las conductas saludables a adoptar y mantener. También, la percepción anticipada que el individuo tenga acerca de las consecuencias positivas (o refuerzo) a experimentar como resultado de sus prácticas saludables, constituye un importante regulador de sus elecciones presentes.

Ejemplo:

Ángel fuma permanentemente en su oficina, a pesar de haber sido operado de un tumor cerebral. Está convencido que de algo hay que morirse, que no tiene sentido abandonar ese hábito porque inevitablemente todos vamos a terminar muriéndonos de algo, por tanto, no percibe ninguna ganancia en suprimir esta práctica. Esta creencia le ayuda a defender y justificar su conducta autodestructiva.

La persona tiene que percibir una relación significativa entre su comportamiento específico y los síntomas que experimenta, reconocer una relación causa-efecto evidente para modificar su conducta patogénica y reemplazarla por otros comportamientos más protectores y adaptativos. De lo contrario, la persona mantendrá sus pautas perjudiciales ya que no percibe el riesgo potencial de las mismas. Ejemplo: Pedro fuma una caja de cigarrillos al día y aun no percibe síntomas limitantes; su vida es sedentaria y sin mayores exigencias físicas. Ante situaciones de estrés cotidiano, incrementa el consumo de cigarrillos porque siente que ese comportamiento lo tranquiliza”.

Por su parte, José tiene cuarenta y siete años; en el presente, no experimenta señales ni síntomas significativos, pero sabe que ha sufrido de hipertensión; no realiza controles médicos periódicos y su estilo de vida no está acorde con las prescripciones medicas recibidas. Parece ignorar el riesgo potencial de su conducta, la cual tiene una gran probabilidad de favorecer procesos de enfermedad.

Si el individuo percibe que el costo del cambio de conductas es muy alto y el beneficio a corto y/o largo plazos es escaso, la modificación de sus pautas de comportamiento será

temporal; el cambio no se estabilizará en el tiempo. Factores emocionales y cognitivos pueden determinar conductas saludables o depredatorias. Un alto grado de distrés emocional puede paralizar la iniciativa de la persona para llevar a cabo comportamientos convenientes. Por el contrario, si el estrés experimentado es alto, el individuo es proclive a adoptar conductas patogénicas.

Las creencias y pensamientos pueden diferir, en gran medida, de la percepción medica objetiva (Leventhal, Nerenz y Steele, 1984). Ejemplo: el médico le manifiesta a José que el está en una situación limite, que es necesario que cambie el estilo de comportamientos que ha llevado hasta ahora; de lo contrario, su vida corre serios riesgos. Pero el sistema de creencias de José no le permite asimilar esta información; está convencido que su accidente cerebrovascular se debió solo al mal momento que paso y que si evita este tipo de situaciones puede seguir su vida como antes. José ha focalizado solo un factor importante o desencadenante de la situación problema y no percibe el contexto más amplio en el que surge su alteración.

1.5 Variables ambientales como condicionantes de la salud

De acuerdo con Soler Marquez y Abad Ros (2000), el nivel de desarrollo de una sociedad determina el peso relativo de las variables ambientales en la salud de los individuos. En las sociedades latinoamericanas, un número significativo de enfermedades y muertes es causado por enfermedades infecciosas, por condiciones de vida carentes de higiene, por falta de control de aguas residuales, por alimentos sin control sanitario o por la falta de alimentos, carencia de condiciones laborales aceptables, alto índice de accidentes, diversos tipos de violencia, etcétera.

En los países más avanzados, el desarrollo tecnológico y urbanístico genera problemas cada vez más graves. Procesos de industrialización, utilización masiva de vehículos a motor, crecimiento urbano, evacuación de residuos industriales no depurados (radiactivos, químicos, etc.), contaminación abiótica atmosférica por humos industriales, calefacción, etc., son solo algunos ejemplos. También lo son los danos provocados por otros agentes físicos, tales como el ruido ambiental, radiaciones electromagnéticas a las que estamos sometidos de forma constante, circunstancias que indican una actuación desfavorable del hombre sobre los ecosistemas en los que se desarrolla su vida.

Por otra parte, estos problemas también son comunes en las sociedades subdesarrolladas.

La alteración de los equilibrios naturales debida al crecimiento demográfico y al desarrollo industrial de los dos últimos siglos ha sido provocada por el consumo desmedido de recursos naturales (agua, combustibles fósiles, bosques, peces, etc.), como consecuencia de lo cual se ha producido una enorme cantidad de residuos de diversos tipos (urbanos, tóxicos, radiactivos, etc.) y contaminantes (gases de efecto invernadero, metales pesados, plaguicidas, etcétera).

Estas alteraciones del medio inciden muchas veces de forma directa sobre la salud humana e indirectamente a través del deterioro del ambiente. Entre los problemas que se agravan y que representan nuevos riesgos para la salud de los seres humanos, afectando su calidad de vida, pueden mencionarse (Soler y Abad, 2000):

- | | |
|--|---|
| 1. Lluvia acida. | Otros (Rascio, 1996): |
| 2. Disminución de la capa de ozono | 1. Explosión demográfica. |
| 3. Calentamiento global del planeta por gases de efecto invernadero. | 2. Polución del aire. |
| 4. Destrucción de bosques y recursos genéticos; disminución de la biodiversidad. | 3. Residuos tóxicos. |
| 5. Desertificación. | 4. Incendios. |
| 6. Cambios climáticos. | 5. Depleción íctica. |
| | 6. Enfermedades relacionadas con el ambiente. |
| | 7. Deficiente o ausente educación ambiental, simultánea a la patología humana del ecocidio. |

Ambiente, salud y educación

Los seres humanos nos construimos desde lo socioambiental, a partir de un mundo de significados compartidos. Necesitamos un medio social y ambiental concreto que nos brinde la posibilidad de desarrollarnos como tales. Si no tomamos conciencia de la

importancia de proteger el ambiente y solucionar participativamente los problemas que éste padece, será difícil alcanzar un nivel de vida saludable.

La crisis ambiental del presente requiere tanto de la educación formal como de la no formal para el desarrollo de una conciencia ambiental. El deterioro del medio en que vivimos es expresión de un déficit ético: refleja una crisis moral.

Desde el punto de vista humano es necesario construir un nuevo tipo de relaciones entre el sistema social y el natural. En esta construcción tienen que darse nuevos aportes integrativos, en diferentes niveles: psicológico, social, técnico, económico y político.

Si los individuos tienen educación ambiental es más probable que sus comportamientos sean responsables y cuidadosos con respecto a su entorno, lo cual condicionará e influirá, a su vez, en las decisiones políticas, económicas y técnicas.

Es fundamental la comunicación entre los habitantes de una zona determinada para tomar conciencia de los problemas comunes, para que conozcan sus propios recursos y capacidades para afrontar los problemas, y planifiquen lo que quieren lograr.

Se impone una nueva concepción respecto al llamado “progreso”, al desarrollo tecnológico, es decir, evaluar el efecto que las transformaciones del medio tienen, en el futuro inmediato y mediato, en el bienestar de los individuos.

Cambiar la limitada concepción antropocéntrica, abandonando la idea de que somos “dueños del mundo”. Cualquier política educativa ambiental requiere del aporte interdisciplinario, pues debería ser el punto de enlace de diversas disciplinas y orientada a la experiencia directa de los alumnos. Las acciones educativas y de capacitación ambiental deberían dirigirse a toda la población y a los individuos responsables, a su vez, de educar y tomar decisiones (profesionales de diversas disciplinas). La capacitación de “personas clave” es fundamental.

La época actual demanda con urgencia un cambio de valores y una nueva ética en relación con el planeta. El establecimiento de relaciones hombre-naturaleza basado en la armonía y no en el sentido de dominio. En la educación formal de valores ambientales se utilizan como estrategias fundamentales la técnica de clarificación de valores y procedimientos de modificación de conductas.

1.6 Importancia de la psicología en la salud

Tendiendo a la definición de psicología de la salud, esta se interesa por el comportamiento, actitud y procesos que pueden estar ocurriendo en un individuo de tal forma que afecten a su salud. Y, en relación a ello, con algún tipo de patología existente que puede desarrollar o haya desarrollado como la ansiedad, o la depresión, por ejemplo.

Dentro de los diferentes tipos de psicología que existen, la psicología de la salud se centra en valorar la enfermedad, y qué procesos la engloban para que se produzca.

La psicología de la salud se encarga de valorar todos los factores emocionales, los relacionados con la conducta, y los cognitivos de tal forma que se pueda obtener una visión global para tratar enfermedades relacionadas con la disfunción de alguno de ellos.

Su aparición data del año 1978, cuando la American Psychological Association, aceptó crear la rama dedicada a la psicología de la salud.

El psicólogo que lleva a cabo las tareas relacionadas con la psicología de la salud se encarga de evaluar, observar al paciente, y comunicarse con él para tratar las diferentes enfermedades que puedan existir. Por ejemplo, si un paciente acude con malestar y síntomas de ansiedad como insomnio, falta de respiración, agitación o tristeza, se encargará de evaluarlo para así empezar un tratamiento efectivo sobre la patología que tiene. En este caso habrá que determinar siempre el problema, y aplicarle la solución más adecuada. Si tiene miedo a conducir, habrá que aplicar por ejemplo una desensibilización sistemática que consista en aproximaciones a ese miedo de manera progresiva, además de una fase previa de reducción de estrés.

¿Qué objetivos tiene la psicología de la salud?

Estos son los principales objetivos:

Fomentar la salud: Existen enfermedades que necesitan ser tratadas desde el punto de vista psicológico porque se requieren cambios de hábito y de actitudes, por ejemplo: perder peso. La ayuda de un psicólogo será un aporte importante para conseguirlo, ya que no todas las enfermedades requieren de medicación, o de la medicina más tradicional.

Prevención de enfermedades: La psicología de la salud juega un papel muy importante en la prevención de las enfermedades. Por ejemplo, el tabaquismo, la obesidad, la anorexia, o la depresión. Prevenir, exponer hábitos saludables y consejos para evitar que se generen determinadas patologías es algo esencial de lo que se encarga la psicología de la salud.

Investigación: La psicología de la salud debe también explorar el campo de la investigación ya que además de prevenir y aplicar tratamientos para las diferentes enfermedades, investigar es otro de sus cometidos para saber por qué aparecen estos problemas y la mejor forma de tratarlos.

Estudiar todos los factores: Pueden influir diversos factores psicológicos, conductuales, culturales, biológicos, entre otros, que influyan en la aparición de una enfermedad. En esta línea, la psicología de la salud se encarga de estudiar de forma global todos ellos para establecer el tratamiento más adecuado y conocer la base del origen del problema.

La relación entre psicología y salud ha generado un campo emergente de conocimiento cargado de múltiples posibilidades de desarrollo para las "ciencias psi". Entre ellas, pueden señalarse los desarrollos en psicoterapia, la psicología de la salud, la medicina conductual, la medicina psicosomática y la psicología de enlace, pudiendo considerarse dentro de ellos, incluso, asuntos relativos a disciplinas como la psiquiatría y el trabajo social.

Esta relación entre la psicología y la salud se ha tejido fundamentalmente en el escenario del modelo biomédico hegemónico, lo cual le ha permitido a la psicología insertarse dentro de los contextos propios de las llamadas "ciencias de la salud", adoptando no solo un lenguaje propio de dichas ciencias (enfermedad, diagnóstico, pronóstico, tratamiento, etc), sino también sus formas particulares de institucionalización (la clínica, el hospital, el consultorio) y su lógica de intervención (la cura mediante la modificación de variables ambientales, biológicas o psicológicas).

No obstante, las ciencias sociales -y con ellas la psicología- han problematizado esta noción de salud, enfatizando en que ésta constituye un fenómeno social y no solo un hecho (fact) natural. En palabras de Schütz, "el mundo de la naturaleza, tal como lo explora el especialista en ciencias naturales, no 'significa' nada para las moléculas, átomos y electrones. Pero el campo observacional del científico social, la realidad social, tiene significado específico y una estructura de significatividades para los seres humanos que viven, actuar y piensan dentro de él" (Schütz, 2003, p.79).

La salud, entendida como un fenómeno social, dinámico y de construcción colectiva, implica trascender el ámbito biológico-individual del modelo biomédico, para entender los procesos de salud y enfermedad como resultado de las complejas interacciones entre las condiciones históricas, económicas, políticas, sociales, culturales, biológicas y ambientales en las que se configura la vida de las personas y de los grupos humanos.

En este sentido, la salud se concibe como una construcción simbólica -de naturaleza lingüística- que emerge en el entramado de relaciones entre sujetos que, en un contexto histórico particular, comparten unos valores, significados y prácticas en torno al cuerpo, al bienestar, a la enfermedad, a la vida y a la muerte; en consecuencia, la salud escapa a la reducción analítica del modelo biomédico, en favor de una lectura contextual, que reconoce las particularidades históricas, sociales y culturales de los diferentes escenarios en los que los sujetos nacen, viven, se relacionan, construyen sus proyectos, "se enferman" y mueren (Restrepo, 2012).

1.7 Comportamiento y Salud

No escapa a la evidencia la forma en que algunas personas se recuperan con cierta rapidez de las mismas enfermedades y trastornos que a otras causan largos periodos de convalecencia y/o inconveniencias familiares y laborales. Tampoco es extraño encontrar personas que a lo largo de su vida manifiestan una sorprendente predisposición a padecer enfermedades víricas como gripe, sinusitis, hepatitis o herpes, por citar sólo las más comunes, mientras que otras, a pesar de estar expuestas a los mismos virus, no sucumben a tales infecciones y permanecen completamente sanas.

Muchas son las personas que fuman, aunque sólo algunas de ellas llegan a desarrollar cáncer de pulmón. Los datos epidemiológicos predicen que un alto porcentaje de individuos padecerán a lo largo de su vida algún tipo de cáncer, una determinada infección o cierto trastorno mental (Jenicke y Cleroux, 1990).

Tales hechos ponen de manifiesto la existencia de ostensibles diferencias individuales en la susceptibilidad a la enfermedad, en la respuesta a la misma y en la posibilidad de recuperación. Puede parecer obvio que tales diferencias individuales se deban fundamentalmente a la dotación genética del individuo. Muchas de las enfermedades citadas parecen tener su "marcador genético", de tal modo que el individuo desde su

concepción puede estar “programado” para desarrollar alguna de tales enfermedades si en su dotación genética así aparece especificado.

Sin embargo, no es menos cierto que, si bien poseer ese marcador genético predispone a la persona para desarrollar la enfermedad, en sí mismo no es determinante de ella. Es por ello que cobra especial relevancia hallar respuesta a cuestiones tales como, ¿de qué depende que de entre todas aquellas personas que poseen el marcador genético de determinada enfermedad sólo algunas de ellas desarrollen la enfermedad y otras no? ¿Qué factores biopsicosociales predisponen o interactúan con la fisiología del organismo para poner en marcha el proceso desencadenante de la enfermedad? En este sentido adquiere relevancia la cuestión sobre el papel que juega la personalidad del individuo en la predisposición y posterior desarrollo del trastorno, así como en la evolución de éste y en el modo en que lo afronta.

En ocasiones esta cuestión es soslayada de forma simplista mediante la referencia a los efectos nocivos del estrés sobre la salud y el bienestar de la persona (la inagotable actividad de los sujetos competitivos puede llegar a producir alteraciones cardiovasculares que ponen en peligro su vida; o una excesiva preocupación puede ser la causa del desarrollo de úlceras gastrointestinales). No obstante, una reflexión profunda sobre la cuestión trasciende la causalidad argumentada y trae a colación interrogantes todavía sin respuesta que es necesario solventar adecuadamente antes de proponer una hipótesis explicativa que dé cuenta de la diferente predisposición individual a contraer enfermedades.

Entre tales interrogantes plantearíamos, a modo ilustrativo, los siguientes: ¿La personalidad está asociada con ciertos patrones de respuesta psicofisiológica? ¿Qué patrones psicofisiológicos regulan la predisposición a la enfermedad? ¿Personalidades diferentes se hallan inextricablemente asociadas con enfermedades diferentes? Como vemos, la relación entre personalidad y enfermedad, entre lo psicológico y lo fisiológico, no es una cuestión fácil de responder y, quizá sea por ello que ha estado presente en el ámbito de la psicología desde la antigüedad, permaneciendo aún irresoluta en su más amplio sentido.

Así, ya en la antigua Grecia esta interacción fue abordada desde un punto de vista psicológico y fisiológico cuando Hipócrates presentó su biotipología humoral-

temperamental en la que proponía una explicación fisiológica de las diferencias individuales en la conducta, relacionando asimismo las disposiciones biopsicológicas de la personalidad con la susceptibilidad a padecer determinadas enfermedades.

Ahora bien, para estudiar desde una perspectiva científica la relación entre los aspectos psicológicos (personalidad) y fisiológicos del individuo es preciso clarificar los tres aspectos que se hallan implicados en la misma, a saber: qué se entiende por personalidad, qué se entiende por salud y/o enfermedad y, quizá lo más importante de esta cuestión, averiguar y profundizar en los mecanismos que intervienen en esta interacción (Contrada et al., 1990).

Es en este último aspecto en el que se centra fundamentalmente este capítulo. Es decir, abordamos la posible relación entre los aspectos psicológicos del individuo y el sistema fisiológico que, en cierta medida, regula la susceptibilidad a padecer una enfermedad: el sistema inmune. Todo ello enfocado desde la perspectiva de la psiconeuroinmunología, disciplina que estudia la interacción entre cerebro, conducta y sistema inmune, y que en los últimos años ha adquirido especial relevancia en el estudio de las relaciones entre psicología y salud (Ader et al., 1991).

Los estudios incluidos dentro de esta disciplina sostienen la hipótesis de que el sistema nervioso central puede influir en la función inmune y que, por tanto, los factores psicológicos están implicados en muchos de los factores causales que afectan la susceptibilidad a la enfermedad.

Los mecanismos subyacentes a tales interacciones psicobiológicas y, en particular, las consecuencias de ellas para la salud y enfermedad no se conocen de un modo preciso y, tal vez, el aspecto de más difícil explicación sean los cambios inmunológicos que puedan mediar entre los factores psicosociales y la predisposición y/o susceptibilidad a la enfermedad (Ader et al., 1991).

Es en este sentido que, a partir del conocimiento actual sobre las influencias neurales y endocrinas que recibe el sistema inmune (Antoni, 1987; Locke et al., 1984; Maier et al., 1994) y del mecanismo de feedback que éste mantiene con el sistema nervioso central (Basedovsky y Sokin, 1977), los estudios realizados en el área de la psiconeuroinmunología pretenden ofrecer una explicación satisfactoria que dé cuenta de las interrelaciones entre tales sistemas.

Así, en la medida en que se conozcan mejor los mecanismos fisiológicos de interacción entre tales sistemas, será tanto más factible predecir y, además, controlar los fenómenos que promueven la asociación entre variables conductuales y/o emocionales y la respuesta inmune con todo lo que ello significa de avance en la investigación sobre las relaciones entre personalidad y salud.

Dada la complejidad del tema, y puesto que nos basamos en modelos de personalidad cuya explicación causal se fundamenta en el balance entre activación e inhibición de sistemas neurofisiológicos, consideramos necesario conocer el funcionamiento de los sistemas fisiológicos del organismo y cómo interactúan entre sí. Es por ello que antes de hablar de las relaciones entre personalidad y salud desde esta perspectiva psiconeuroinmunológica, haremos un breve repaso a las ideas fundamentales en las que se sustenta dicha relación.

Por ello, empezaremos por conocer cómo nació la psiconeuroinmunología, qué son y cómo funcionan los componentes esenciales que constituyen nuestro sistema inmune, y cómo se relacionan los sistemas fisiológicos de nuestro organismo, para finalmente poder comprender cómo se pueden establecer y estudiar las relaciones entre personalidad y sistema inmune y sus implicaciones en psicología de la salud.

Es en este sentido que iniciamos la exposición de este módulo con un apartado que aborda la conceptualización y descripción de los estilos de vida, como formas de comportamiento estables a lo largo de la historia del individuo, así como de los factores que intervienen en la formación de tales comportamientos. En este mismo apartado hablamos de uno de los conceptos que más se ha relacionado con la salud y que algunos autores lo conceptualizan bien como una conducta (respuesta de estrés), bien como una forma de comportamiento resultante de la interacción entre factores ambientales y personales.

A continuación se exponen tres modelos explicativos que intentan dar cuenta de la formación de los distintos estilos de vida. Ahora bien, tal como ya se ha comentado, nos interesamos en abordar la relación entre los aspectos psicológicos del individuo en el más amplio sentido de la palabra, y el sistema fisiológico que regula, en cierta medida, la salud. Es por ello que los modelos explicativos que proponemos son aquellos que explican la conducta a partir de rasgos estables biológicamente determinados.

También se hace una incursión en la psiconeuroinmunología como disciplina integradora de las relaciones entre la conducta y la salud, aborda sus orígenes, la descripción de los elementos más generales del sistema encargado de nuestra salud y la interrelación de los distintos sistemas psicofisiológicos implicados. Puesto que toda disciplina novedosa levanta escepticismo, más adelante aportaremos evidencia empírica de las relaciones que se han descubierto con base en una metodología científica entre diferentes perfiles de personalidad y distintos parámetros del sistema inmunitario.

Finalmente, se aborda la relación entre comportamiento y salud y se analiza desde un punto de vista psiconeuroinmunológico el perfil de personalidad que, durante las últimas décadas, se ha asociado con la susceptibilidad a padecer cáncer.

1.8 Estilos de vida

Tal como expone Gil Roales (1998), se pueden detectar tres aproximaciones al concepto de estilo de vida. Se le considera en primer lugar, de una forma genérica en la que se le conceptualiza como una moral saludable que cae bajo la responsabilidad del individuo o bajo una mezcla de responsabilidad del individuo y la administración pública, según el ámbito cultural.

En esta conceptualización podrían incluirse las definiciones de Singer (1982) y Ardell (1979). El primero dice que es “una forma de vivir o la manera en la que la gente se conduce con sus actividades día a día”, mientras que Ardell, al aplicarlo a la salud, lo delimita como “aquellas conductas sobre las que un individuo tiene control y que incluyen todas las acciones que afectan a los riesgos para la salud”.

Desde esta misma perspectiva, algunos autores han propuesto la idea de dos estilos de vida:

1. Estilo de vida saludable con dos dimensiones que califican como: a) sobriedad, definida por comportamientos que implican no fumar, tomar alimentos saludables, abstinencia del alcohol, etc., y b) actividad o dimensión definida por la participación en deportes y ejercicio regular, mantenimiento de un bajo índice de masa corporal, etc., y

2. Estilo de vida libre caracterizado por comportamientos totalmente contrarios al anterior: consumo de alcohol, toma de alimentos no saludables y despreocupación por la apariencia física.

En este punto de vista genérico se engloba el trabajo de la OMS cuyo objetivo principal es la promoción de estilos de vida saludables, esto es, una forma de vivir que tanto individual como colectivamente y de forma cotidiana, permitan una mejora de calidad de vida. En el cuadro de la siguiente página, se recogen los principales postulados de dicho trabajo.

Desde esta perspectiva se propone un nuevo paradigma de salud pública dominante en el mundo industrializado que proclama la prevención de enfermedades a través de los cambios en los estilos de vida. Sin embargo, el peligro inherente a esta perspectiva es su excesiva concentración sobre la responsabilidad individual y su falta de sensibilidad sobre circunstancias supraindividuales que pueden estar manteniendo estilos de vida insalubres.

Una tendencia alternativa de conceptualización se caracteriza por socializar el concepto (Gil Roales, 1998), por lo que hablaríamos de un estilo de vida socializado. Desde esta perspectiva, éste no se refiere únicamente a una cuestión de hábitos personales, sino que también está relacionado con la forma en que las sociedades organizan el acceso a la información, a la cultura y a la educación. Esta dimensión social entiende el estilo de vida como una interacción de responsabilidad individual y política pues asume que, por ejemplo, el individuo no es el único responsable de morir de cáncer tras cuarenta años como fumador.

Esto es, su forma de vida no es sólo una cuestión de voluntad o sentido de responsabilidad y se critica, por tanto, la sobreestimación del nivel de control sobre su propio estilo de vida puesto que muchos elementos con poca o ninguna posibilidad de alteración personal son, precisamente, los más peligrosos para la salud a nivel epidemiológico (pobreza, desempleo, etc.).

Desde esta perspectiva, se pretende cambiar los estilos de vida a través del cambio de las condiciones de vida. En este enfoque se destaca la definición de estilo de vida propuesta por Abel (1991), quien establece que “los estilos de vida en salud comprenden patrones de conducta relacionados con la salud, y valores y actitudes adoptados por los individuos y los grupos en respuesta a su ambiente social y económico”.

El problema de esta conceptualización reside en la dificultad de operacionalizar un concepto tan amplio y el posible enfoque a efectos de intervención. Sin embargo, ha tenido influencia en los objetivos de la OMS en razón de que se ha incorporado a un concepto de estilo de vida más socializado, puesto de manifiesto en los intentos de promoción de la salud en el tercer mundo.

Finalmente, existe una tercera aproximación al concepto de estilo de vida. Se trata de un enfoque pragmático, que parte de la evidencia empírica que demuestra que, para la salud, ciertas formas de hacer, decir y pensar parecen ser mejores que otras. Las definiciones que engloba este enfoque comparten la característica común de centrarse en ciertas pautas de comportamiento cuyo efecto es la promoción de la salud o la potenciación de los riesgos.

Asimismo, se caracteriza por intentar fijar empíricamente los componentes del estilo de vida relevantes para la salud, aspecto éste en el que no se ha llegado a un acuerdo unánime sobre cuáles son las conductas que la promueven, pues los distintos estudios en este campo dan como resultado agrupaciones de conductas más o menos coherentes, pero que han coincidido en señalar la naturaleza multidimensional del comportamiento prosalud y de riesgo.

Definiciones representativas de este enfoque pueden ser por ejemplo, la de Mechanic (1986) quien se refiere al concepto de conducta de salud como “los patrones de respuestas relacionados con la salud cuando la persona no tiene síntomas específicos”, o la de Matarazzo (1984), quien define como inmunógenos conductuales a las actividades o hábitos de vida que reducen el riesgo de morbilidad y muerte prematura, lo cual representa, por tanto, un escudo de defensas conductuales contra la enfermedad.

Más recientemente e incluso desde esta perspectiva, Millar y Millar (1993) proponen la distinción entre:

1. Conductas de detección de enfermedades, entendidas como aquellas que proporcionan la posibilidad de detección de trastornos y que por sí mismas no permiten que la persona mejore su salud, y
2. conductas de promoción de la salud, entendidas como aquellas que por sí mismas permiten que la persona mejore su salud.

La mayoría de las definiciones que hemos presentado pueden englobarse en esta última propuesta en razón de que defienden tanto la prevención como la promoción de la salud, áreas indiscutibles de intervención en Psicología de la salud.

1.9 Modelos de relación entre personalidad y salud

Existen varios modelos explicativos que intentan dar cuenta de las relaciones entre la conducta y salud de los individuos. Un primer grupo de modelos explicativos podríamos caracterizarlos como cognitivos por la importancia que le otorgan a estos aspectos para fundamentar su enfoque. Dichos modelos son el de creencias sobre la salud (Janz y Becker, 1984), el de la teoría de la utilidad subjetiva esperada (Edwards, 1961), el de la teoría de la motivación por la protección (Prentice-Dunn y Rogers, 1986) y el de la teoría de la acción razonada (Ajzen y Fishbein, 1980).

Sin embargo, problemas genéricos de estos modelos son la escasa capacidad predictiva, los resultados incongruentes que han generado y el excesivo peso que se deposita en las variables cognitivas. Con el ánimo de aumentar su potencial explicativo se han generado nuevos paradigmas que incorporan nuevas variables y distinguen entre componentes cognitivos y afectivos.

Los primeros están más relacionados con las conductas promotoras de salud y los segundos con las de detección de enfermedades. Una alternativa a estas propuestas son los modelos centrados en los rasgos de personalidad propuestos por Suls y Rittenhouse (1990), que intentan explicar la relación entre comportamiento y salud a partir de los rasgos temperamentales y de carácter que determinan la forma de actuar de los individuos. Básicamente, son tres los modelos que proponen una explicación causal entre personalidad y salud:

- 1) la personalidad induce hiperactividad;
- 2) predisposición conductual; y
- 3) la personalidad como determinante de conductas agresivas.

Las características de los mismos las comentamos brevemente a continuación. Personalidad como inductora de hiperactividad Ciertas personas, en virtud de su

constelación de rasgos, responden de forma aguda y/o crónica, esto es, de forma puntual y/o permanente, con una reactividad fisiológica exagerada a los estresores.

Según este modelo, la reactividad fisiológica está determinada por la evaluación de las situaciones como más estresantes de lo que en realidad son, o bien porque las conductas realizadas por estos individuos producen elevadas respuestas simpáticas o neuroendocrinas.

Esta forma de actuar es producto de las características cognitivas propias de ciertos perfiles de personalidad. La reactividad fisiológica resultante puede incluir tanto actividad simpáticoadrenal como actividad-pituitaria-adrenal.

Si esta hiperactividad fisiológica es elevada en intensidad o frecuencia, afectará a los distintos órganos del cuerpo y pondrá en riesgo la salud del individuo. Una representación gráfica de este modelo la podemos ver en la figura 2.1.

Un ejemplo claro de la aplicación de este modelo es el patrón de conducta tipo A. Los individuos que presentan este perfil de personalidad caracterizado por una implicación laboral extrema, urgencia de tiempo, impaciencia, hostilidad y competitividad, necesitan del éxito y el reconocimiento social de forma constante.

La competitividad y hostilidad que los caracteriza delimitan un perfil cognitivo que provoca el desarrollo de sentimientos y percepciones de amenaza lo cual, a su vez, provoca un aumento del arousal fisiológico que desencadena respuestas tales como el aumento de la presión sanguínea, de la tasa cardíaca y de la secreción de catecolaminas (Adn y NorAdn) con el consiguiente efecto nocivo sobre arterias y vasos sanguíneos.

Más recientemente, y en este mismo sentido, se considera que la hostilidad es el elemento tóxico del patrón de conducta tipo A puesto que es dicha característica la que genera sentimientos de ira los cuales, a su vez, están asociados con un aumento del sistema nervioso simpático, responsable de la depresión diastólica. Así, en los trabajos realizados por Suls y Rittenhouse (1990) se ha comprobado que los individuos hostiles se caracterizan por presentar conductas de desconfianza e irritabilidad que desencadenan un estado constante de hipervigilancia asociado con la vasoconstricción del músculo y a aumentos de NorAdn y testosterona, lo que puede explicar efectos nocivos tales como la elevación de la tasa cardíaca y presión sanguínea, la agregación plaquetaria,

endurecimiento de arterias, factores todos ellos implicados en el riesgo de sufrir trastornos cardiovasculares.

Un segundo ejemplo de la aplicabilidad de este modelo es la relación que se establece entre la activación del sistema nervioso simpático y la depresión del sistema inmunitario, lo que provoca que personas con características de hostilidad y tipo A sufran también de enfermedades no vasculares tales como resfriados y gripe. A este punto le dedicaremos mayor atención en los siguientes apartados.

Pese a que el modelo propuesto es tentador no deja de presentar problemas que dificultan su estandarización. Así, no está claro si las diferencias en la magnitud de la respuesta entre los tipos A y B es suficiente para tener significatividad patológica.

En este sentido, Holmes (1983) comprobó en sus trabajos de los ochenta que las diferencias en la presión sistólica entre personas con estos patrones era sólo de 6 mm Hg. Estas diferencias pueden ser, no obstante, debidas a que el Tipo A excede al Tipo B con respecto a la duración y frecuencia de los episodios de hiperactividad a lo largo de la vida. Sin embargo, esto es sólo una cuestión empírica.

Una variante del modelo sostiene que ciertas disposiciones crean, de forma crónica, elevados niveles de arousal fisiológico, el cual causa alteraciones en el cuerpo que, a su vez, desencadenan trastornos fisiológicos. En consonancia, afirma que personas con disposición a suprimir sentimientos hostiles presentan elevaciones crónicas del arousal simpático.

Ello altera la función neural o la resistencia vascular que, a su vez, provoca una elevación de la presión sanguínea y produce lo que conocemos como hipertensión esencial. Este modelo, por tanto, no reconoce variabilidad fisiológica que origine el desarrollo de la hipertensión, sino que es el arousal crónico el que la provoca, consecuencia de la tendencia crónica a suprimir sentimientos hostiles (Suls y Rittenhouse, 1990).

Como conclusión podríamos decir que este modelo hace hincapié en la reactividad inducida por el rasgo. Sin embargo, el grado con el cual ofrece una explicación completa para cualquier asociación entre personalidad y enfermedad, todavía no está claro.

1.10 Factores emocionales

Las emociones son reacciones psicofisiológicas que todos experimentamos a diario aunque no siempre seamos conscientes de ello. Son de carácter universal, bastante independientes de la cultura y generan cambios en la experiencia afectiva, en la activación fisiológica y en la conducta expresiva. Surgen ante situaciones relevantes que implican peligro, amenaza, daño, pérdida, éxito, novedad...y nos preparan para poder dar una respuesta adaptativa a esa situación.

A lo largo de nuestra evolución como especie, gracias a las emociones hemos podido responder rápidamente ante aquellos estímulos que amenazaban nuestro bienestar físico o psicológico, garantizando nuestra supervivencia. Además de esta función primordial adaptativa, las emociones cumplen una función social y otra motivacional. A través de la primera, facilitan la interacción social, permitiendo la comunicación de los estados afectivos y promoviendo la conducta prosocial. Y, por otra parte, la emoción es la encargada de energizar una conducta motivada, aquella caracterizada por poseer dirección e intensidad. Una conducta “cargada” emocionalmente se realiza de forma más vigorosa y se ejecutará de forma más eficaz, adaptándose a cada exigencia.

El miedo-ansiedad, la ira, la tristeza-depresión y el asco son reacciones emocionales básicas que se caracterizan por una experiencia afectiva desagradable o negativa y una alta activación fisiológica. Las tres primeras son las emociones más estudiadas en relación con el proceso salud-enfermedad.

En un primer momento, las emociones se consideran adaptativas y dependerán de la evaluación que la persona haga del estímulo, es decir, del significado que le dé a este, y de la respuesta de afrontamiento que genere.

Existen estímulos emocionales objetivamente perturbadores que pueden no dejar secuelas, y al contrario, otros estímulos emocionales aparentemente inocuos pueden llegar a ocasionar un daño más o menos importante. La diferencia entre las dos posibilidades estriba en la percepción que cada persona tiene de esos estímulos.

Dependiendo de esa percepción, puede surgir una respuesta desadaptativa, es decir, permanecemos indefinidamente enfadados, tristes, ansiosos o aterrados, una vez desaparecido el estímulo inicial; con el consiguiente sobre esfuerzo, insostenible en el tiempo, y un sobre coste en forma de trastorno de la salud, física y mental.

Hay varias explicaciones por las que un elevado estado de emocionalidad negativa puede tener consecuencias para la salud:

Al experimentar ira, tristeza, ansiedad o depresión de manera intensa, tienden a producirse cambios de conducta que hace que abandonemos hábitos saludables como la alimentación equilibrada, el ejercicio físico o la vida social y los sustituimos por otros como el sedentarismo o la adicciones (tabaco, alcohol) para contrarrestar o eliminar estas experiencias emocionales.

Las reacciones emocionales prolongadas en el tiempo mantienen niveles de activación fisiológica intensos que pueden deteriorar nuestra salud si se cronifican: la activación del sistema nervioso autónomo con elevación de la frecuencia cardíaca, hipertensión arterial, aumento de la tensión muscular, disfunción central de la neurotransmisión, activación del eje hipotalámico-hipofisario-corticosuprarrenal con perturbación de ritmos circadianos de cortisol etc. Esta alta activación fisiológica puede estar asociada a un cierto grado de inmunosupresión, lo que nos vuelve más vulnerables al desarrollo de enfermedades infecciosas o de tipo inmunológico.

En relación a los trastornos cardiovasculares, varios estudios han mostrado que la depresión es un factor de riesgo significativo de enfermedad coronaria, infarto de miocardio y mortalidad cardíaca y también se ha relacionado con una peor evolución de los pacientes coronarios.

Otro de los factores asociados a los trastornos cardiovasculares ha sido el síndrome ira-hostilidad-agresión. Krantz et al hallaron que la alta expresión de la ira se asociaba a la presencia de enfermedad arterial coronaria mientras que los rasgos de ira/hostilidad estaban asociados a un incremento de síntomas, sobre todo dolor torácico no asociado a angina en mujeres sin enfermedad arterial coronaria. Por último, la Organización Mundial de la Salud ha reconocido el papel relevante que puede jugar el estrés en la hipertensión aunque también acepta la dificultad de cuantificar esa influencia en el desarrollo de la enfermedad.

En definitiva, existe una relación estrecha entre emociones y salud. La reacción ante determinadas situaciones y las emociones son diferentes en cada individuo. Hay personas que ante un exceso de carga emocional tienen problemas físicos (cefáleas o trastornos

digestivos) cognitivos (excesiva preocupación, obsesiones) o conductuales (adicciones). Por tanto, hay un síntoma de alarma diferente para cada persona.

Bárbara Fredrickson ha abierto una línea de investigación centrada específicamente en las emociones positivas y en su valor adaptativo. Ha planteado la Teoría abierta y construida de las emociones positivas (Fredrickson, 1998, 2001), que sostiene que emociones como la alegría, el entusiasmo, la satisfacción, el orgullo, la complacencia... comparten la propiedad de ampliar los repertorios de pensamiento y de acción de las personas y de construir reservas de recursos físicos, intelectuales, psicológicos y sociales disponibles para hacer frente a los momentos de crisis.

Cuando una persona posee estrategias y habilidades suficientes para hacer frente a esas situaciones generadoras de cargas emocionales, es poco probable que causen algún daño; sin embargo, en ausencia de esas destrezas, un individuo puede verse desbordado por una situación que probablemente, sólo es insuperable desde su propia percepción.

Así pues los factores psicológicos constituyen un componente más de la ecuación en el abordaje de la enfermedad. Nuestra atención médica debe cubrir las necesidades emocionales de nuestros pacientes, basada en la empatía, en la escucha, la atención de sus miedos y dudas y en el valor terapéutico que tiene la actitud positiva, con sus pilares el optimismo y la esperanza. Ayudar a nuestros pacientes a gestionar su mundo emocional significa trabajar en nuestros objetivos profesionales, que al fin y al cabo son mejorar su salud y contribuir a que éstos tengan mejor calidad de vida y mayor bienestar.

1.11 El cambio de hábitos de salud

El cambio de hábitos riesgosos debe ser percibido como un proceso de autorregulación que puede ser dividido en varios estadios (Prochaska y Di Clemente, 1992), en el cual, lograda una fuerte intención de cambiar, la fase de motivación ha concluido y los siguientes procesos son de carácter voluntario.

Schwarzer y Fuchs (1999), que sostienen que son numerosas las evidencias acerca de que las expectativas de autoeficacia percibida están estrechamente relacionadas con las intenciones conductuales y con el cambio de conductas relacionadas con la salud, describen el siguiente enfoque del proceso de acción a favor de ésta (véase figura).

De acuerdo con este modelo, cuando una persona establece como meta un cambio en su conducta de salud, se basa en tres tipos de cogniciones:

1. Las percepciones de riesgo incluyen la sensación de vulnerabilidad y la gravedad percibida de una enfermedad, elementos que poseen un notable valor motivacional en el proceso de toma de decisiones. En ocasiones, los sesgos optimistas de ciertas personas las conducen a subestimar los riesgos objetivos, y por tanto, a no poner en prácticas ciertas conductas precautorias con el fin de evitar consecuencias nocivas para su salud (Taylor, 1989).

2. Las expectativas de resultados se refieren a la estimación que hace una persona acerca de las consecuencias de poner en acción ciertas estrategias de autorregulación. En general, las personas aprenden a considerar sus acciones como causa de los sucesos que le acontecen y confían en la posibilidad de cambiar sus conductas riesgosas para su salud.

Resulta de máximo interés que, en primer lugar, los individuos logren percibirse como agentes concretos de cambio (expectativas de autoeficacia), es decir, que se consideren capaces de producir los cambios conductuales necesarios para optimizar su nivel de salud.

En la fase de motivación (intenciones), el sujeto decide qué acciones realizará y en la de volición cuánto esfuerzo invertirá y durante cuánto tiempo persistirá en ellas. Esta última etapa se divide en dos subprocesos: planes de acción y control de acción. Es decir, una vez modelada la conducta saludable, la intención debe ser transformada en planes de acción, en instrucciones precisas acerca de cómo llevarla a cabo.

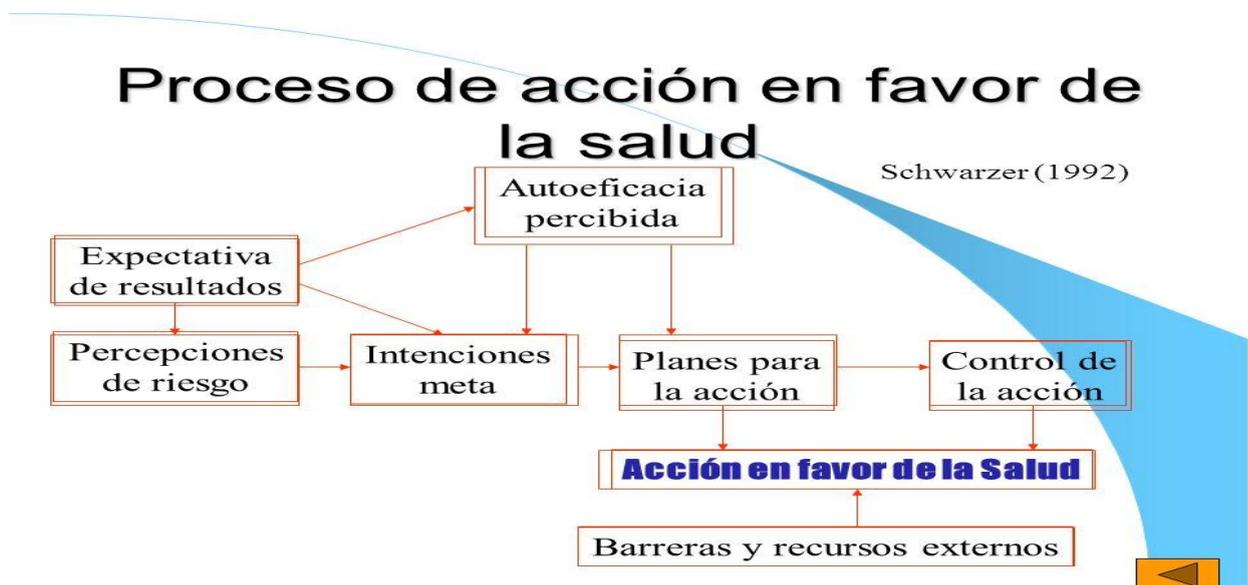
Si, por ejemplo, alguien decide bajar de peso, primero debe estar fuertemente motivado y convencido de que es saludable hacerlo, percibir los riesgos que para su salud conlleva el exceso de peso y posteriormente evaluar las distintas estrategias a seguir para lograr el objetivo planteado (tipo de dieta, compra de alimentos de bajas calorías, cuándo y cómo comer, realización de actividades físicas, etc.).

Finalmente, una vez iniciada la acción debe ser controlada, es decir, realizar las correcciones necesarias y evitar las posibles interrupciones debido a la aparición de tendencias conductuales incompatibles (por ejemplo, sucumbir ante las tentaciones, tendencia al sedentarismo, etc.) para así mantener los cambios en el tiempo.

3. La autoeficacia percibida determina la cantidad de esfuerzo invertido y el nivel de perseverancia. Las personas que confían en sí mismas, que se sienten capaces de llevar a cabo los cambios propuestos para mejorar su salud persisten en mantener el curso de sus acciones; a pesar de los obstáculos, perciben alternativas de solución a los mismos y se recuperan fácilmente de las frustraciones.

Por ejemplo, si a pesar de seguir una dieta comprueban que no han bajado de peso, analizarán las posibles causas, realizarán las modificaciones necesarias, mantendrán un estado de ánimo positivo, se propondrán objetivos y medios más razonables, modificarán el entorno físico y social para favorecer la concreción de la conducta deseada y adoptarán un diálogo interno de automanejo en situaciones críticas.

Por último, se deben considerar las barreras y las oportunidades situacionales. Si las claves situacionales son excesivas (por ejemplo, disponibilidad de alimentos apetitosos y de altas calorías) las destrezas metacognitivas aprendidas no serán eficaces (el sujeto sucumbirá ante las tentaciones). También una red social de apoyo sirve para mantener y consolidar los cambios efectuados (una familia que adopte una dieta saludable, de bajas calorías, incitará a la persona a persistir en sus nuevos hábitos).



1.12 Enfoques cognitivo-conductuales de los cambios de conducta de la salud

En los últimos años, en el ámbito de la psicología de la salud se han propuesto distintos modelos cognitivo-conductuales para explicar el comportamiento de salud de las personas.

Estos enfoques, que tienen su origen en las teorías conductuales, y que parten del supuesto de que las personas son agentes que activamente procesan información, se caracterizan por considerar: 1) que los trastornos emocionales y de la conducta son, en parte, una función de los trastornos de los procesos cognitivos, 2) una relación de colaboración entre terapeuta y consultante, 3) el foco radica en cambiar cogniciones para producir los cambios deseados en el afecto y la conducta y 4) son formas de intervención de tiempo limitado y educativas que se centran en problemas-meta específicos.

Modelos conductuales

En general los tratamientos basados en técnicas operantes están diseñados para reforzar conductas adecuadas, desarrollar habilidades específicas para lograr una buena salud y controlar los estímulos y las contingencias ambientales que la mantienen.

A través de programas de condicionamiento operante pueden moldearse conductas saludables con la finalidad de extinguir o disminuir hábitos nocivos. Se parte del supuesto que éstos son mantenidos por una multiplicidad de factores, lo que genera la necesidad de organizar programas multidisciplinarios dirigidos a modificarlos.

La evaluación de las conductas perjudiciales para la salud requiere de una investigación detallada y del análisis funcional de las relaciones entre ellas y las variables ambientales (estímulos antecedentes y consecuentes).

En general se recomienda: 1) aplicar un cuestionario para obtener información detallada de las conductas de salud que integran el repertorio de la persona entrevistada; 2) realizar entrevistas con las personas significativas que puedan aportar información adicional y relevante; 3) analizar la triple relación de contingencia entre la conducta problema y las variables ambientales que la controlan (antecedentes y consecuentes) a fin de realizar un análisis funcional de la misma; 4) registrar la línea de base, y 5) llevar a cabo un registro por parte de la persona con el objeto de evaluar cómo, cuándo, dónde y en qué circunstancias ocurre la conducta problema.

Desde esta perspectiva, los hábitos nocivos para la salud son considerados como conductas que están sujetas a los mismos principios y leyes que cualquier otra forma de comportamiento aprendido. La meta de la terapia conductual es modificar las conductas

desadaptativas en lugar de explorar las motivaciones psicológicas profundas o subyacentes, causantes de este tipo de respuestas.

Estos comportamientos, en general, son el resultado de experiencias aprendidas, por lo cual pueden ser modificadas por nuevos aprendizajes. El objetivo específico de la terapia es enseñarle al individuo cómo dejar de reiterar estas conductas indeseables y reemplazarlas por un repertorio de comportamientos apropiados.

La evaluación y el tratamiento de los hábitos nocivos consiste en determinar los reforzadores, a los fines de identificar y eliminar las fuentes que los mantienen y, por otra parte, reforzar conductas alternativas incompatibles.

Modelos cognitivo-conductuales

Diversas investigaciones psicológicas relacionadas con el tratamiento de conductas perjudiciales para la salud han subrayado la importancia de los factores cognitivos (pensamientos, creencias, fantasías, atribuciones, etc.) como mecanismos centrales de la eficacia de las intervenciones.

Las terapias cognitivas se concentran principalmente en la identificación y modificación de los pensamientos, procesos y estructuras cognitivas de un individuo. A los pacientes se les enseña, primero, a reconceptualizar el problema desde un punto de vista cognitivo y a comprender cómo él mismo mantiene las conductas nocivas para su salud a través de determinadas creencias.

El siguiente paso consiste en enseñarles habilidades de automanejo para que logre un mejor control de las situaciones. La tercera fase es practicar y experimentar el uso de estas técnicas y el manejo de estrategias a nivel cognitivo, afectivo y conductual para que concrete un control efectivo de las conductas saludables.

Durante el proceso de reestructuración cognitiva, en primer lugar se deben identificar los pensamientos automáticos (desadaptativos) acerca de la salud y la enfermedad, los errores en el procesamiento de la información y las reglas, supuestos y creencias que están en la base de lo que las personas se dicen a sí mismas acerca de su salud.

Una vez detectados estos supuestos se entrena a los pacientes en técnicas para reemplazarlos por cogniciones alternativas más precisas y positivas. El objetivo es

incrementar los pensamientos y sentimientos del individuo acerca de su propia capacidad de control y manejo de las distintas situaciones, para así crear fuertes expectativas de autoeficacia personal.

Existe evidencia clínica y datos empíricos que indican que los enfoques cognitivo-comportamentales son muy beneficiosos para el tratamiento de individuos con hábitos nocivos para la salud. En este tipo de intervenciones se aplican una combinación de procedimientos terapéuticos cognitivos (detección de pensamientos automáticos, corrección de errores cognitivos y reestructuración cognitiva), y comportamentales (role playing, asignación graduada de tareas, ensayo conductual, etcétera).

Los supuestos generales que caracterizan a la perspectiva cognitivo-comportamental son:

1. Los individuos son procesadores activos de información que interpretan y evalúan la que les llega a través de experiencias pasadas y aprendizajes previos.
2. Los pensamientos de un sujeto pueden regular y afectar los procesos psicológicos y fisiológicos y, por otra parte, la conducta puede influir o modificar procesos de pensamiento y de memoria.
3. Se focaliza en la interacción recíproca entre los factores personales, el ambiente y la conducta.
4. Los individuos aprenden patrones de pensamientos, comportamientos y reacciones emocionales tanto adaptativos como desadaptativos. Respecto de estos últimos, pueden ser reemplazados por habilidades y cogniciones más adaptadas.
5. Los individuos son agentes activos de cambio de sus sentimientos, pensamientos y comportamientos.

UNIDAD II: FACTORES PSICOLÓGICOS DE RIESGO

2.1 Ansiedad y estrés

La ansiedad es una sensación experimentada por todos, en mayor o menor medida, en diferentes momentos de la vida cotidiana. Cuando se presenta en niveles moderados, facilita el rendimiento, incrementa la motivación para actuar, alienta a enfrentarse a una situación amenazadora, hace estudiar más para ese examen que preocupa, y mantiene

alerta cuando se está hablando en público. En general, ayuda a enfrentarse a cualquier tipo de situaciones.

Sin embargo, cuando alcanza niveles exagerados, esta emoción normalmente útil puede dar lugar al resultado opuesto: impide enfrentarse a la situación, paraliza y trastoca la vida diaria. Los trastornos de ansiedad no son sólo un caso de “nervios”. Son estados relacionados con la estructura biológica y con las experiencias vitales de un individuo.

Con frecuencia son tendencias hereditarias, pero el aprendizaje juega un papel decisivo en el control o falta de éste. Cuando es excesiva y se desborda, hace que el individuo sufra lo que en psicopatología se denomina un trastorno.

Tiende a aceptarse cada vez más la idea de que el objeto de estudio de la psicopatología son los trastornos mentales. De esa manera se intenta sortear los problemas de estigmatización que conllevan términos como “anormal”, o adscripciones demasiado evidentes a determinados enfoques puestos de manifiesto por expresiones como “enfermedad mental”.

No obstante, denominar trastornos mentales al objeto de estudio de la psicopatología no resuelve todos los problemas, puesto que se corre el peligro de dar a entender que se admite, implícitamente al menos, alguna clase de dualismo mente-cuerpo, lo cual establece una separación más aparente que real entre la patología mental y la somática.

El problema más grave de cualquier denominación que se emplee para referirse al objeto de estudio de la psicopatología es que no existe una definición conceptual única (ni mucho menos operacional) que se aplique de manera general a todos los trastornos; algunos son definidos mejor por conceptos como “malestar”, otros como “descontrol”, “limitación”, “incapacidad”, “inflexibilidad”, “desviación”, etc. Cada uno es un indicador útil para un tipo de trastorno mental, pero ninguno equivale al concepto general.

Es por ello que se adoptan soluciones de compromiso que abarcan todas esas posibilidades en definiciones como las que ofrece el sistema clasificatorio de la Asociación Psiquiátrica Americana, DSM-IV (APA, 1995, p. XXI): Un trastorno mental es un síndrome o un patrón comportamental o psicológico de significación clínica, que aparece asociado a un malestar (por ejemplo, dolor), a una discapacidad (como lo es el deterioro en una o

más áreas de funcionamiento) o a un riesgo significativamente aumentado de morir o de sufrir dolor, discapacidad o pérdida de libertad.

Además, este síndrome o patrón no debe ser meramente una respuesta culturalmente aceptada a un acontecimiento particular (como la muerte de un ser querido). Cualquiera que sea su causa, debe considerarse como la manifestación individual de una disfunción comportamental, psicológica o biológica.

Existen diferentes tipos de trastornos de ansiedad, cada uno con sus características propias. Algunas personas se sienten ansiosas casi todo el tiempo sin ninguna causa aparente. En otros casos, las sensaciones de ansiedad pueden ser tan incómodas que, para evitarlas, pueden llegar a suspenderse algunas actividades diarias. Otros trastornos se caracterizan por sufrir ataques ocasionales de ansiedad tan intensos que aterrorizan e inmovilizan.

Muchas personas entienden mal estos trastornos y piensan que quienes los padecen deberían sobreponerse a los síntomas que experimentan tan sólo mediante la fuerza de voluntad. Querer que los síntomas desaparezcan no da resultado, pero existen estrategias que permiten aprender a controlar la ansiedad llevándola hasta niveles razonables, y aprovechar su carácter activador como motivación para que, en lugar de deteriorar el rendimiento, lo facilite.

Diferentes situaciones provocan diferentes grados de ansiedad. Situaciones de amenaza o peligro suelen ser muy ansiógenas; también lo son, en general, las situaciones de evaluación. Sin embargo, no todo el mundo reacciona con el mismo nivel de ansiedad ante una situación dada.

Hay personas que responden con tranquilidad en circunstancias complicadas, y otras a las que basta un peligro moderado para que experimenten altos niveles de ansiedad; otras, incluso, sienten ansiedad en ausencia de amenazas o peligros objetivos.

Las diferencias individuales, que juegan un papel muy importante en las respuestas de ansiedad, están muy relacionadas con la personalidad. Cuando la ansiedad es exagerada y supone un obstáculo significativo para la vida cotidiana (laboral, familiar, etc.), se habla de trastornos de ansiedad.

En niveles neurofisiológicos y neuroanatómicos se ha buscado la implicación de determinadas áreas del cerebro en las respuestas de ansiedad. La amígdala, por ejemplo, parece estar en su base, así como el sistema límbico y el sistema septohipocámpico. Estas estructuras tienen relación con las emociones en general, y con la ansiedad en particular.

Teorías como el condicionamiento clásico y el operante, así como el aprendizaje por observación, procesos que se conocen en la actualidad con gran profundidad, están en la base de modelos de muchas formas de comportamiento normal y patológico. Desde esta perspectiva, ansiedad se explica como el resultado de la formación de hábitos desadaptativos, aprendizajes que han dado lugar a conductas ineficaces o perjudiciales.

No todo lo que se aprende es beneficioso para el organismo. Si, ante una mala experiencia con un determinado animal, se asocia a éste con consecuencias aversivas, en el futuro el sujeto tenderá a evitarlo y, si debe enfrentarse con él, lo hará sufriendo elevados niveles de ansiedad.

En este caso, la adquisición de la fobia se explica bastante bien en virtud de las leyes que gobiernan el condicionamiento clásico, aunque un modelo más completo debe considerar también conceptos y principios correspondientes a otras formas de aprendizaje, tales como el condicionamiento operante.

Estos enfoques tienen una estrecha relación con las teorías conductuales que se acaban de comentar, porque también presuponen que esas formas inadecuadas de pensamiento son básicamente aprendidas. La diferencia estriba en que la conducta observable (motora) no es el eje de la explicación, sino constructos no observables directamente (pensamiento, atención, etc.).

La “mente” se entiende en la mayor parte de estos modelos como un sistema de procesamiento de información, algo formalmente similar a un ordenador, pero de tipo biológico.

Por otra parte, los constructos pueden ser de diferentes tipos: estructurales, cuando se refieren a la arquitectura del sistema de procesamiento (memoria a corto plazo, memoria a largo plazo, etc); proposiciones, que son los contenidos almacenados; procesos, para referirse a las operaciones que se realizan con la información (codificación,

almacenamiento, recuperación, etc.); y productos, que son los resultados finales del procesamiento (imágenes, pensamientos, etc.).

Diferentes teorías cognitivas recurren a alteraciones en una o más clases de los anteriores constructos para explicar la ansiedad y los trastornos que esta provoca: memoria a corto plazo sobrecargada, sesgos en la codificación o recuperación de información que hacen seleccionar con preferencia estímulos amenazadores (o interpretar equivocadamente estímulos neutros como señales de peligro), pensamientos automáticos inapropiados, etcétera.

Las teorías pertenecientes a esos tres niveles de explicación no son contradictorias, sino complementarias. Cada modelo enfoca la ansiedad desde una perspectiva diferente y, por lo tanto, considera distintas variables como causas posibles. Los modelos son siempre representaciones simplificadas del referente real, de manera que abstraen algunas características esenciales y eliminan otras. Inicialmente los modelos de la ansiedad que, como cualquier otro tipo de modelo científico, son muy esquemáticos, consideran simultáneamente sólo unas pocas variables y, en consecuencia, se parecen poco al referente real. Pero con el tiempo, el avance de la investigación hace que se puedan introducir más variables, con lo cual se torna más complejo y más parecido a la ansiedad real.

2.2 Ansiedad y personalidad

En psicología de la personalidad se denominan rasgos a las tendencias estables y consistentes de comportamiento. Con ello se quiere decir que un individuo que “tiene” tal rasgo, tiende a comportarse de manera similar en diferentes momentos (estabilidad) y en diversas situaciones (consistencia).

La persona con extroversión tiende a ser sociable durante la mayor parte del día, y casi todos los días, y también en diferentes entornos como el trabajo o una fiesta. El individuo con elevada ansiedad rasgo tiende a reaccionar con altos niveles de ansiedad en diferentes momentos y en gran variedad de situaciones.

En cambio, aquel con baja ansiedad rasgo, habitualmente se mantiene tranquilo en casi todo momento y en la mayor parte de situaciones. El estado hace referencia a la forma en que se encuentra una persona en un momento dado.

Es el resultado de la interacción entre rasgo y situación, es decir, entre la predisposición basada en factores constitucionales, por un lado, y las características de la situación, por otro.

Ambos conceptos (rasgo y estado) son interdependientes, pues las personas con un elevado rasgo ansioso están más predispuestas a desarrollar estados de ansiedad cuando interactúan con los estímulos ansiógenos del entorno.

Spielberger (1966) describía el estado de ansiedad como un estado emocional transitorio caracterizado por una percepción subjetiva de sentimientos de temor y una alta activación del sistema nervioso autónomo; aquellas situaciones que fuesen percibidas como amenazantes, con independencia del peligro real, lo suscitarían.

El rasgo de ansiedad constituiría una predisposición, por parte del individuo, a percibir las circunstancias ambientales como amenazantes, y por tanto, a responder, a menudo, con fuertes estados de ansiedad. Para Spielberger, el mecanismo fundamental es, pues, la valoración cognitiva de amenaza que realiza la persona acerca de los estímulos externos (estresores) e internos (pensamientos, sentimientos o necesidades biológicas).

Los factores fisiológicos o constitucionales, cognitivos y motivacionales que predisponen al individuo a hacer interpretaciones amenazantes respecto de la situación (rasgo), unidos al significado psicológico que tienen ciertas características ambientales que se producen en este momento (situación), son, en conjunto, factores determinantes de la reacción ansiosa (estado).

Desde una concepción multidimensional del rasgo, existirían diversos rasgos de ansiedad específicos, cada uno caracterizado por su sesgo cognitivo propio. Así, por ejemplo, las personas con ansiedad interpersonal presentarían una tendencia a percibir las situaciones sociales (o cualquier circunstancia que tuviese implícita una evaluación social) como amenazantes, lo cual desencadenaría, sólo entonces, su respuesta emocional ansiosa.

De la misma forma, los sujetos con alta ansiedad ante situaciones de la vida cotidiana pueden mantenerse calmados en situaciones extraordinarias, pero sufrirla ante situaciones corrientes. Desde una perspectiva más constitucionalista, los rasgos son entendidos como características de la personalidad que, en gran parte, son hereditarias. Estas características se han relacionado a lo largo de la historia con la constitución física de los organismos.

Personalidad y temperamento

Actualmente, para el especialista en la materia el concepto de personalidad engloba tanto la inteligencia como el temperamento, pero el conjunto de fenómenos que abarca el concepto de personalidad no estuvo siempre claro, produciéndose desacuerdos entre los investigadores más relevantes.

La definición de personalidad puede estar sujeta a diferentes propuestas, pero lo que subyace a las diversas concepciones es la referencia a aspectos relativamente estables de la conducta, cuya estabilidad es puesta de manifiesto incluso por las teorías del estímulo-respuesta, según las cuales aquella viene dada por los procesos de aprendizaje (entre los que se incluyen aquí los de generalización a situaciones análogas a la de adquisición de la conducta).

Pese a ello, tradicionalmente se ha atribuido al conductismo un punto de vista opuesto al de la estabilidad y la consistencia de la conducta. El hábito se refiere a modos de conducta directamente enraizados en lo observable. Un nivel superior de abstracción es el concepto de rasgo.

La agrupación de los hábitos da lugar a la construcción de una serie de propiedades disposicionales que son los rasgos; así, se dice que una persona es honesta (tiene el rasgo de honestidad) si en diferentes situaciones muestra modos de conducta relativamente estables (hábitos) que permiten calificarlo como tal.

Los rasgos deben diferenciarse de los estados por cuanto éstos, pese a situarse en el mismo nivel de abstracción, se definen por su carácter temporal, distinción que se debe a Allport (1937), quien definió los estados como “situaciones temporales de la mente y el ánimo”, aunque ya Marco Tulio Cicerón, en el año 45 a. de C., distinguía entre estos dos conceptos: “no todos los hombres que están en algún momento ansiosos tienen un temperamento ansioso (...) al igual que existe una diferencia entre la intoxicación y la borrachera habitual, o entre ser galante y estar enamorado”.

Todavía a un nivel superior de abstracción se encuentran los tipos, que los griegos y Kant conceptualizaban categóricamente, pero que en la actualidad tienen un significado análogo al de los rasgos, aunque de mayor inclusividad. Los rasgos corresponden a lo que en

análisis factorial se denominan factores primarios y los tipos a factores secundarios, resultantes de las correlaciones observadas entre rasgos.

Los tipos básicos se remontan a la distinción que hizo Hipócrates, según el predominio de uno de los cuatro humores corporales: sanguíneos, flemáticos, coléricos y melancólicos. Wundt utilizó esta descripción clásica de los tipos de temperamento, pero no de manera categorial sino dimensional, y Eysenck, además, aportaría procedimientos de medida de estas dimensiones.

En la base de estas clasificaciones del temperamento se encuentran, por lo tanto, las referencias a características corporales. Entre los autores que han seguido esta tradición a lo largo de la historia están: Porta (1540-1615), Sulzer (1720-1779), Lavater (1741-1861), Carus (1789-1869), y Gall (1758-1828), fundador de la frenología, disciplina que intentaba inferir a partir de la forma exterior del cráneo las características de las áreas cerebrales subyacentes, consideradas como sede de diversos sentidos.

2.3 Teorías de Cattell, Eysenck

Cattell

Los investigadores más relevantes de la ansiedad desde el enfoque de la personalidad son, sin duda, R.B. Cattell y H.J. Eysenck. El objetivo inicial de las investigaciones de Cattell sobre la ansiedad era dilucidar si este constructo tenía un carácter unidimensional o, al contrario, multidimensional.

Entre 1948 y 1960 se realizó bajo su dirección una larga serie de trabajos en los que se tomaron, mediante pruebas objetivas aplicadas en grupos heterogéneos de personas, medidas de variables que tradicionalmente se habían considerado como indicadores de ansiedad (poca firmeza de la mano, incapacidad para mirar a los ojos a otras personas, sensación de vacío en el estómago, irritabilidad, tensión muscular, disminución de la concentración, elevada respuesta eléctrica de la piel, etc.). Las correlaciones entre estas medidas tendían a ser fuertes y positivas, y apuntaban hacia la existencia de un único factor de ansiedad.

Otro foco de interés de R.B. Cattell y sus colaboradores fue ver cómo emergía la ansiedad a partir, no ya de medidas objetivas del comportamiento, sino del relato

introspectivo que el sujeto da de sí mismo al responder un cuestionario. Entre los 16 factores de personalidad extraídos mediante cuestionario parecía haber varios cuyo contenido se asemejaba al concepto de ansiedad.

Ello planteaba un problema, puesto que parecía una contradicción que entre las medidas objetivas apareciera un único factor de ansiedad, mientras que entre los datos de autoinforme se extraían varios factores con ese mismo contenido. No obstante, al calcular las correlaciones entre estos factores primarios obtenidos en las medidas de autoinforme y analizarlas factorialmente, aparecía un solo factor de ansiedad.

Esta manera de analizar la ansiedad correspondería a un concepto de la misma como rasgo de personalidad. Pero R.B. Cattell, además, estaba interesado en el estudio de la ansiedad como un estado fluctuante, que varía en la misma persona en diferentes momentos.

Esta cuestión también fue explorada mediante la técnica del análisis factorial; ahora, lo que había que correlacionar eran las medidas de ansiedad tomadas en las mismas personas en diferentes momentos. Si las distintas medidas se refieren a un único constructo, entonces todas éstas deben variar de la misma manera a través de la serie cronológica.

Esto fue exactamente lo que se encontró. Según la distinción entre ansiedad rasgo y ansiedad estado, la intensidad de la ansiedad experimentada por un individuo en un momento dado (estado de ansiedad) depende de la interacción entre el grado de estrés presente en la situación y la susceptibilidad del individuo a la ansiedad (rasgo de ansiedad).

En consecuencia, el estado se ve afectado directamente por el estrés situacional, pero no ocurre lo mismo con el rasgo de ansiedad. Éste es una predisposición estable (en el tiempo) y consistente (en situaciones similares), más relacionado con determinantes de tipo hereditario, especialmente con la constitución fisiológica del organismo.

Eysenck

Las dimensiones de neuroticismo (N) y extroversión (E) fueron establecidas a partir de evaluaciones que diferentes técnicos hicieron sobre 700 soldados con diagnóstico de neurosis durante la Segunda Guerra Mundial (Eysenck, 1947).

El análisis factorial descubrió cuatro factores y los dos más importantes fueron denominados neuroticismo y extroversión. En trabajos posteriores, se analizaron también personas normales y se utilizaron, además, cuestionarios y tests objetivos, extrayendo de nuevo los dos factores mencionados.

La extroversión se caracteriza por rasgos como sociabilidad, búsqueda de animación, espontaneidad, tendencia al riesgo, impulsividad, etc. En el polo opuesto, la introversión se distingue por introspección, planificación, cautela, autocontrol, etc. Los altos en N por la labilidad emocional, trastornos somáticos propios de la ansiedad como el insomnio, dolor de espalda, cefalalgias, preocupaciones, etc.; y los bajos en N por la estabilidad emocional, despreocupación, y otras características similares.

La base biológica del neuroticismo está en el cerebro visceral o sistema límbico (hipocampo, amígdala, cíngulo e hipotálamo). El sistema límbico tiene conexiones con el tálamo, con la corteza cerebral y con la formación reticular.

Las personas con puntuación alta en N se caracterizarían por umbrales bajos de excitación de las estructuras del sistema límbico, mientras que las personas estables, en cambio, por umbrales altos; en consecuencia, los inestables necesitan menores intensidades de estimulación que los estables para provocar la activación de este sistema.

A nivel neuroanatómico, la estructura responsable de las diferencias en E es la formación reticular (más concretamente, el sistema reticular activador ascendente—SRAA), cuyo umbral de excitación es menor en los introvertidos que en los extrovertidos; ello hace, por ejemplo, que los extrovertidos prefieran, en general, una mayor intensidad de estimulación que los introvertidos y que su tolerancia a los estímulos dolorosos sea mayor.

La contrastación experimental de la teoría de Eysenck ha dado lugar a una gran cantidad de investigaciones, sobre todo relacionadas con la dimensión de extroversión, en diferentes áreas.

Así, se comparan extrovertidos e introvertidos en variables referentes a la influencia farmacológica como el umbral de sedación, el rendimiento en tareas de vigilancia (atención sostenida durante largos periodos), la frecuencia crítica de fusión de destello (el intervalo entre destellos luminosos por debajo del cual éstos se perciben como uno solo).

Se comparan también en relación con el rendimiento en tareas motoras, estudiando tareas de “tapping” (rapidez y ritmo de pulsaciones sobre un panel) y tareas de seguimiento con el rotor de prosecución que permite observar los efectos de reminiscencia (en tareas motoras que generan fatiga).

Los procesos eléctricos del cerebro han ocupado también a un elevado número de investigadores, buscando indicadores de la activación en parámetros como la amplitud alfa del electroencefalograma.

El estudio de la condicionabilidad es otra área muy investigada. Más cerca ya del ámbito de las variables sociales se encuentran también comparaciones entre extrovertidos e introvertidos en cuanto a comportamiento delincuente, actitudes sociales y políticas, hábito de fumar y conducta sexual.

2.4 Neuroticismo y ansiedad

Neuroticismo en término amplio y ambiguo que aglutina numerosas patologías, rasgos de personalidad y comportamientos Si eres capaz de detectar una nueva minúscula manchita en tu cuerpo y corres de inmediato al médico para descartar que no sea mortal, a menudo estarás acostumbrado a ser acusado de ‘neurótico’. Ahora, debes de estar de enhorabuena ya que, según un estudio reciente de Psychological Science, este rasgo de personalidad podría salvarte de una muerte prematura.

Retrato de un neurótico”

El término neurótico es tan amplio y ambiguo que se ha convertido en un anacronismo y un ‘comodín’ que aglutina numerosas patologías, rasgos de personalidad y comportamientos. Fue acuñado por William Cullen en el siglo XVIII y desarrollado por la corriente psicoanalítica, que elaboró una gran variedad de tipos y subtipos.

Sin embargo, Raül Vilagrà, psicólogo clínico del Grupo de Trabajo de Psicología Clínica en atención primaria del COPC, asegura que hoy en día está en desuso respecto a su terminología clásica, es decir, para referirse a cuadros de sufrimiento mental y psicológico sin causa orgánica y que no son de tipo psicótico. Ahora son definidos como trastornos mentales, los cuales están catalogados de manera más específica en una gran variedad: trastorno de ansiedad social, obsesivo-compulsivo, de pánico...

No obstante, cuando se trata de presentar ciertos rasgos de neuroticismo en la personalidad, aún sigue vigente. “Se caracteriza por altos niveles de angustia o ansiedad anticipatoria, inseguridad, tendencia acentuada a la rumiación y a la preocupación sobre eventos pasados, presentes y especialmente futuros, estilos de interpretación de la realidad sesgados hacia lo negativo, y a veces de forma asociada a todo lo anterior, tensión y malestar físicos o síntomas somáticos”, explica Vilagrà.

El neuroticismo se caracteriza por altos niveles de angustia o ansiedad anticipatoria, inseguridad, tendencia acentuada a la rumiación y a la preocupación”

Además, el experto afirma que, todos aquellos que presenten estos rasgos, suelen desarrollar diferentes estrategias de afrontamiento defensivas para evitar o encubrir su malestar -susceptibilidad, irritabilidad, mecanismos evitativos o miedosos...-. También indica que estos comportamientos pueden ser denominados como ‘inestabilidad emocional’.

Por supuesto, aclara depende de los diferentes grados de frecuencia y gravedad, en función de la relación que tenga el individuo consigo y con los demás, pues estas características las puede tener en mayor o menor medida todo el mundo. Lo que está claro es que hay alta tendencia al sufrimiento, emociones y pensamientos negativos por acontecimientos pasados, futuros y todo lo que imagina que puede ocurrir, así como una visión del mundo dicotómica de ‘blanco y negro’ a veces irracional.

Las ventajas de ser un neurótico

Tras un perfil como el esbozado anteriormente, resulta difícil pensar que puede haber algo bueno en afrontar la vida de esta manera, pero no todo es tan negativo. Algunos estudios sugieren que el neuroticismo puede aportar mayor creatividad, un procesamiento cognitivo más rápido e incluso mayor motivación.

Por su parte, el trabajo que lo asocia con una reducción del 8% en la mortalidad, capitaneado por Catharine Gale, profesora de epidemiología cognitiva de la Universidad de Southampton, llegó a la conclusión de que se debe a que acudieron más al médico, lo cuál condujo a diagnósticos más tempranos de enfermedades graves, particularmente en el caso del cáncer.

El estudio asoció una reducción del 8% en la mortalidad y concluyó que se podía deber a que estas personas acudían más al médico” Irónicamente, Gale observó que estos sujetos solían ser los que menos conductas saludables tenían -tenían más tendencia a fumar, beber, no hacer deporte ni dieta-, pero curiosamente sabían el momento adecuado de hacer una visita médica. Otros estudios también han respaldado esta conexión entre “neuroticismo saludable” y mayor preocupación por la salud.

“Aunque no siempre, puede implicar altos niveles de autofocalización y consciencia de sí mismo, la necesidad de dar explicación a su malestar y una manera de entender la vida (existencia) a través de formas de expresión relacionadas con el arte”, sentencia Vilagrà. “Respecto a si nos “alarga la vida”, debe ser entendido como que puede hacer que nos exponamos a menos riesgos físicos o vitales, estar más pendientes de la salud física y visitar más al médico”, continúa el experto.

Asimismo, explica que aunque la hipocondría es un cuadro psicopatológico muy relacionado con alto neuroticismo y estados afectivos negativos, no necesariamente una persona con alto neuroticismo es hipocondriaca. “Este trastorno implica altos niveles de preocupación, obsesión y ansiedad secundarios al creer de forma infundada que se tiene una enfermedad, lo que lleva a comprobarlo mediante exámenes médicos una y otra vez”, señala el psicólogo clínico.

Por último, Vilagrà concluye que este tipo de estudios estadísticos han de tomarse con cautela y sin que sus conclusiones universales sean extensibles a toda la población, ya que en el caso de este, considera que un neuroticismo alto puede disminuir claramente la calidad de vida. Aunque no siempre, puede implicar altos niveles de autofocalización y consciencia de sí mismo, la necesidad de dar explicación a su malestar y una manera de entender la vida (existencia) a través formas de expresión relacionadas con el arte”.

2.5 Enfoque biomédico

Este enfoque, que caracteriza los trastornos mentales a partir de criterios fundamentalmente biológicos y que tiene sus raíces en los orígenes de la medicina, con Hipócrates, fue respaldado por algunos descubrimientos realizados en el siglo XIX, como la relación existente entre la sífilis y determinadas alteraciones psicopatológicas, y ya en

nuestro siglo se consolidó gracias a la investigación y las aplicaciones de la psicofarmacología.

El modelo biomédico actual en psicopatología tiene sus premoniciones en Griesinger, Wernicke, Flechsig, Kalbhaum, Morel y muchos otros autores que coincidieron en la premisa de que los trastornos mentales deben ser considerados como enfermedades cerebrales, ya sean primarias o secundarias (padecimientos somáticos que afectan secundaria y eventualmente al cerebro, como el paludismo, la fiebre tifoidea, etc.). Los síntomas de los trastornos mentales se manifiestan en el ámbito de lo psíquico, pero son de naturaleza fisiológica.

Kraepelin es probablemente el autor que mejor sistematizó inicialmente este enfoque: a cada factor etiológico debe corresponder un cuadro clínico particular, un curso determinado y una anatomía patológica precisa.

Los diferentes tipos de enfermedad pueden ser clasificados en tres grandes grupos, en función de que su causa sea un agente externo (como un virus) que ataca al organismo (enfermedad infecciosa), un mal funcionamiento de algún órgano (enfermedad sistémica), o un trauma (enfermedad traumática). De estos tres modelos, el de enfermedad sistémica ha sido el que ha alcanzado una aplicación más extensa en una gran variedad de trastornos mentales.

En el paradigma convergen las investigaciones sobre alteraciones bioquímicas, que han dado lugar a una extensa literatura sobre la relación existente entre los neurotransmisores (sustancias que transmiten el impulso nervioso entre las neuronas) y los trastornos mentales.

Este enfoque otorga gran importancia al estudio de la predisposición genética a padecer determinados trastornos, pues en muchas ocasiones adopta una perspectiva interaccionista (modelo de vulnerabilidad-estrés) que toma en consideración tanto la predisposición genética como la incidencia de agentes patógenos externos.

Se distinguen dos clases de indicadores de anomalías orgánicas o funcionales: los signos y los síntomas. Los primeros son indicadores objetivos de procesos orgánicos alterados, es decir, públicamente observables, mientras que los segundos son indicadores subjetivos de

procesos orgánicos anómalos, es decir, percibidos por el propio sujeto. Al conjunto de signos y síntomas que forman un cuadro clínico determinado se le denomina síndrome.

La investigación sobre los aspectos biológicos de la conducta anormal y la industria organizada en torno al desarrollo de psicofármacos ha propiciado que el enfoque biomédico goce de gran prestigio en la actualidad, aunque se han criticado algunos inconvenientes asociados con él.

Por ejemplo:

Puede originar un reduccionismo radical que limite un conocimiento completo de todos los factores implicados en la determinación y el mantenimiento del comportamiento anormal.

Las relaciones de causa-efecto no van sólo desde el nivel biológico hacia el nivel psicológico, puesto que las variables psicológicas (hábitos, cogniciones, etc.) pueden ser también causa de determinados procesos biológicos. Estas relaciones de determinación recíprocas entre niveles no se fundamentan en presupuestos dualistas, sino que se apoyan en una filosofía monista emergentista, según la cual pueden distinguirse distintos niveles de organización de la realidad (físico, químico, biológico, psicológico y social) en función de la complejidad de los sistemas propios de cada uno de ellos.

Otro problema asociado con este enfoque es el tipo de paradigmas que se utilizan preferentemente. Al ser éstos modelos de laboratorio, y con frecuencia modelos animales, la posibilidad de generalización a la patología humana es menor que en enfoques en los que se tiende a trabajar, de preferencia, con seres humanos. Tiende a considerar al paciente como un sujeto pasivo, pues no se le atribuye responsabilidad en el inicio, curso o desenlace del trastorno.

2.6 Enfoque conductual y Enfoque cognitivo

El extraordinario desarrollo de la psicología del aprendizaje durante este siglo ha propiciado la extensión del enfoque conductual a gran cantidad de áreas de investigación e intervención, entre ellas la psicopatología.

Las técnicas de modificación de conducta, en particular, como área de aplicación de los principios de la psicología del aprendizaje al tratamiento de la conducta anormal,

constituyen probablemente el factor facilitador más importante de la difusión del enfoque conductual de los trastornos mentales (trastornos de conducta, en la terminología propia de este enfoque).

Autores como Eysenck y Wolpe, que se encuentran entre los pioneros de esta perspectiva, son responsables también de las primeras formulaciones del comportamiento anormal realizadas desde el enfoque conductual, aunque sus antecedentes pueden situarse aun antes, con los experimentos de Watson y Rayner (1920) sobre adquisición de fobias mediante condicionamiento clásico, y de Pavlov sobre neurosis experimentales.

H.J. Eysenck (1957) había observado que la efectividad de las psicoterapias en uso a mediados de los años cincuenta era más que cuestionable, lo que le llevó a interesarse en la posibilidad de desarrollar técnicas terapéuticas derivadas de los principios del aprendizaje.

El principio básico del enfoque conductual en psicopatología, es que la conducta trastornada consiste en una serie de hábitos desadaptativos condicionados (clásica o instrumentalmente) por ciertos estímulos. En consecuencia, el tratamiento adecuado estriba en aplicar los principios del aprendizaje para extinguir esos hábitos.

La principal objeción que se ha hecho al enfoque conductual se basa en la necesidad de considerar, además de las relaciones funcionales entre los estímulos y las respuestas, la participación de variables no observables directamente, como pueden ser las de tipo cognitivo, para optimizar la explicación del comportamiento anormal y mejorar la intervención sobre el mismo.

Ello dio lugar a nuevos desarrollos que, aun enmarcándose todavía en el enfoque conductual, incluyen conceptos cognitivos en sus teorías sobre el comportamiento anormal (Bandura, 1969, entre otros). Estas formulaciones, que podrían denominarse conductistas ampliadas o neoconductistas, aceptan la inclusión de elementos cognitivos en sus planteamientos, pero éstos no son todavía el eje vertebrador de las teorías que se construyen.

La problemática del conductismo se limita al comportamiento, desentendiéndose de la mente; fija sus objetivos en la descripción, predicción y control del comportamiento de los organismos. La ansiedad patológica se refiere, desde el enfoque conductual, a una clase

de respuestas aprendidas; el tratamiento, por lo tanto, debe encaminarse a su extinción y al aprendizaje de las respuestas correctas. Se considera a la ansiedad como una respuesta de temor condicionada.

Tras una perturbación emocional ante un peligro o un trauma real, o después de una exposición repetida a una situación o clase de situaciones en las que se produzca la alteración emocional, las respuestas emocionales quedan condicionadas por algunas señales contextuales que, en el futuro, serán suficientes para producir una respuesta emocional muy resistente a la extinción.

Tal respuesta emocional puede generalizarse a nuevos estímulos en función de su semejanza con los presentes en la situación traumática. Esta hipótesis procede del trabajo de Watson y Rayner (1920), en el que demostraron experimentalmente que era posible hacer aprender una conducta fóbica, por condicionamiento pavloviano, asociando un estímulo neutro (una rata blanca) con un estímulo aversivo (ruido intenso), a un niño de 11 meses en sólo cinco ensayos.

En consecuencia, el proceso de condicionamiento clásico parecía ser un buen modelo para las fobias. Siguiendo esta línea de razonamiento, otros investigadores sugirieron que el temor puede transferirse a continuación de otros estímulos a través de diferentes procesos de generalización

Otros modelos formulados desde este mismo enfoque, proponen que el aprendizaje de una fobia podría lograrse por observación directa de un modelo o, incluso, por instrucción verbal sin necesidad de observación directa (por ejemplo, cuando la madre indica al niño que tal animal es peligroso).

Si bien algunos conceptos cognitivos ya formaban parte de teorías psicopatológicas conductuales, aún no habían alcanzado en éstas la categoría de conceptos centrales, determinantes fundamentales del comportamiento anormal, que continuaba reservado para las relaciones funcionales entre estímulos y repuestas.

Gran parte de los modelos de trastornos mentales elaborados desde este enfoque están basados en la analogía mente-ordenador. La mente es entendida como un sistema de procesamiento de información que, como los ordenadores, recibe, selecciona, transforma,

almacena y recupera datos, mientras que los trastornos mentales pueden ser explicados a partir de un mal funcionamiento de algunos componentes de ese sistema.

Pueden destacarse tres teorías de la ansiedad en el contexto del enfoque del procesamiento de información: la de Lang sobre procesamiento de imágenes y afectos, la de red asociativa de Bower y la del esquema de Beck, a las cuales puede añadirse la de Tous (1986).

Lang (1968) sostiene que toda la información es codificada en el cerebro de manera abstracta y uniforme, incluso las imágenes (es decir, rechaza la idea comúnmente aceptada de que éstas son representadas en el cerebro de forma icónica o análoga).

Las imágenes no son representaciones sensoriales sino estructuras proposicionales que, en consecuencia, pueden incluir características semánticas asociadas con los estímulos (por ejemplo: “volar en avión es peligroso”). De manera más detallada, Lang afirma que la memoria emocional contiene tres tipos de información:

Sobre estímulos externos, referente a sus características físicas.

Sobre las respuestas asociadas a los estímulos, que incluye la expresión facial, la conducta verbal, respuestas de aproximación o evitación, y cambios viscerales y somáticos.

Proposiciones semánticas, que definen el significado de los estímulos y de las respuestas asociadas con ellos (probabilidad de ocurrencia, consecuencias de las respuestas, etcétera).

Las proposiciones se agrupan en la memoria en redes, que constituyen una especie de programas afectivos, pues producen una expresión afectiva determinada cuando se activa un número suficiente de proposiciones de una red.

Tanto la teoría de Bower (1981) como la de Beck (1976) tenían por objetivo explicar la depresión, pero son aplicables también a la ansiedad. Coinciden en sostener que la ansiedad es resultado de una estructura cognitiva disfuncional que genera un sesgo en el procesamiento de información.

Este sesgo consiste en que se presta más atención a los aspectos amenazadores del entorno que a otros. Las señales de peligro (real o posible) son amplificadas por la

atención de la persona que sufre ansiedad, de manera que ocupan la mayor parte de su conciencia.

Tous (1986) también elaboró un modelo de ansiedad basado en el procesamiento de información que señala la necesidad de diferenciar la ansiedad patológica de aquella que no lo es; ésta constituye un mecanismo adaptativo para el individuo, pues prioriza los procesos de percepción sobre los de respuesta ante situaciones que pueden suponer novedad o peligro, y permite la selección de una respuesta no impulsiva sino adecuada a la complejidad de la situación.

La ansiedad patológica consistiría en un funcionamiento exagerado de este mecanismo, que genera una inhibición desproporcionada de la respuesta ante situaciones en las que no es necesario tal grado de inhibición.

En los años sesenta surgieron los que se suelen considerar como los primeros modelos cognitivos de la emoción, en los que se empieza a suponer que hace falta cierta actividad cognitiva, procesos de atribución de causalidad, o valoración de las consecuencias de la situación por ejemplo, para que se desarrolle una reacción emocional.

En general, se suele decir que las situaciones son sólo potencialmente ansiógenas porque no siempre producen reacciones de ansiedad. Desde los modelos cognitivos se considera que lo que genera la reacción es el significado o la interpretación de la situación que hace el individuo.

En ocasiones el individuo reconoce (es consciente) de que la situación no supone una amenaza objetiva para él, pero no puede controlar voluntariamente su reacción de ansiedad. De entre todos aquellos factores de tipo cognitivo que se han estudiado, se destacan los sesgos en el procesamiento de la información.

Las personas vulnerables al desarrollo de trastornos de ansiedad, tienden a pensar en asuntos relativos a amenazas reales o posibles, sobre todo en torno a tres temas: aceptación, competencia y control.

En situaciones ansiógenas donde está implícita una evaluación social o un potencial rechazo de los otros, posibles críticas laborales o una pérdida del control ejercido sobre el ambiente, se desencadena el estado emocional ansioso.

Las formas de pensar ansiógenas dirigen el procesamiento hacia los aspectos internos y externos congruentes con ellos, de manera que el individuo atiende selectivamente a los estímulos amenazantes del ambiente, da interpretaciones amenazantes a aquellos que son ambiguos y recupera de la memoria información relativa a la amenaza en mayor medida que información neutra o positiva.

La preocupación es una de estas formas de pensar sesgadas, y uno de los síntomas característicos de diferentes cuadros de ansiedad. Puede definirse como una cadena de pensamientos e imágenes, relativamente incontrolables, acompañados por un estado afectivo negativo.

Constituye una tentativa de solucionar un problema, cuyo resultado es incierto y que contiene la posibilidad de una o más consecuencias negativas. Diversas teorías han contribuido a esclarecer las características de este sesgo de interpretación del entorno, tan característico de la ansiedad.

Según la teoría del aprendizaje, las preocupaciones se desencadenarían ante determinados estímulos del entorno, que habrían adquirido carácter de amenaza a través del condicionamiento clásico debido a su asociación con circunstancias vitales frustrantes (aquellas en las que se produce discrepancia entre el rendimiento real del sujeto y sus expectativas).

La preocupación, además, se constituiría como una conducta cognitiva de evitación con la propiedad de reducir la activación fisiológica, con lo que la persona invertiría cada vez más tiempo en esta actividad reforzante, en razón de sus efectos reductores de la activación fisiológica excesiva y desagradable.

Es posible identificar la preocupación con una conducta cognitiva evitativa de tipo lingüístico, caracterizada por reducir o inhibir las actividades imaginaria y fisiológica. Las preocupaciones ponen en marcha un ciclo capaz de retroalimentarse. Producen una autofocalización de la atención, que consiste en un estrechamiento atencional o hipervigilancia que impide redirigir la atención sobre los estímulos externos, lo que lleva a una sensación de incontrolabilidad de las preocupaciones.

Por efecto de esta hipervigilancia se desencadena un estado afectivo negativo que produce un aumento de la activación fisiológica, la cual incrementa la autofocalización, así como la incontabilidad de las preocupaciones.

La hipervigilancia consistiría, inicialmente, en un constante rastreo de los estímulos ambientales, con motivo de la detección de cualquier posible amenaza. En esta primera fase, en la cual el espectro de atención es muy amplio, es fácil que el sujeto evalúe un gran número de estímulos neutros como potencialmente amenazantes y que su procesamiento sea interferido por numerosos estímulos irrelevantes, lo cual provoca una elevada distracción.

Posteriormente, una vez que el individuo focaliza su atención en los estímulos amenazantes, el sesgo selectivo atencional, centrado en la amenaza, le impide fijar su atención en cualquier otro aspecto del input sensorial más positivo, que hubiese ayudado a solventar las actuales circunstancias.

En esta segunda fase se aprecia, entonces, un estrechamiento del espectro de atención, con una fuerte focalización sobre el peligro y la imposibilidad de redirigir la atención hacia cualquier otra parte del campo estimular.

2.7 Teorías sobre la relación entre ansiedad y rendimiento

En 1908, Yerkes y Dodson establecieron de forma experimental la relación de “U” invertida que existía entre el grado de activación del sujeto y su nivel de rendimiento en una tarea, de modo que éste era mayor cuando aquel descendía.

Después de un largo periodo de casi 50 años, Saranson y Mandler introdujeron un nuevo concepto: el de ansiedad de prueba, causante de la emisión de respuestas interferentes en el momento en que un sujeto es expuesto a situaciones de evaluación.

A partir de este momento, son diferentes las variables que se van estudiando en relación con el rendimiento y la ansiedad de prueba, entre otras, las autoinstrucciones o diálogo interno del sujeto, el feedback sobre la ejecución, la dificultad de la tarea, la presión del tiempo, etcétera.

La conclusión general a la que llegan estos trabajos, es que los sujetos con alta ansiedad suelen mostrar pensamientos autodespreciativos y rumiativos sobre su ejecución,

centrándose más en sí mismos que en la tarea, situación que es activada por la presión que la propia situación genera.

A partir de los años sesenta se inicia una serie de investigaciones encaminadas a delimitar cuáles son los componentes de la ansiedad de prueba y cómo influyen en el rendimiento. Entre ellos se encuentran la preocupación y la emocionalidad.

La primera se refiere a aspectos cognitivos tales como expectativas negativas acerca de uno mismo, de la situación, de las consecuencias de una mala ejecución, etc., en tanto que la segunda, se refiere a la percepción que el sujeto tiene de su activación fisiológica ante la situación, manifestada ante todo por síntomas físicos de ansiedad: tensión muscular, aumento de las pulsaciones, sudoración, tensión en la zona gástrica, etcétera.

En las décadas de 1970 y 1980 se intenta explicar el proceso cognitivo por el cual la ansiedad produce deterioro del rendimiento, indicando que la dificultad proviene de que el sujeto focaliza su atención en aspectos internos tales como pensamientos autoevaluativos y despreciativos, en sus propias reacciones autonómicas, y no en la tarea.

Este modelo explicativo señala básicamente que dicho deterioro se produce por la interferencia en el momento de la recuperación del material aprendido. Las técnicas de entrenamiento atencional y de reducción de la ansiedad avalan estas hipótesis pues, cuando se han aplicado, ha mejorado sensiblemente el rendimiento.

Por último, los estudios más recientes basados en los modelos del procesamiento de la información parecen indicar que el deterioro del rendimiento de las personas con alto nivel de ansiedad es debido tanto a problemas en la recuperación del material (fase de prueba o examen), como a dificultades de almacenamiento y organización de la información (fase de aprendizaje).

En la actualidad existe gran cantidad de evidencia que respalda la idea de que los efectos perjudiciales de ansiedad sobre el rendimiento se deben fundamentalmente a la preocupación que aparece en los estados de ansiedad, que lleva a actividades de procesamiento irrelevantes para la tarea. En el apartado siguiente se comenta con más extensión la relación entre preocupación y rendimiento.

Preocupación y rendimiento

De los diferentes trastornos de ansiedad, aquel que se caracteriza principalmente por la presencia de preocupaciones es el trastorno de ansiedad generalizada (TAG). Bados (2000) ofrece algunos ejemplos de preocupaciones en pacientes con TAG:

a) Una madre se preocupaba porque la comida que preparaba para su bebé podía estar muy caliente y quemarlo; porque podría no oírlo llorar por la noche y quizás ahogar-se; porque podría pasar por alto algún signo o síntoma de enfermedad y tal vez el bebé enfermaría gravemente o moriría.

b) Un periodista se preocupaba porque creía que la gente que entrevistaba podría considerarlo inepto; porque su jefe podría rechazar sus artículos; porque los lectores podrían desaprobado lo que escribía; porque sus compañeros podían estar juzgando todo lo que hacía, y porque podía cometer un error grave que condujera a su despido.

c) Un psicólogo clínico en formación se preocupaba porque creía que trataba inadecuadamente a sus pacientes; porque una llamada telefónica sería; porque un paciente había recaído o había intentado suicidarse, y porque su supervisor podía desaprobado lo que hacía.

d) Una estudiante estaba preocupada porque creía que no rendía lo suficiente; que no estaba a la altura de sus compañeros; que no tenía tiempo suficiente para prepararse; que no lograría superar los exámenes, y que tendría que abandonar la carrera.

e) Un paciente se preocupaba por comentarios que había hecho a los amigos; por lo que éstos pudieran pensar de su forma de vestir; por no tener opiniones tan fundadas como ellos, y porque podían dejarle de lado.

f) Otro paciente estaba preocupado por la posibilidad de que él o alguien de su familia cayera gravemente enfermo; de quedarse sin trabajo, y de que su pareja le abandonara.

Existen dos componentes de la vulnerabilidad psicológica ante la preocupación patológica: la percepción de amenaza generalizada (o la visión del mundo como peligroso) y sentirse incapaz de afrontar los eventos amenazantes.

Con frecuencia, los sujetos con TAG presentan características de personalidad tales como perfeccionismo, dependencia y falta de asertividad, las cuales pueden haber sido

favorecidas por haber sido educados por padres sobreprotectores, muy exigentes y/o ansiosos. Pueden presentar también una vinculación o apego más inseguro a su principal ser querido en la infancia.

2.8 ¿Cómo enfrentarse a un nivel de ansiedad excesivo?

Las técnicas empleadas con más frecuencia y de mayor eficacia incluyen, en la mayoría de los trastornos de ansiedad, diferentes tipos de exposición y paquetes con diversas técnicas cognitivo-conductuales, tales como educación sobre el trastorno, respiración controlada, reestructuración cognitiva, etcétera.

Entre los trastornos de ansiedad de más difícil tratamiento se encuentra el obsesivo compulsivo (TOC). La exposición con prevención de respuesta (EPR) es la terapia psicológica de elección en estos momentos para él. Las variaciones de la EPR que incluyen técnicas cognitivas no han mostrado superioridad respecto de aquella. También se emplean con frecuencia inhibidores de la recaptación de serotonina (Vallejo, 2001).

Para tratar la ansiedad generalizada, las técnicas más eficaces son aquellas que combinan procedimientos cognitivos y conductuales (Capafons, A., 2001). En las fobias específicas, el mejor resultado se obtiene con la exposición en vivo, así como su combinación con técnicas cognitivas.

Al contrario, los psicofármacos no aportan efectos beneficiosos significativos (Capafons, J.I., 2001). La exposición en vivo y la combinación de técnicas conductuales y cognitivas son procedimientos bien conocidos de intervención sobre la agorafobia.

La farmacoterapia con antidepresivos o benzodiazepinas es más fácil de administrar y de seguir, pero tiene más efectos secundarios y produce más abandonos (Bados, 2001). Los tratamientos para el trastorno de pánico con mayor evidencia de eficacia son el paquete propuesto por Barlow y el programa de terapia cognitiva de Clark (Botella, 2001).

El primero incluye un componente educativo, exposición a sensaciones interoceptivas, reestructuración cognitiva destinada a modificar las creencias erróneas del paciente respecto del pánico y la ansiedad, y entrenamiento en respiración y relajación. El segundo se basa en la modificación de las interpretaciones catastrofistas de las sensaciones corporales (por ejemplo:

“voy a tener un ataque cardiaco, no podré respirar y me moriré, voy a perder el control, voy a desmayarme, voy a enloquecer”, etcétera).

En el tratamiento del estrés postraumático se recomienda exposición, si bien con algunas consideraciones a tener en cuenta, entre ellas, que sus resultados son peores en casos de abuso de alcohol, o si hay comorbilidad con otros trastornos que puedan ser exacerbados por ella. También es recomendable combinar exposición y reestructuración cognitiva (Báguena, 2001).

En general, la modificación de los niveles excesivos de ansiedad requiere intervenir en tres frentes: fisiológico, cognitivo y conductual. Sin embargo, como se ha visto, no siempre la combinación de intervenciones resulta más efectiva que centrarse en uno de estos ámbitos exclusivamente.

El componente fisiológico de la ansiedad se refiere a las alteraciones y sensaciones físicas como la tensión muscular, la hiperventilación, etc. Si se aplican técnicas de intervención sobre la activación fisiológica, como la de relajación progresiva de Jacobson, la respiración controlada y otras semejantes, es posible aprender a reducir esos niveles excesivos de activación fisiológica.

Los componentes cognitivos son las preocupaciones y los pensamientos autodevaluativos. Para controlarlos pueden aplicarse técnicas que inciden sobre el autoconcepto y la autoestima así como otras de reestructuración cognitiva.

El componente conductual está relacionado con todos los comportamientos de evitación que aparecen ante estímulos o situaciones vinculados con la ansiedad. Para cambiar la evitación por un afrontamiento activo de la situación pueden aplicarse técnicas de resolución de problemas y de entrenamiento en habilidades sociales, en apoyo de las técnicas usuales de exposición.

Intervención sobre la activación fisiológica

La relajación, que se define como la ausencia de tensión o activación en el estado de un organismo, se manifiesta en tres niveles:

- a) Fisiológico: incluye los cambios somáticos, viscerales y corticales (cambios en la tensión muscular, tasa cardíaca, ritmos electroencefalográficos).
- b) Conductual: hace referencia a los actos externos directamente observables del organismo (expresiones corporales y faciales, actividad motora).
- c) Subjetivo: se refiere a la experiencia interna consciente del propio estado emocional o afectivo del sujeto (calma, tranquilidad).

Estos tres niveles o tipos de respuesta se encuentran tan íntimamente ligados que forman una unidad integral, de modo que cualquier cambio observado en uno de ellos repercute en los otros.

La relajación produce efectos fisiológicos beneficiosos, pues reduce la frecuencia del pulso y la presión de la sangre, la transpiración y la frecuencia respiratoria. Consigue excelentes resultados en el tratamiento de la tensión muscular, el insomnio, la depresión, los espasmos musculares, el dolor de cuello y espalda, la hipertensión y, por supuesto, la ansiedad.

Además, disponer de una respuesta de relajación sirve para ayudar a enfrentar diversas situaciones de una forma más eficaz, pues incrementa las probabilidades de éxito en futuras actuaciones y reduce las evitaciones.

2.9 Reestructuración cognitiva e intervención sobre el autoconcepto y la autoestima

Reestructuración cognitiva

En general, las diferentes técnicas de reestructuración cognitiva siguen los principios de Beck. Se explica el concepto de pensamientos negativos, la influencia de las situaciones sobre ellos, el efecto de las interpretaciones y predicciones sobre los sentimientos y las acciones, y la necesidad de identificar interpretaciones y predicciones específicas para poder cuestionarlas.

Para ello se utilizan preguntas, imaginación o simulación de situaciones, así como procedimientos de autorregistro. No es fácil identificar aquellos pensamientos que son los

responsables principales de las emociones negativas, puesto que la atención suele centrarse en algunos menos importantes.

Los errores cognitivos que con mayor frecuencia caracterizan el pensamiento de las personas con ansiedad son la sobreestimación de la probabilidad de los sucesos negativos y las predicciones catastróficas.

A continuación, el terapeuta debe resaltar la importancia de cuestionar esos pensamientos negativos. Para ello, es necesario examinar la validez de las predicciones y suposiciones, con el objetivo de sustituirlas por otras más realistas.

Una forma de cuestionar los pensamientos catastróficos es pedir al paciente que suponga que se llega a la peor situación posible por él temida, y que evalúe a continuación si es tan negativo como había supuesto. Una manera de atenuar las consecuencias negativas de tales situaciones imaginarias es mostrarle que tiene recursos para afrontar los acontecimientos, y que el efecto de éstos tiene una duración limitada.

El entrenamiento en resolución de problemas también es adecuado en este punto, puesto que está indicado mostrar al paciente que en lugar de centrarse en los aspectos negativos de los sucesos, debe aprender a buscar soluciones a ellos.

Finalmente, es muy útil que el paciente formule tantas causas hipotéticas como pueda de los sucesos negativos; por ejemplo, si siente el pulso del corazón muy acelerado, puede sustituir la interpretación de que se debe a un ataque inminente por la de que está nervioso por algo o que ha tomado demasiado café.

Autoconcepto y autoestima

El autoconcepto es el conocimiento que se tiene de uno mismo. Al igual que cualquier otro concepto, es una representación cognitiva que incluye los conocimientos aprendidos por cualquier medio acerca de alguna cosa (en el autoconcepto sobre uno mismo).

La autoestima es un componente del autoconcepto, que se refiere a los aspectos afectivos relacionados con el objeto de conocimiento; es el grado en que se valora la propia identidad, con todos los aspectos positivos y negativos que se perciben en ella.

En cierta medida, el autoconcepto y la autoestima son influidos por el concepto que otros tienen de nosotros y por el grado en que nos valoran. Si estamos con personas que no nos aceptan, que nos ponen condiciones para querernos, disminuye la autoestima.

Pensamientos y autoestima

La baja autoestima está relacionada con una distorsión del pensamiento (forma inadecuada de pensar): la autodevaluación. Si se han experimentado muestras de falta de aprecio, de desconfianza, los mensajes devaluativos pueden llegar a interiorizarse y hacerse propios, es decir, se incorporan al autoconcepto como creencias.

Para cambiar esas creencias se aplican procedimientos de reestructuración cognitiva:

1. Detectar los pensamientos de autodevaluación. Por ejemplo: ante una situación de prueba, un examen, una entrevista, un trabajo difícil, ¿qué pensamientos aparecen? Quizás: “no voy a poder”. “Los demás son mejores que yo.” “La otra vez me salió mal, ahora tengo pocas posibilidades.” “Siempre me equivoco.” “Nunca seré capaz.”
2. Discutir los pensamientos activamente. Deben ser refutados, es decir, confirmar que no son realistas: “¿realmente todo me sale mal?” “¿Quizás estoy exagerando?”
3. Buscar alternativas de pensamiento. “¿No es mejor intentarlo?” “Puede que me salga mal y puede que me salga bien.” “No soy perfecto, puedo equivocarme y aprender de mis errores.” “Tengo limitaciones, pero también capacidades.” Distorsiones cognitivas que deterioran la autoestima.

Hipergeneralización: a partir de un hecho aislado se crea una regla universal, general, para cualquier situación y momento: “he fracasado una vez” (en algo concreto). “¡Siempre fracasaré!” (se interioriza como que se fracasará en todo).

Designación global: se utilizan términos peyorativos para describirse a uno mismo, en lugar de describir el error concretando el momento temporal y la situación concreta en que sucedió: “¡que torpe (soy)!”

Filtrado: se presta atención selectiva a lo negativo y se desatiende lo positivo.
Pensamiento polarizado: pensamiento de todo o nada. Se llevan las cosas a sus extremos. Se construyen categorías absolutas. “Es blanco o negro.” “Estás conmigo o contra mí.”

“Lo hago bien o mal”. No se aceptan ni se saben formular valoraciones relativas. “O es perfecto o no vale.”

Autoacusación: uno se encuentra culpable de todo. “Tengo la culpa, ¡tendría que haberme dado cuenta!”

Personalización: se supone que todo está relacionado con uno mismo y la persona se compara negativamente con todos los demás. “¡Tiene mala cara, qué le habré hecho!”

Lectura del pensamiento: se supone que los demás no tienen interés en uno, que no es aceptado, que piensan mal de uno sin evidencia real de ello. Son suposiciones que se fundamentan en ideas peregrinas no comprobables.

Falacias de control: se siente que se tiene una responsabilidad total con todo y con todos, o bien que no se tiene control sobre nada, que se es una víctima desamparada.

Razonamiento emocional: “si lo siento así, es verdad”. Se siente soledad, sin amigos y se cree que este sentimiento refleja la realidad sin contrastarlo con otros momentos y experiencias.

Estas distorsiones de pensamiento o trampas son aprendidas y llevan a confundir la percepción de la realidad. Es bueno reconocerlas como distorsiones y, por lo tanto, no aceptarlas como verdaderas, para evitar que influyan negativamente sobre el autoconcepto y la autoestima.

Algunas frases constructivas, que cambian estereotipos de pensamiento, pueden ser incluidas en el vocabulario: Si fallo ahora, la próxima vez lo haré mejor. Se empieza por intentarlo. Es mejor equivocarse que no hacer nada; se aprende de los errores. Me acepto aunque no logre todos mis objetivos. Puedo intentarlo.

2.10 ¿Qué es el estrés?

Desde las múltiples disciplinas que abordaron la temática del estrés surgieron sesgos y orientaciones teóricas diferentes que propusieron otras tantas concepciones y definiciones. Así, los enfoques fisiológicos y bioquímicos acentuaron la importancia de la respuesta orgánica, interesándose en los procesos internos del sujeto, en tanto que las

orientaciones psicológicas y sociales hicieron hincapié en el estímulo y la situación generadora del estrés, focalizándose en el agente externo.

Otras tendencias apuntaron a superar esa dicotomía interno-externo, por lo cual acentuaron la interrelación y los procesos mediacionales o transaccionales.

Por lo general, la bibliografía destaca estos tres modelos (Sandín, 1995), pero la investigación ha descubierto nuevas líneas de análisis, permitiéndonos, por lo menos, agregar otras dos perspectivas: la primera se centra en la calidad o naturaleza del estrés, al cual denomina “distrés”, si es negativo, y “eustrés” si es positivo.

El último enfoque, más reciente, que integra un conjunto complejo de variables, ha permitido construir modelos multimodales que presentan visiones comprensivas más amplias y abarcadoras del tema.

En síntesis, distinguimos cinco orientaciones teóricas o modelos interpretativos sobre el estrés, que representan sendas vertientes de estudio y recogen los principales perfiles de la investigación.

Estrés como respuesta. Teoría fisiológica

La teoría fisiológica desarrollada por Selye (1960, 1975). Como ya hemos visto, este autor ha definido el estrés como la respuesta inespecífica del organismo ante la demanda de un agente nocivo (estresor o alarmador) que atenta contra el equilibrio homeostático del organismo (Cannon, 1932).

Es, pues, una respuesta orgánica normal ante situaciones de peligro. En esas circunstancias, el organismo se prepara para combatir o huir (fight or flight), mediante la secreción de sustancias como la adrenalina, producida por las glándulas suprarrenales (ubicadas en el extremo superior de los riñones).

Esta sustancia se disemina por toda la sangre y es percibida por receptores especiales en distintos lugares del organismo, que responden para prepararse para la acción. En estas circunstancias, el corazón late más fuerte y rápido, aumenta la irrigación, los órganos menos críticos (riñones, intestinos) se contraen para disminuir la pérdida de sangre en caso de heridas, para dar prioridad al cerebro y los órganos más críticos para la acción (corazón, pulmones, músculos).

Los sentidos se agudizan y la mente entra en estado de alerta. En la figura 8.2 se ilustra el patrón de respuesta según el modelo de Selye. Se ha cuestionado esta teoría, pues se sostiene que “no establece las condiciones para que un estímulo pueda ser considerado estresor independientemente de sus efectos” (Sandín, 1995, p. 7), ya que lo define en forma tautológica, como un estímulo que produce estrés.

La otra crítica se refiere al concepto de inespecificidad. Según Selye, la respuesta de estrés es inespecífica, ya que es producida por estresores diferentes como agentes físicos (por ejemplo, frío, calor, un objeto punzante, etc.), psicológicos (por ejemplo, un insulto o amenaza de agresión) o psicosociales (por ejemplo, pérdida del trabajo, crisis económica, etc.).

Todos estos estímulos inducen la misma respuesta del organismo: la activación del eje hipotálamohipófiso-suprarrenal. Sin embargo, los estudios experimentales de Mason (1971) y Weiss (1971), demostraron que la respuesta del organismo está generada más por un estímulo emocional que por el físico, ya que animales bajo los mismos estímulos reaccionaron fisiológicamente diferente según la percepción emocional que el estímulo presentaba para ellos.

Más allá de las críticas que se han efectuado a este modelo, es destacable por la importancia histórica que tuvo y por haber abierto un campo fecundo de investigaciones centrado especialmente en la acción de los factores fisiológicos del estrés. La limitación fue precisamente haber reducido el campo a los aspectos orgánicos en detrimento de las variables cognitivas, conductuales, de personalidad y contextuales intervinientes.

Estrés como estímulo.

Teoría de los sucesos vitales Esta perspectiva, quizás como reacción a la anterior, puso el acento en los estímulos ambientales, es decir, localizó fuera del individuo el hecho gravitante del estrés.

Los principales responsables de esta teoría fueron dos psiquiatras, Holmes y Rahe, quienes observaron cuidadosamente los acontecimientos vitales que habían precedido a la enfermedad en 5,000 pacientes hospitalizados.

En su investigación encontraron evidencias significativas de que los cambios ocurridos en la vida de esas personas incrementaron la posibilidad de contraer la enfermedad, al cabo

de uno o dos años. Así, por ejemplo, situaciones como enviudar, ser despedido del trabajo o problemas con el jefe podían activar las hormonas y la fisiología del estrés, disminuir la eficacia defensiva del sistema inmunológico e incrementar la vulnerabilidad a la enfermedad.

Lo sorprendente fue que algunos de los acontecimientos que precedieron a ésta no fueron negativos, sino, por el contrario, positivos, como casarse, tener un hijo, mudarse a una casa nueva o una promoción en el trabajo. Sin embargo, aun esos acontecimientos felices fueron estresantes, es decir, que requerían un ajuste para el cambio.

En síntesis, los autores señalaron que: a) la magnitud del cambio vital está alta y significativamente relacionada con la aparición de la enfermedad; b) cuanto mayor sea el cambio vital o crisis, mayor es la probabilidad de que este cambio se asocie con la aparición de la enfermedad en la población de riesgo y c) existe una fuerte correlación positiva entre la magnitud del cambio vital y la gravedad de la enfermedad crónica experimentada (González, 1987, p. 406).

La principal crítica que se formula al modelo del estrés psicosocial es que la reacción del sujeto depende más de la percepción del evento que del evento en sí. No toma en cuenta las diferencias individuales en la respuesta al estrés.

Por lo demás, el hecho de que los acontecimientos vitales aumenten los niveles de estrés, no quiere decir que vaya a producirse una enfermedad; para que ella se origine deben presentarse otros factores propios del sujeto.

Además, conviene señalar que, en muchos casos, los eventos vitales pueden desempeñar una función positiva, en lugar de enfermar, pueden activar la resiliencia (Walsh, 1998), o la posibilidad de crecer y madurar, o de adquirir nuevas destrezas, que mejoren los recursos de autoeficacia y autoconfianza o desarrollen otras habilidades que acrecenten el bienestar.

Es necesario reconocer que las investigaciones de Holmes y sus colaboradores han jugado un importante rol en la literatura psicológica y desarrollado una línea de estudios muy fecunda. Del análisis de las experiencias estresantes por sucesos vitales múltiples que implican cambios, ha evolucionado hacia los sucesos cotidianos, considerando el impacto de los eventos negativos —fastidios o hassles— y positivos —satisfacciones o uplifts— en

el diario vivir. También se ha mejorado la confiabilidad de los instrumentos de evaluación, obteniéndose datos de utilidad sobre las relaciones causales entre el estrés y los problemas de salud.

2.11 Moderadores de la experiencia del estrés

Para abordar esta sección tomamos como marco de referencia una clasificación de los factores del estrés (González, 1989, 1991) realizada según el grado de participación que éstos tienen en la experiencia del estrés. De acuerdo con ella, se definen tres tipos de factores, a saber: Factores internos de estrés. Incluyen las variables del propio sujeto directamente relacionadas con la respuesta de estrés.

Un ejemplo de este tipo de factor lo constituye el denominado índice de reactividad al estrés, que se define como “el conjunto de pautas habituales de respuesta cognitiva, emocional, vegetativa y conductual ante situaciones percibidas como potencialmente nocivas, peligrosas y desagradables” (González, 1990; Rodríguez, 2001).

Factores externos de estrés. Éstos hacen referencia a los estresores medioambientales que pueden sobrecargar los mecanismos de defensa y la regulación homeostática o de ajuste del individuo.

Ejemplos característicos de estos factores lo constituyen el índice de los sucesos vitales (Holmes y Rahe, 1967) y los hassles (fastidios) de la vida cotidiana, inclusive de los “eventos interpersonales” (Maybery and Graham, 2001).

Factores moduladores. Están constituidos por variables tanto del medio ambiente como del propio individuo que no están en relación directa con la respuesta de estrés, pero que actúan como condicionadores, moduladores o modificadores de la interacción entre los factores externos e internos de estrés.

De entre los factores moduladores se pueden señalar variables como el apoyo social, determinados estados afectivos y características de personalidad (por ejemplo, personalidad de tipo A y C, hardiness) o cualidades atribucionales (por ejemplo, el “locus de control”) o de manejo de las situaciones adversas como la “resiliencia”.

En esta sección nos interesa este último tipo de factores, aquellos que intervienen para incrementar o amortiguar la percepción de amenaza o la acción de los estresores y que,

por lo tanto, facilitan o entorpecen las respuestas adaptativas, de modo tal que algunas respuestas serán eficaces y otras no. Por razones de espacio trataremos brevemente algunos de esos factores que han tenido mayor protagonismo en el tratamiento bibliográfico, como son el apoyo social, las variables de personalidad y la resiliencia.

El apoyo social

Los roles que juega el apoyo social como amortiguador del impacto del estrés y como variable asociada con la salud son cuestiones ampliamente estudiadas desde varios años atrás (Broadhead et al., 1983), particularmente en relación con algunas enfermedades, tales como los trastornos cardiovasculares (por ejemplo, Orth-Gomer, 2000; Steptoe, 2000; Wlodarczyk, 1999) y el cáncer (por ejemplo, Northouse, 1988).

Aunque algunos investigadores aseguran que el apoyo social es un factor moderador del impacto del estrés sobre la reactividad cardiovascular, otros no han encontrado evidencias suficientes (Anthony y O'Brien, 1999; Tennant, 1999).

En la búsqueda de una respuesta al tema, agrega Kors (2000), el apoyo social es un factor moderador del efecto del estrés en la medida en que la persona tenga una alta predisposición a buscar ese apoyo en situaciones estresantes.

En un estudio centrado en el estrés laboral, Hagihara y colaboradores (1998), descubrieron que no es la variable como un todo sino ciertas dimensiones del soporte social las que interactúan en determinados trabajadores para amortiguar el estrés.

Cuando analizaron los contenidos del apoyo social, Payne y Jones (1987; cfr., Sandín, 1995) detectaron cinco elementos básicos, a saber: 1) dirección, según el apoyo social sea proporcionado, recibido, o ambas cosas a la vez; 2) disposición de recursos y su utilización; 3) descripción/evaluación de la naturaleza del apoyo social; 4) contenido, según sea emocional, instrumental, informativo o valorativo y 5) redes sociales de que dispone el sujeto, familia, amigos, vecinos, compañeros de trabajo y otros por el estilo.

En las investigaciones del burnout se ha informado que las variables edad y apoyo social se correlacionan inversamente con la vulnerabilidad al síndrome, de modo tal que a mayor edad y más apoyo social del contexto, se reduce la vulnerabilidad al síndrome o no se lo padece o aparece en niveles moderados.

Además, el afrontamiento al estrés resulta más exitoso, sobre todo en la variable apoyo social (Pérez, 2001). Leserman et al. (1999), demostraron que más estrés y menos soporte social puede acelerar el curso de infección en pacientes con VIH. Otros estudios han demostrado diferencias de género con respecto a los modos de afrontar el estrés, observándose que las mujeres buscan en mayor medida que los hombres el apoyo social, manifiestan más sus emociones en relación con el evento estresante y ocupan mayor parte de su tiempo en la realización de actividades distractoras para evitar pensar en las situaciones problemáticas (Crespo y Cruzado, 1997).

Lo que no se ha podido elucidar con exactitud es el mecanismo a través del cual opera el apoyo social en su impacto sobre la salud (Leserman et al., 1999). Una de las hipótesis más probables es que incide sobre las alteraciones del estado de ánimo, especialmente a través de la ansiedad y la depresión, considerándose éstas variables intervinientes.

En ese sentido, Chesney (1998) afirma que el aislamiento social incrementa el riesgo de enfermedad cardiovascular a través del estado de ánimo depresivo y las conductas en torno de la salud, a la vez que sugiere elaborar modelos de intervención focalizados en el incremento del apoyo social con el objeto de reducir las conductas de riesgo.

Una línea de investigación reciente en esta área es el resurgimiento de la teoría del apego de Bowlby (1985), aplicada a la medicina psicosomática como modelo biopsicosocial del desarrollo y de la salud.

En un estudio longitudinal realizado sobre 60 viudas y 60 viudos, cuyo objetivo era determinar cómo elaboraban el duelo y se ajustaban a la soledad, Stroebe y Schut (1996) descubrieron que no era el soporte de amigos sino las figuras de apego las que amortiguaban el estrés y compensaban los déficit.

Según Maunder y Hunter (2001), que llevaron a cabo una amplia revisión de la bibliografía, existen evidencias suficientes para fundamentar la hipótesis de que la inseguridad del apego contribuye a las enfermedades físicas. Además, tiende a generar los riesgos de enfermar a través de tres mecanismos:

1) el incremento de la susceptibilidad al estrés; 2) el incremento del uso de reguladores externos de las emociones y 3) la alteración de las conductas de búsqueda de ayuda.

Concluyen que: el “estilo de apego puede ser un predictor de vulnerabilidad al estrés y de riesgo de enfermar en numerosas enfermedades”.

UNIDAD III: Comprensión de las enfermedades

3.1 Modelos de cognición social y adherencia terapéutica en pacientes con cáncer

El cáncer es una de las enfermedades más temidas, por cualquier persona que pudiera padecerla, tanto por las propias características del padecimiento (dolor, invasión de las células a otras partes del cuerpo y la inminencia de la muerte), como por los efectos secundarios de los procedimientos médicos usados en su tratamiento.

En el caso de la quimioterapia: las náuseas, el vómito, la pérdida de la energía, del cabello, del color de la piel; en la radioterapia: el dolor, y en la cirugía: la desfiguración y las cicatrices ocasionadas por los procedimientos quirúrgicos.

Cuando se le diagnostica cáncer a una persona, debe enfrentar la incertidumbre de si el tratamiento que le indicaron será para curarla o sólo para aliviar las molestias o prolongar su vida o de por qué el tratamiento la hace sentir tan débil y enferma en lugar de aliviarla, cuestiones, todas, que, sin una respuesta, podrían conducir al enfermo a posponer e, incluso, a abandonar el tratamiento indicado.

Sin embargo, el paciente con cáncer requiere recibir un tratamiento certero y oportuno, por lo que debe apegarse a las indicaciones; es decir, debe asistir de manera regular a sus citas de control, realizar ciertos cambios en su estilo de vida y acudir con puntualidad a las citas para la aplicación del tratamiento.

Con base en todo esto, es importante tomar en cuenta las creencias que los individuos tienen en cuanto a la enfermedad y la forma como orientan su comportamiento, en este caso en cuanto a su nivel de adherencia a las indicaciones terapéuticas.

Existen varios modelos que analizan la relación entre las creencias y las conductas de salud protectoras/preventivas denominados de cognición social que consideran la racionalidad del comportamiento humano asumiendo que, por lo regular, la conducta y las decisiones se basan en un análisis subjetivo elaborado, costo-beneficio de los probables resultados de los diferentes cursos de acción.

Así, los modelos de cognición social serían los determinantes más próximos del comportamiento de las personas.

En la presente investigación se estudia la contribución de tres de los modelos de cognición social (el modelo de creencias en salud, el de autoeficacia generalizada y el del valor asignado a la salud) en la adherencia al tratamiento en mujeres, de entre 25 y 75 años, de dos instituciones de salud (una pública y una privada).

Cáncer

El cáncer se considera dentro de la categoría de las enfermedades crónico-degenerativas; su aparición se asocia con características biológicas de las personas, sus estilos de vida, con el aumento de la esperanza de vida al nacer y con otras condiciones propias del desarrollo.

Es una enfermedad que no presenta una sintomatología uniforme; se han identificado más de un ciento de ellas, pero todas presentan las mismas características: una proliferación incontrolada de células, la modificación de los tipos celulares afectados (cambios en el DNA), la invasión de tejidos adyacentes, la producción de metástasis a distancia (Snyder, 1989; Prokof, Bradley, Burish, Anderson y Fox, 1991; Sheridan y Radmacher, 1992); además de que todas las células derivan de una célula normal, esto es, tienen un origen monoclonal (Barlow y Fenoglio-Preiser, 1992).

Respuesta psicológica ante la enfermedad

El cáncer representa una de las enfermedades más temidas por las personas, ya que en algún momento de su vida han estado en contacto o han escuchado de alguien que la ha padecido y, por lo mismo, conocen algunas de sus características tales como: el dolor, la invasión, la inminencia de la muerte o los efectos secundarios de los tratamientos médicos más comunes, todos ellos conocimientos que conformarán creencias que orientarán los comportamientos.

Por lo tanto, sería de esperarse que cualquier persona, ante un cáncer recién diagnosticado, presente una serie de respuestas emocionales que pueden verse afectadas por las características del tratamiento específico indicado. Por ejemplo, en caso de que el tratamiento de elección fuese la cirugía, los pacientes deben conocer tanto la

conveniencia del procedimiento, como, en el caso de que la haya, la pérdida funcional correspondiente.

Las reacciones emocionales esperadas de parte de los pacientes estarán muy relacionadas con el lugar donde se deba llevar a cabo la cirugía y pueden desencadenar sentimientos de temor, vergüenza o culpa.

Si el tratamiento de elección es la radioterapia, el temor del paciente puede asociarse con el uso sólo paliativo que hace algunos años se daba a esta terapéutica y puede llevar al paciente a pensar que su tumor es incurable, o bien, puede temer a las quemaduras o a la exposición excesiva de las radiaciones. Por ello, es conveniente que siempre se informe con detalle al paciente sobre las ventajas y efectos secundarios como la anorexia, la náusea, el vómito, la fatiga, la debilidad, el dolor y la diarrea, que suelen aparecer dos o tres semanas después de iniciado el tratamiento (Romero, 1997).

Si se optó por la quimioterapia, además de sus beneficios, los pacientes deben conocer los efectos secundarios, como pueden ser la pérdida del cabello, la fatiga, la anorexia, las neuropatías periféricas, la estomatitis, la diarrea y los problemas sexuales, así como de las náuseas y el vómito, que aparecen acompañando al tratamiento.

De ese modo, resulta esencial que el personal de salud se encuentre en la mejor disposición para proporcionar información acerca de las molestias que ocasiona la propia enfermedad, de las ventajas que tiene el que se lleven a cabo cada uno de los tratamientos, así como de los efectos secundarios. Disponer de esa información puede favorecer la adherencia del paciente al tratamiento, puede ocasionar que lo posponga o, peor aún, que lo abandone.

3.2 Modelos de cognición social

Se ha pensado que los perfiles de morbilidad y mortalidad de un país se encuentran ligados a patrones particulares de conducta que pueden ser modificados y que cualquier individuo puede adoptar conductas saludables para contribuir a su salud y bienestar.

Las conductas de salud fueron definidas por Kasl y Cobb en 1966 como “cualquier actividad realizada por una persona que la cree saludable, con el propósito de prevenir una enfermedad o detectarla en una etapa asintomática” (Conner y Norman, 1996).

Aunque ha sido una definición limitada, ha permitido el estudio de una variedad de conductas tales como el uso de los servicios médicos, la adherencia a los regímenes médicos y las conductas saludables autodirigidas.

Las conductas saludables estudiadas han sido tan diversas como la participación en programas de ejercicio y de alimentación saludable, la asistencia regular a las revisiones en la clínica privada, la vacunación contra enfermedades, el uso del condón, evitar conductas nocivas como fumar hasta las comunes del papel de enfermo como la adherencia al tratamiento médico.

Lo que unifica esas investigaciones es que lo estudiado tendrá un efecto a corto o a largo plazo sobre la salud del individuo y puede estar bajo su propio control (Marteau, 1993; Conner y Norman, 1996).

En el campo de la psicología de la salud, la identificación de los factores que subyacen a las conductas saludables ha motivado múltiples estudios guiados por la necesidad de conocer las razones que llevan a las personas a realizar esos comportamientos, con la finalidad de poder diseñar intervenciones que transformen la prevalencia de esas conductas y así contribuir a la salud de los individuos y de las poblaciones.

Dentro de los aspectos identificados, se hallan factores sociocognitivos que se refieren a como los individuos dan sentido a las situaciones sociales y se concentran en las cogniciones individuales o en pensamientos interpretados como procesos que intervienen entre los estímulos observables y las respuestas en situaciones reales específicas (Conner y Norman, 1996); se les conoce como modelos de cognición social (MCS) y han contribuido a un mejor entendimiento de porque las personas emprenden conductas saludables (Marteau, 1993) y de como factores extrínsecos pueden producir cambios conductuales (Rutter, Quine y Chesham, 1993).

Esos modelos asumen que la conducta y las decisiones estarían basadas en un análisis subjetivo elaborado, costo-beneficio de los resultados probables de los diferentes cursos de acción, de tal manera que los individuos buscarían maximizar la utilidad y preferirían conductas asociadas con la mayor utilidad esperada (Marteau, 1993; Conner y Norman, 1996).

Tales juicios subyacen a muchos de los modelos de cognición social como los empleados en este trabajo que son el modelo de creencias en salud de Becker y Rosenstock, el de autoeficacia de Bandura (1987) y el del valor asignado a la salud de Lau, Hartman y Ware (1986).

3.3 Técnicas de recolección de datos: observación y entrevista

La recolección de datos es una de las actividades en donde deben agruparse y se recogen elementos que son importantes dentro de un contenido específico. Comúnmente se hacen con el fin de generar información importante para el desarrollo de un trabajo determinada o un proyecto.

Un ejemplo de ello es cuando se realizan recolecciones de información por medio de determinadas técnicas, siendo una de las más importantes las encuestas. En donde se puede formar una idea de lo que se desea hallar. Asimismo, este tipo de técnicas son usadas en sectores en donde el requerimiento es una prioridad. Tal cual como sucede en el caso de los periodistas.

Es importante tener en cuenta que la recolección de datos no solo se hace a través de una encuesta. También puede darse el caso de aplicar entrevistas o procesos de observación o consultas bibliográficas. Este tipo de aplicaciones son solo surten efectos en el ambiente educativo, son realmente útiles en el sector organizacional para determinadas labores. Como es el caso del Hacking ético o ciberseguridad.

¿Cuál es la importancia de la recolección de datos?

Es de destacar que la recolección de datos es un término que tiene largo rato de haberse empleado. Cuando los conocimientos se dividieron en diversas ramificaciones. Por ende se otorgaron una serie de actividades de investigación que fueron ejecutadas por el ser humano.

El objetivo fundamental de la recolección de datos y es allí en donde actúa su importancia. Es la de obtener información que establezca resultados en determinado tema de estudio. Aplicada en diversas disciplinas o actividades, ya sea ciencias sociales, informática, económica, entre otros.

Las actividades que son empleadas son sumamente importante dentro de los procesos aplicados a la investigación. Debido a que le aportan mayor seguridad y confiabilidad al trabajo. Por lo tanto, la seriedad que presente el trabajo y los resultados son confiables. Además del establecimiento de preguntas y respuestas objetivas que darán una guía para la toma de decisiones.

Algunas de las técnicas que son empleadas en la recolección de datos dentro de una investigación

Generalmente dentro del término de recolección de datos se presentan cuatro técnicas que son fundamentales:

Las entrevistas.

Las encuestas.

La observación.

Los cuestionarios.

Entrevistas

Se trata de un diálogo en donde actúan el entrevistador y los entrevistados. Son conversaciones que se dirigen a una audiencia en particular y se estructuran con base en una pregunta seguida de una respuesta. Se podría decir que se presenta como un diálogo breve entre dos personas.

El fin es presentar una idea, un sentimiento o determinar una información a través de esta técnica. Son fundamentales para la recolección de datos en cuanto a la opinión en particular de un grupo objetivo.

Observación

Es una de las técnicas empleadas en las metodologías para la recolección de datos cualitativos. En donde se observa el objeto que será estudiado con el fin de que se determinen sus características. Para ello, se deben analizar las particularidades de la situación por medio de observación. En donde al mismo tiempo se deben describir los elementos que se encuentran integrados y que son parte del objeto de estudio.

Encuestas

Son una forma para recolectar información importante sobre un tema en específico. Tratándose de preguntas definidas y simples que se dirigen a un porcentaje en particular de la población que debe ser estudiada. Al igual que las entrevistas, busca de generar información que sea de calidad y que permita obtener respuestas. Sin embargo, la aplicación de la misma actúa de manera distinta.

En la entrevista la interacción es directa, en comparación la encuesta la interacción es superficial en donde no necesariamente tiene que encontrarse físicamente el entrevistador.

Cuestionarios

Los cuestionarios son importantes para la obtención de información en un determinado grupo de personas, no tomando en cuenta los análisis estadísticos. Si no más bien destacan a los datos que son recolectados y los cuales presentan diversas variaciones, tanto de orden cualitativo como cuantitativos.

3.4 Modelo de creencias en salud (MCS)

En 1946, la Organización Mundial de la Salud (OMS), creada para promover el desarrollo sanitario en todas las regiones del mundo, así como para luchar contra las enfermedades, además del desarrollo de las ciencias sociales y del reconocimiento de que los aspectos médicos y sociales no eran suficientes para explicar el complejo fenómeno de la salud-enfermedad, concede especial importancia a tres dimensiones básicas para analizar cualquier episodio de enfermedad: la percepción de la susceptibilidad y/o vulnerabilidad ante la enfermedad, la percepción del grado de amenaza de la enfermedad, la evaluación subjetiva de las repercusiones a la salud, y en lo social, a las implicaciones de la enfermedad y a la percepción de los beneficios y a la evaluación de probables dificultades para llevar a cabo determinadas conductas (Marteau, 1993; Álvarez, 2002).

Las dos primeras dimensiones del proceso salud-enfermedad vendrían a representar la percepción personal de riesgo ante la enfermedad y establecerían la motivación para efectuar la conducta; las otras, representarían el grado de accesibilidad a conductas y ocasiones de llevarla a cabo. La esfera individual estaría afectada por elementos externos como los indicadores demográficos y psicológicos que influirían en la conducta y las creencias en salud.

En ese contexto, en la década de los cincuenta, Rosenstock, Hochbaum y Leventhal, psicólogos sociales en los Estados Unidos, desarrollan el modelo de creencias en salud (MCS) con la finalidad de explicar los comportamientos relacionados con la salud (Cabrera, Tascón y Lucumí, 2001; Álvarez, 2002).

El MCS analiza dos aspectos de las representaciones individuales de la conducta de salud en respuesta a la amenaza de la enfermedad: a) la percepción de la amenaza de la enfermedad y b) la evaluación de las conductas para contrarrestar la amenaza (Conner y Norman 1996).

El primero, dependerá de dos clases de creencias: la susceptibilidad percibida es decir, la posibilidad de desarrollar el padecimiento, y la severidad anticipada que es la percepción de la gravedad del padecimiento y sus consecuencias. Del mismo modo, el segundo consta de dos distintos tipos de creencias: las relacionadas con los beneficios o la eficacia de la conducta de salud recomendada y las que se refieren a los costos o barreras de aplicar tal conducta.

Además, el modelo propone disparadores de la conducta de salud apropiada denominados claves para la acción, los cuales pueden provenir de fuentes internas (percepción de un síntoma) o externas (interacciones interpersonales o mensajes de educación para la salud a través de la comunicación de masas). Otro aspecto incluido más adelante en el modelo fue la motivación en salud del individuo o la buena disposición para preocuparse por aspectos en materia de salud (Sheran y Abraham, 1996; Cabrera, Tascón y Lucumi, 2001).

En 1977, el MCS se usó en principio en estudios enfocados a conductas preventivas como la realización de pruebas de rayos X para tuberculosis, vacunarse para polio e influenza o llevar a cabo la prueba de Papanicolao, entre otras (Glanz, Rimer y Sutton, 1993).

Para 1984, se estudiaban conductas como tabaquismo, consumo de alcohol, dieta, ejercicio y el control de presión sanguínea (Marteau, 1993), así como las diferencias entre el uso de la mamografía y el autoexamen de mama (Calnan, 1993).

Mientras tanto, se estudiaban las conductas del papel del enfermo que incluían adherencia con los tratamientos para hipertensión en diabetes tipo insulino dependiente y no

insulinodependiente, enfermedad renal, obesidad y asma (Marteau, 1993; Sheeran y Abraham, 1996).

Las contribuciones positivas del modelo han sido (Álvarez, 2002): 1) conceptualizar las creencias como elementos relevantes para la interpretación de las conductas de los individuos en lo referente a la salud y la enfermedad, 2) un intento de sistematizar un modelo que permitió analizar la influencia de las creencias referentes a las conductas ante la enfermedad y 3) sirvió para demostrar que existe una estrecha relación entre la percepción de adquirir alguna enfermedad y las conductas preventivas.

A pesar de ser uno de los modelos más utilizados, adolece de varias fallas: no incorpora variables cognitivas que son altamente predictivas de conductas en otros modelos, tales como la intención de ejecutar la conducta o la presión social y la percepción de control sobre la ejecución de la conducta; y, por último, es un modelo estático, pues no hace distinción entre una etapa motivacional relacionada con variables cognitivas y una fase volicional donde la acción es planeada, ejecutada y mantenida (Conner y Norman, 1996).

3.5 Psicología y SIDA

Los siguientes factores pueden aumentar el riesgo de problemas de salud mental: Cambios importantes en la vida, como la muerte de un ser querido o la pérdida de un empleo

Experiencias de vida negativas, como abuso o trauma

Factores biológicos que afectan los genes o la química cerebral

Antecedentes familiares de problemas de salud mental

Además de estos factores, el estrés de tener una enfermedad o afección médica grave, como el VIH, puede afectar negativamente la salud mental de una persona. Entre las situaciones que pueden contribuir a los trastornos de salud mental en las personas con el VIH cabe citar las siguientes:

Dificultad para contarles a otras personas sobre el diagnóstico del VIH.

Estigma y discriminación relacionados con el VIH.

Pérdida de apoyo social y aislamiento.

Dificultad para obtener servicios de atención de salud mental.

En las personas con el VIH, la infección por el VIH y las infecciones oportunistas afines pueden afectar el cerebro y el sistema nervioso. Esto puede causar cambios en la forma en que una persona piensa y se comporta. Además, algunos medicamentos que se usan para tratar el VIH podrían tener efectos secundarios que afectan la salud mental de una persona.

¿Cuáles son las señales de alerta de un problema de salud mental?

Los cambios en cómo se siente o actúa una persona pueden ser una señal de alerta de un problema de salud mental. Por ejemplo, entre las posibles señales de depresión se incluyen:

Perder el interés en actividades que suelen ser agradables

Sentir una tristeza persistente o sensación de vacío

Sentir ansiedad o estrés

Tener pensamientos suicidas

Si tiene alguna señal de un problema de salud mental, es importante buscar ayuda.

¿Qué deben hacer las personas con el VIH si necesitan ayuda para tratar un trastorno de salud mental?

Las personas con el VIH pueden hablar con su proveedor de atención médica para informarle cómo se sienten. Además, pueden informarle si tienen problemas de uso de drogas o de alcohol.

El proveedor de atención médica determinará si alguno de sus medicamentos contra el VIH podrían estar afectando su salud mental. También puede ayudarles a las personas con el VIH a encontrar un proveedor de atención de salud mental como un psiquiatra o terapeuta.

A continuación, se citan otras formas en que las personas con el VIH pueden mejorar su salud mental:

Unirse a un grupo de apoyo.

Probar la meditación, el yoga o la respiración profunda para relajarse.

Dormir lo suficiente, comer alimentos saludables y mantenerse físicamente activas.

Para comenzar, es crucial aclarar que el tratamiento para el VIH debe ser multidisciplinar. Lo que implica un trabajo donde psicólogos y neuropsicólogos constituyen una parte fundamental del equipo. Esto se debe a que, durante el diagnóstico y tratamiento, se pueden presentar diferentes crisis (debido al impacto de la noticia, por ejemplo).

Y es que, sabemos que existe una estrecha relación entre el estado emocional y el sistema inmune. Por ello, el acompañamiento debe comenzar desde el momento en el que se sospecha de la infección y la persona se va a realizar la prueba de confirmación.

Siguiendo esta línea, los psicólogos pueden dar una explicación de los resultados (sea positivo o negativo) y las posibles vías de manejo.

Este apoyo debe mantenerse durante el diagnóstico, pues es muy común que se presente una cascada de emociones y pensamientos de toda índole.

Según Villa y Vinaccia (2006), las principales alteraciones a nivel psicológico implican pérdida de autoestima, sentimientos de aislamiento, culpabilidad, cambios en la imagen corporal, frustración y percepción de pérdida del control de la vida.

Por lo tanto, el psicólogo ayuda a procesar la información presentada y la adaptación del estilo de vida. Y, esto permite disminuir el impacto psicológico del VIH.

Ahora, entre otras consecuencias, muchas personas rechazan al diagnóstico.

Además, al ser una crisis difícil de sobrellevar, pueden producirse otras situaciones de conflicto como la pérdida de trabajo o de pareja, incluso de amigos y familia.

Todo esto conlleva que la persona con VIH enfrente un proceso de adaptación psicológica. Lo que quiere decir, llegar a un punto de aceptación de su nueva condición, desarrollo de herramientas para enfrentar las dificultades del diagnóstico y cambios duraderos en su vida para poder manejarlo.

3.6 Estrategias para la prevención del SIDA

Concepto, tipos y ámbitos de prevención

En la actualidad se han realizado notables progresos en el tratamiento farmacológico del sida, de manera que las terapias combinadas con antirretrovirales nos permiten hablar del sida como una enfermedad crónica. No obstante, mientras no se halle una vacuna eficaz para impedir nuevas infecciones, el enfoque preventivo, basado en acciones de promoción y protección de la salud, sigue siendo el más eficiente para interrumpir e impedir la expansión de la epidemia del SIDA.

Tal y como indica ONU Sida (2003), cerca de las dos terceras partes de todas las infecciones previstas para el decenio actual podrían evitarse si se intensifican las estrategias de prevención existentes.

La intervención preventiva en el ámbito del sida tiene como objetivo eliminar o disminuir el riesgo de aparición del VIH para toda la población, intentando:

- a) promover habilidades y comportamientos que eviten o disminuyan el número de nuevas infecciones (prevención primaria),
- b) favorecer que las personas portadoras del VIH retrasen en la medida de lo posible el periodo sintomático del sida (prevención secundaria), y c) lograr que los enfermos que han desarrollado la enfermedad gocen de una buena calidad de vida y del apoyo social y sanitario adecuado (prevención terciaria).

Al referirnos a la prevención en general, sin especificar el tipo, lo hacemos acerca de la prevención primaria, es decir, de aquellas acciones encaminadas a evitar nuevas infecciones. Este propósito se puede alcanzar de tres formas:

1. Incrementando el grado de información a la población sobre la infección por VIH y las conductas que favorecen su transmisión.
2. Promoviendo conductas sexuales saludables, en especial mediante el uso del preservativo.
3. Favoreciendo la adaptación ciudadana hacia los programas y medidas de prevención de la infección, en particular con las poblaciones más vulnerables.

La intervención preventiva del sida se encuentra en función de los mecanismos de transmisión. Éstos se detallarán a continuación, centrándonos de forma específica en la

transmisión sexual, que supone el ámbito de actuación prioritario con jóvenes y adolescentes.

Prevención de la transmisión por vía sanguínea o parenteral. En nuestros días, el riesgo de contraer la enfermedad por transfusión de sangre o por utilización de material de inyección es nulo en los países desarrollados. El gran problema de la infección por esta vía se halla entre los usuarios de droga por vía parenteral que comparten jeringuillas u otro material de inyección o utensilios para preparar la droga (Nájera, 1997).

Esta vía de adquisición resulta muy preocupante en varios países de América Latina, entre ellos Argentina, Brasil, Chile, Paraguay, Uruguay, México, Bermudas y Puerto Rico. Las características psicosociales y económicas de

este colectivo y de las sustancias empleadas hacen que sea una población muy sensible al contagio de distintas infecciones, entre las que destaca el VIH por su elevada mortalidad.

El objetivo prioritario es facilitar el acceso de esos usuarios de drogas a los recursos preventivos y sanitarios, diseñando intervenciones destinadas a reducir las conductas de riesgo.

Para tal fin, se ofrecen diferentes opciones de reducción de riesgos (por ejemplo, programas con sustitutivos de las drogas inyectables, de intercambio de jeringuillas, programas de dispensación de heroína, salas de inyección de menos riesgo o programas de promoción del sexo seguro).

En varios países europeos este tipo de intervención está cada vez más arraigado como una vía para superar las limitaciones de los programas de desintoxicación, procurando acercar su presencia a los puntos de venta y consumo de droga, barrios marginales y prisiones (Espada, 2000; Espada, Martínez y Medina, 1999; Lacoste, 1995).

Prevención de la transmisión por vía perinatal o vertical. La prevención de la transmisión del sida de madre a hijo es una de las prioridades básicas en América Latina y el Caribe.

Hasta hace poco, sólo se disponía de dos estrategias para limitar el número de recién nacidos infectados por el VIH: la adopción de medidas para impedir que las mujeres se infecten con VIH y la prestación de servicios de planificación familiar e interrupción del

embarazo, cuando es legal, con objeto de asesorar a las mujeres para que eviten embarazos.

Las anteriores, continúan siendo las estrategias más importantes para reducir el VIH entre los niños pequeños y constituyen actividades esenciales en todas las campañas contra el sida. Sin embargo, en la actualidad, existe una tercera opción para las mujeres seropositivas que quieren tener hijos: prevenir la transmisión del virus de una mujer VIH positiva a su hijo a través del acceso a la terapia antirretrovírica de combinación de las prácticas de alumbramiento seguras (incluidas las operaciones cesáreas electivas) y de la disponibilidad de sustitutos de la leche materna.

No obstante, para que las mujeres puedan aprovechar las medidas dirigidas a reducir la transmisión maternoinfantil, deben conocer y asumir su estado respecto del VIH, aceptar que el VIH puede transmitirse de una madre infectada a su hijo y que existen medidas para que ese riesgo disminuya. Al día de hoy, prácticamente todos los países de la región están comprometidos con el desarrollo de programas de prevención maternoinfantil del VIH, cuyas metas incluyen que las mujeres tengan acceso a servicios prenatales y que reciban información, asesoramiento y otros servicios de prevención, incluyendo el acceso a las pruebas voluntarias del VIH y la profilaxis con antirretrovirales cuando se indique.

Prevención de la transmisión sexual. Supone la principal vía de transmisión del sida y, a la vez, es la que plantea mayores dificultades de prevención, ya que involucra a los dos miembros de la pareja.

Éstos deben decidir entre mantener prácticas de riesgo o adoptar medidas de protección. En el caso de los adolescentes, la situación se complica sobre todo por una serie de factores de riesgo asociados a aspectos psicosociales de esta etapa evolutiva (Espada y Quiles, 2001).

Los datos epidemiológicos justifican este interés prioritario, dado que la mayor prevalencia de casos de sida se ubica en el intervalo de edad de 20 a 39 años y que la mayoría de las nuevas infecciones afectan a jóvenes entre 15 y 24 años.

3.7 Modelos teóricos sobre la adquisición y mantenimiento de conductas de prevención

Diversos modelos teóricos de educación para la salud, señalan una serie de factores que influyen en la adopción de comportamientos de prevención y de riesgo del sida, de manera que su conocimiento pueda resultar de gran utilidad al momento de diseñar estrategias educativas para su prevención.

Así, el modelo sociocognitivo desarrollado por Bandura (1994) explica el comportamiento humano a partir de tres elementos que se interrelacionan modificándose el uno al otro: a) determinantes personales, que incluyen factores cognitivos, afectivos y biológicos; b) la conducta y c) el ambiente.

Un componente fundamental en la teoría de Bandura es el concepto de autoeficacia, definido como la capacidad percibida por el sujeto para llevar a cabo conductas de afrontamiento de una situación.

La autoeficacia influye en el problema del sida, regulando la decisión de adoptar conductas preventivas de la infección por VIH, y el esfuerzo y la persistencia que la persona pondrá en su ejecución. Desde este punto de vista, una actuación preventiva eficaz debería influir sobre los tres elementos, incluyendo los siguientes componentes:

- 1) información, con el fin de alertar a la población y aumentar su conocimiento acerca de los riesgos que conlleva el sexo sin protección, 2) desarrollo de habilidades sociales y de autocontrol, necesarias para que los conocimientos adquiridos se traduzcan en conductas concretas, 3) potenciar la autoeficacia, de forma que el sujeto tenga oportunidad de practicar y mejorar sus habilidades en situaciones de alto riesgo, y 4) apoyo social, fomentando el apoyo interpersonal para afirmar los cambios que una persona va realizando en sus hábitos.

Para que la información sea eficaz, debe transmitir a los destinatarios la creencia de que ellos mismos pueden transformar sus hábitos y mejorar su salud. Luego, se les enseña a aplicar dichos cambios.

La información sobre los hábitos de salud y las enfermedades puede hacer hincapié en los beneficios de realizar comportamientos saludables, o bien, en las pérdidas o daños como consecuencia de hábitos nocivos.

El modelo de creencias de salud (Becker, 1974), ubicado entre las teorías del valor-expectativa, supone que las conductas de protección están en función de:

- a) La percepción subjetiva del riesgo al que uno se expone de contraer la enfermedad si se practican conductas de riesgo.
- b) La gravedad percibida acerca de la enfermedad: la seriedad que el sujeto le atribuye, incluyendo consecuencias médicas como el dolor y la muerte, y también sociales y económicas.
- c) Los beneficios esperados por la puesta en práctica de las conductas de protección.
- d) Las barreras percibidas, o los costos derivados de practicar un comportamiento saludable.

Estos inconvenientes pueden derivarse de la peligrosidad del comportamiento, por su costo económico, por lo desagradable de su ejercicio, o por el tiempo requerido. El sujeto evalúa las consecuencias de poner en práctica la conducta preventiva y los beneficios que puede conseguir.

e) Las señales de atención que le recuerdan al sujeto la realización de actuaciones preventivas. Páez, Ubillos, Pizarro y León (1994) ejecutan este modelo para la prevención del sida, señalando que para que un adolescente adopte conductas de prevención deben estar presentes cinco elementos:

a) que perciba el sida como una enfermedad grave, b) que esté en realidad en riesgo o sea susceptible de adquirirlo, c) que conozca los mecanismos de prevención, d) que se encuentre motivado para ponerlos en práctica, y e) que cuente con los recursos necesarios para implantar, finalmente, las conductas de protección.

Según el modelo de la acción razonada (Ajzen y Fishbein, 1980), los individuos realizan una conducta de salud en función de las actitudes que posean respecto de ella. En esencia, la actitud hacia un determinado comportamiento se compone de dos factores: la valoración que establecen de las consecuencias de su comportamiento y las expectativas de alcanzar esos resultados.

Estos dos elementos, aunados a la norma subjetiva (lo que un sujeto cree que piensan y hacen el resto de individuos semejantes a él), conforman una intención conductual que después puede dar lugar a emprender una conducta de prevención.

Si aplicamos este esquema a la adopción de medidas protectoras frente al sida, en primer lugar el adolescente debería evaluar de manera positiva el uso del preservativo y tener expectativas favorables acerca de los beneficios que su uso le puede reportar.

Asimismo, si considera que sus “otros significativos” (amigos y compañeros de su edad) valoran de modo positivo su uso y, además, lo utilizan, el adolescente tenderá con mayor probabilidad a emplear el preservativo en sus relaciones sexuales.

Por otro lado, también se ha aplicado el modelo transteórico del cambio (Grimley, Prochaska y Prochaska, 1997) para explicar los mecanismos de adquisición y mantenimiento de la conducta de usar preservativo.

De acuerdo con esta teoría, para que las campañas y programas de prevención obtengan el éxito esperado, deben tener presente la disposición hacia el cambio por parte de los destinatarios.

Con base en este modelo, existen varios estadios de cambio que preceden y siguen a la toma de decisión de una persona de utilizar de manera consistente el preservativo: a) precontemplación: en esta etapa se encuentran los sujetos que no emplean siempre el preservativo y que no tienen intención de empezar a hacerlo en un futuro inmediato, b) contemplación: en esta fase se hallan las personas que no usan el preservativo siempre, pero que tienen la intención de empezar a hacerlo en los próximos seis meses, c) preparación: los sujetos en esta etapa utilizan preservativo a veces, o casi siempre, y pretenden comenzar a usarlo “siempre” durante el próximo mes, d) acción: personas que recurren “siempre” al preservativo y llevan haciéndolo un tiempo inferior a seis meses, y e) mantenimiento: personas que hacen un uso consistente del preservativo durante un periodo superior a los seis meses.

La segunda dimensión de este modelo son los procesos de cambio. Se refiere a la forma en que los individuos van cambiando, e incluye sus actuaciones manifiestas y encubiertas. El modelo describe once procesos de transformación aplicados al uso de preservativo (véanse Grimley, Prochaska y Prochaska, 1997). Otro componente de este modelo es el balance decisional, que se define como la valoración de las ventajas frente a las desventajas de usar preservativo.

Este es un aspecto en común con el modelo de creencias de salud, en el que también se concede un papel relevante a la evaluación de los beneficios y pérdidas por el empleo del profiláctico.

Desde la perspectiva del modelo transteórico del cambio, las personas que se sitúan en las primeras etapas (precontemplación, contemplación) valoran más los contras que los pros del uso de preservativo. A medida que se avanza en los estadios, la tendencia se invierte, valorándose menos los inconvenientes y otorgando mayor valor a las ventajas.

Otra interesante aproximación teórica es la ofrecida por Green, Kreuter, Deeds y Partridge (1980) a través del modelo PRECEDE. El término proviene de la expresión inglesa “Predisposing, Reinforcing and Enabling Causes for Educational Diagnosis Evaluation” y describe las variables que anteceden y suceden a las conductas de salud, agrupándolas en tres apartados: variables predisponentes, facilitadoras y reforzantes.

a) Factores predisponentes en favor o en contra de la conducta preventiva: incluyen la información, las actitudes, los valores y las creencias.

b) Factores facilitadores: se refieren a las habilidades para desarrollar los comportamientos preventivos, los recursos (materiales) y accesibilidad a los mismos (por disponibilidad por factores personales). Los factores facilitadores también pueden considerarse como vehículos o frenos, en función de si posibilitan o dificultan la conducta saludable.

c) Factores reforzantes: actitud y conducta del medio (consecuencias obtenidas en la familia, la pareja, la escuela, por desarrollar conductas saludables). Estos factores pueden tanto favorecer como entorpecer la adopción de comportamientos preventivos.

El modelo resulta muy útil como herramienta para el diagnóstico y evaluación de conductas de riesgo, pues permite organizar las variables que median en tales comportamientos. Posteriormente servirá de ayuda para la planificación de intervenciones preventivas, una vez que se haya detectado sobre qué variables actuar.

Finalmente, en los últimos años se ha generado una tendencia a integrar los diferentes modelos predictivos de las conductas relacionadas con la salud por medio de una síntesis de las variables no redundantes.

Dentro de esta perspectiva integradora, cabe destacar el modelo propuesto por Fisher y Fisher (1992): el modelo de síntesis IMB (Information, Motivation and Behavioral skills).

Los autores postulan que, para que las intervenciones psicológicas produzcan modificaciones en las conductas de infección del VIH, se requieren tres elementos clave:

a) Información. Debe referirse a las vías de transmisión y a las conductas preventivas específicas.

b) Motivación. Estaría regulada por las variables incluidas en la teoría de la acción razonada (actitudes y norma social) y las variables no redundantes del modelo de creencias de salud (percepción subjetiva de riesgo y gravedad percibida).

c) Habilidades conductuales. Propone la siguiente taxonomía para la prevención del sida: aceptación de la propia sexualidad, adquisición de la información conductual relevante, asertividad ante las situaciones de sexo no seguro, habilidades de negociación de sexo seguro, de adquisición y utilización del preservativo, y de reforzamiento de la pareja cuando ésta practica sexo seguro.

En este modelo, la autoeficacia se considera una habilidad más que se debe adquirir. A pesar de ello, algunos autores (Villamaría y Juárez, 2002) la consideran como una variable motivacional indispensable para poner en práctica las diversas habilidades anteriormente citadas.

3.8 Intervención psicosocial en Diabetes

El carácter crónico de determinadas enfermedades constituye en sí mismo un elemento susceptible de ser analizado de forma independiente. Esto supone que a los efectos negativos que en general tiene cualquier enfermedad sobre la salud y el bienestar, se añade esta característica de permanencia, lo cual constituye de entrada un factor estresante.

Si unido a esta circunstancia examinamos otros factores como procesos dolorosos, deterioro, tratamientos difíciles, etc., la situación se complica aún más. El carácter estresante de la enfermedad surge como consecuencia de las múltiples demandas de ajuste que ésta plantea, y depende de factores como su duración, su intensidad y gravedad, así como de la interpretación y valoración que la persona hace de su situación.

Los enfermos crónicos se enfrentan a un proceso continuo en el que las demandas de adaptación varían a lo largo de las distintas fases de la enfermedad y del ciclo vital. Por su parte, las estrategias de afrontamiento y el apoyo social son las variables predictoras de la adaptación psicosocial a las enfermedades crónicas.

Algunos de los estudios que han tratado la relación entre el apoyo social y diferentes enfermedades crónicas conceden especial importancia al hecho de que en esas circunstancias los sujetos valoran de forma más marcada determinados tipos de apoyo social; además, es posible que ante un estresor concreto, sean más necesitadas, requeridas o valoradas determinadas fuentes de apoyo social.

En este sentido, durante un estudio con pacientes que sufrían cáncer se comprobó que el apoyo emocional era valorado más eficazmente cuando provenía de personas cercanas, como la pareja, la familia o los amigos, mientras que en el caso del apoyo informacional, las fuentes más valoradas eran otros pacientes de cáncer y el equipo sanitario.

Determinadas actitudes y comportamientos de las personas que rodean a un enfermo crónico también son percibidas por éste como ineficaces o inadecuados, ante lo cual responde de diversas maneras, tales como la evitación física, negativa de conversar abiertamente sobre la enfermedad, rechazo de los contactos sociales e incluso algunas muestras de rechazo.

En función de lo anterior, podemos pensar que tanto el estado de enfermedad crónica como las características propias de cada enfermedad plantean demandas específicas de apoyo social y determinan, a su vez, las actitudes y conductas de las personas próximas al enfermo, las cuales son, en ocasiones, opuestas, o no están a la altura de sus necesidades.

En relación con esta aseveración, DiMatteo y Hays (1981) consideran que la seriedad o gravedad de la enfermedad de estos pacientes es uno de los aspectos más importantes de cara a su respuesta hacia diferentes formas de apoyo social.

Efectos sobre el ajuste físico Los resultados obtenidos sobre los efectos del apoyo social en el ajuste físico a enfermedades crónicas son contradictorios, y en el mejor de los casos, poco definidos. Una de las cuestiones que ha recibido mayor atención ha sido la adherencia a los tratamientos médicos.

Caplan et al. (1976), realizaron un estudio experimental con tres grupos de enfermos hipertensos: uno de ellos asistió a cuatro charlas sobre la naturaleza de la presión arterial alta y su tratamiento; en el segundo grupo los sujetos recibieron, además, un tratamiento de apoyo social; el tercero fue de control, atendido con el cuidado sanitario habitual. Los dos grupos experimentales obtuvieron mayores puntuaciones tanto en motivación como en autorregistros de adherencia.

El hecho de que no presentaran diferencias entre ellos sorprendió a los investigadores, que plantearon la posibilidad de que al primero se le hubiera prestado apoyo social de forma involuntaria.

Efecto sobre el ajuste psicológico. Hasta ahora, hemos comentado los efectos del apoyo social sobre diferentes indicadores de salud física, pero también se ha analizado su influencia sobre aspectos de carácter psicológico, donde los resultados, si bien no son definitivos, no parecen a priori tan divergentes como en el caso anterior.

Se ha visto que para determinados pacientes, el apoyo social significa un recurso que les ayuda a afrontar los miedos y ambigüedades que les genera la enfermedad. En el caso de enfermos reumáticos, se ha evidenciado un efecto positivo del apoyo social sobre la adaptación a la enfermedad crónica.

También se ha demostrado que la principal variable mediadora de esta relación es la percepción de control sobre la enfermedad, lo cual parece disminuir la valoración de amenaza y estrés. En el caso de enfermedades crónicas, quienes las padecen pueden sentir que son una carga, por lo cual desean aislarse y evitan pedir ayuda.

Si un individuo se deprime, su estado le conducirá al aislamiento y a una reacción negativa ante los ofrecimientos de ayuda. Este tipo de actitudes se encuentra directamente relacionado con los efectos que los procesos crónicos tienen en la red de apoyo social del paciente. Así, a pesar de que la primera tendencia de los miembros de la red sea manifestar conductas de ayuda, con el paso del tiempo es muy posible que éstas disminuyan. Además, si tenemos en cuenta que las necesidades de apoyo serán muy específicas, los esfuerzos de los integrantes de la red social pueden ser percibidos como ineficaces, lo cual creará un sentimiento de frustración que, a su vez, generará modificaciones en el comportamiento futuro hacia el enfermo.

3.9 Terapia cognitiva, mindfulness y diabetes

La terapia cognitivo-conductual (TCC) se basa en que la forma como la persona percibe y evalúa un acontecimiento, situación o conducta de los demás, determina la forma como piensa, siente y reacciona ante dichos eventos.

Una persona con diabetes puede reaccionar ante la subida de la glucosa diciendo “soy un fracaso” (generalización) con lo cual pone énfasis en la lectura de la glucosa y señala erróneamente su incompetencia, lastimando su autoestima y su motivación para el control de la enfermedad.

La TCC identifica el tipo de pensamiento erróneo y emociones negativas para reemplazarlas por conductas realistas y constructivas. Este concepto puede encontrarse en la obra de Aaron Beck, fundador de la Terapia cognitiva (TC) y en la de Albert Albert Ellis, el creador de la Terapia racional-emotiva (Hernández y Sánchez, 2007; Heman y Oblitas, 2011; Gálvez, 2009).

El antecedente más remoto de este enfoque se encuentra en Epicteto (55-135 a.C.), quien escribió: "A los hombres no sólo les perturban las cosas, sino cómo las ven". Aplicado a la diabetes, esto quiere decir que afrontar las presiones de la enfermedad es difícil, pero esto no implica necesariamente que uno necesite sufrir por las demandas que implica el afrontamiento de la diabetes.

En gran parte depende de la percepción y la actitud del individuo. La TC postula que los problemas comportamiento tienen su raíz en un sistema de creencias, que son producto de nuestra educación, la sociedad, la cultura y experiencias vitales.

Cuando estas experiencias son principalmente negativas, se generan "automáticamente" pensamientos negativos. Estos pensamientos contienen alguna forma de distorsión cognitiva acerca de nosotros mismos y/o el mundo que nos rodea, dando como resultado, por ejemplo, el "catastrofismo" (cuando se exageran las consecuencias negativas e incluso una ligera decepción se percibe como un desastre absoluto) o la "generalización" (cuando un evento negativo es percibido como un patrón de fracaso sin fin) (Van der Ven, Weinger, & Snoek, 2002; Hernández y Sánchez, 2007; Jiménez y Dávila, 2007).

El objetivo de la TCC es contribuir a que el paciente diabético desarrolle habilidades de afrontamiento de la enfermedad, ayudándoles a identificar sus creencias distorsionadas, a contrastar dichas creencias con la realidad y a reemplazarlas por creencias más apropiadas o realistas. La TCC se ha aplicado con éxito a una amplia serie de trastornos psicológicos asociados a las enfermedades crónicas, entre ellas la diabetes (Beléndez y Méndez, 1999; Cantón y Domingo, 2008; Castro y Rodríguez, 2002; Gálvez, 2009).

Mindfulness es una cualidad de la mente o más bien la capacidad intrínseca de la mente de estar presente y consciente en un momento determinado, en un momento en que cuerpo y mente se sincronizan totalmente en un instante de realidad presente. Presencia plena y conciencia abierta se conjugan en un momento en nuestra mente/cuerpo/espíritu.

Es esa cualidad propia de cualquier ser humano pero que ha sido motivo de estudio principalmente en el paradigma oriental. Mindfulness se traduce como atención plena y se basa en la meditación budista. La técnica consiste en enseñarla a la persona que tome conciencia plena y total de los pensamientos, emociones y sensaciones del momento presente sin hacer juicios.

El mindfulness fomenta la atención, enfoque en el momento presente y el desarrollo de la conciencia sin prejuicios, lo que ayuda a aceptar la forma como se sienten las emociones (principalmente las negativas, como la depresión), más que vivir luchando constantemente para tratar de modificarlas o erradicarlas, como suelen reaccionar habitualmente.

Las personas se esfuerzan por evitar las emociones negativas, como la culpa y la tristeza, y prefieren los sentimientos de bienestar y felicidad, se ha aprendido socialmente que las emociones negativas no son favorables y hay que evitarlas ya que existe la percepción de que si las sentimos estamos mal. Todo lo contrario, hay que aprender a observarlas y aceptarlas, sin hacer ningún tipo de evaluación (Gálvez, 2009).

El propósito central de la Terapia cognitiva basada en Mindfulness es ayudara los pacientes en la reestructuración de las situaciones adversas y estresantes de sus vidas, creando una percepción positiva de oportunidad, crecimiento personal y mejora en la calidad de sus vidas. Este modelo de terapia neuro-cognitiva posibilita un cambio de

interpretación de los eventos estresantes con el propósito de incrementar las emociones positivas.

La Terapia Cognitiva Mindfulness es un modelo psicoterapéutico con muy buenos resultados en el contexto del estrés crónico, aliviandola ansiedad y depresión, y reduciendo el distrés emocional, con el propósito de crear un nuevo estilo de vida y mejorar la salud del individuo (Moscoso, 2010).

Cuando se está estresado, el cuerpo se prepara a sí mismo para asegurarse de tener suficiente azúcar o energía listas y disponibles para reaccionar. Los niveles de insulina caen, los niveles de glucagón y epinefrina (adrenalina) se elevan y se libera más glucosa desde el hígado. Simultáneamente, se elevan los niveles de la hormona de crecimiento y cortisol, lo que hace que los tejidos del cuerpo (músculos y grasa) sean menos sensibles a la insulina. Como resultado, hay más glucosa disponible en la corriente sanguínea (Díaz, 2012; Álvarez y cols., 2010, Méndez y Beléndez, 2014)

Cuando se tiene diabetes tipo 2, los niveles de azúcar pueden disminuir por demasiada medicación o insulina, y puede convertirse en una causa común de estrés. La respuesta hormonal aun nivel bajo de azúcar en sangre incluye una rápida liberación de epinefrina y glucagón, seguida por una liberación más lenta de cortisol y hormona de crecimiento. Estas respuestas hormonales al azúcar bajan en sangre pueden durar de 6 a 8 horas, y durante ese tiempo el azúcar en la sangre puede ser difícil de controlar. Cuando se tiene diabetes tipo 2, el estrés puede hacer que suba su azúcar en la sangre y que se vuelva difícil de controlar, y quizá necesite tomar dosis más altas del medicamento para la diabetes o insulina (Tovote y cols, 2014)

3.10 Hipocondría: presentación clínica

La hipocondría es un trastorno en el que la persona interpreta síntomas somáticos como enfermedad. Esta interpretación la hace en el contexto de un intento desesperado de que esos síntomas desaparezcan porque suponen para el paciente un dolor inmenso y una amenaza de enfermedad o muerte.

En nuestra sociedad se ha proscrito a la enfermedad y la muerte, evitamos encontrarnos con ella, esto supone que la enfermedad conlleva además de dolor físico una serie de problemas de aislamiento y de rechazos sociales, que no solamente se refieren al sida.

También nos han enseñado desde pequeños que el dolor es una tremenda tragedia. Estos fenómenos, que no propios ni exclusivos de nuestros tiempos, pueden tener una influencia en la aparición y persistencia de la hipocondría. Pero, desde luego la cultura y la información adecuada son sanas y el único efecto que pueden tener es de prevención de estos trastornos.

No conozco estudios epidemiológicos en nuestro país. En EE.UU. se han estudiado los pacientes que acuden a los hospitales y se ha encontrado que entre el 4% y el 9% de los pacientes que acuden al hospital lo hacen debido a síntomas hipocondriacos. No se han encontrado diferencias entre profesiones. Las únicas diferencias significativas que se han detectado se refieren a culturas, pero pueden ser debidas más a las diferencias entre las formas de expresión de los países mediterráneos (más emocional) y los anglosajones (con mayor control sobre la expresión emocional) que a que existan más trastornos en un país que en otro.

Se han encontrado también diferencias en el nivel cultural, los que tienen menor nivel tienden a dar explicaciones relacionadas con la enfermedad a sus síntomas que a problemas psicológicos, lo que seguramente desencadena más hipocondrías entre este tipo de población, pero habría que matizar esos estudios, porque los más pobres tienen ciertamente peor salud física y también se dan diferencias en la expresión de las emociones.

Son los que tienen miedos hipocondriacos los que leyendo información sobre enfermedades temen tenerlas, pero no a la inversa, a los que leen sobre enfermedades no se les genera hipocondría.

Hay que señalar que los enfermos hipocondriacos graves no suelen ir a la consulta del médico, precisamente por el miedo a que les diagnostiquen una enfermedad. Es difícil para muchos enfermos hipocondriacos aceptar que sus problemas son psicológicos, y van peregrinando de médico en médico intentando buscar a alguno que les haga caso. Otros, como decía, no acuden al médico porque les pueden detectar la enfermedad que tanto temen.

La hipocondría puede llevar a la depresión, porque no se llega a un diagnóstico que tranquilice. Para salir del problema, se insiste siempre por el mismo camino: conseguir un diagnóstico y un tratamiento médico adecuado. Las sensaciones asociadas a la ansiedad

y/o a la depresión, que surgen de sentir la sensación, hacen que esta se convierta en algo totalmente desagradable, lo que agudiza y perpetúa el problema. En esa situación es difícil que el paciente vea que el problema está precisamente en su interpretación de los síntomas.

Tratamiento

Una vez que se detecta que un paciente es hipocondríaco y que accede al tratamiento. Se definen claramente con el paciente los objetivos de la terapia, que son que pierda la angustia y el miedo a la enfermedad que teme para poder retomar el sentido de su vida.

Para ello se plantean primero una serie de prohibiciones y tareas. Se le pide que no acuda a más médicos ni a las urgencias hospitalarias, que no hable de salud ni de enfermedad. Para esto es muy conveniente la colaboración de la familia del paciente, también para que entiendan que lo suyo no es cuento, que tiene un problema real aunque interpretado por todos como un problema que no existe. Una vez que se ha establecido este marco fuera de la consulta comienza el tratamiento psicológico propiamente dicho.

El tratamiento básico consiste en perder el miedo a estar enfermo, cuando se está sintiendo la sensación que se teme. Es el propio pensamiento de estar enfermo que genera un miedo y una angustia muy grandes, es quien genera la sensación que se teme y se interpreta como enfermedad. Esa angustia es una sensación desagradable e inexplicable que genera más miedo.

De esta forma, la propia ansiedad asociada al pensamiento de estar enfermo se convierte en un disparador de los miedos a la enfermedad. Se establece así un círculo vicioso en el que el miedo a la enfermedad causa unas sensaciones que son a su vez interpretadas como enfermedad. Otras veces, al intentar eliminar la sensación temida se potencia. (Para ver con más detalle como se implantan estos procesos se puede consultar la página sobre los procesos psicológicos en la hipocondría)

El círculo vicioso que mantiene la hipocondría

En la terapia se trata de que el pensamiento de estar enfermo no dispare un miedo terrible. Para ello se emplean una las técnicas. Por ejemplo con la técnica de exposición a las sensaciones corporales, que consigue que el paciente pierda el miedo a los síntomas que interpreta como enfermedad.

Aprende que si no huye de ellos, si no lucha contra ellos y los acepta, se pueden convertir en sensaciones admisibles que nos permiten seguir con nuestras actividades diarias sin mucho sufrimiento. Esta parte del tratamiento se realiza junto con un entrenamiento en técnicas de manejo de ansiedad que facilitan la exposición. (Se puede ver la aplicación de las técnicas del Curso en esta página)

Proceso de reducción del miedo a la enfermedad y la muerte

También hay que enfrentar el miedo a la enfermedad y a la muerte. Para ello se comienza un trabajo de desensibilización ante la enfermedad y la muerte de forma que se sitúe el miedo que causan al paciente en términos razonables. Se emplea la desensibilización en la imaginación a situaciones temidas y evitadas, para que finalmente el paciente pueda acercarse a ellas sin angustia y sin miedo.

El paciente puede entonces comenzar a reinterpretar sus sensaciones corporales y sentir también aquellas que son agradables o neutras y su cuerpo deja de ser una fuente de dolor o temor y se puede convertir en un generador de placer y confianza.

Verse enfermo tiene en nuestra sociedad una connotación de debilidad. Por ello entrenar al paciente en basar su autoestima en otros medios de valoración y se le entrena en aumentarla.

Finalmente se trabaja para que el paciente pueda enfrentar con éxito otros problemas que aparecen en su vida cotidiana: toma de decisiones difíciles, como cambio de trabajo, separaciones, problemas de relación, etc. de forma que se pueda evitar que en el futuro se le desencadenen situaciones de depresión o angustia continuada que le pueden hacer recaer en sus problemas hipocondríacos.

En algunos casos los psicofármacos pueden ser una ayuda, sobre todo al principio del tratamiento. En esos casos se requiere la intervención de un psiquiatra; pero hay muchos otros en los que el paciente se puede manejar sin ellos.

Los estudios controlados que existen sobre este tratamiento, aunque no son definitivos, son muy esperanzadores, mi experiencia clínica con él es que da muy buenos resultados.

¿Qué «enfermedades» suelen ser las que más comúnmente refieren los hipocondríacos? (si hay porcentajes o proporciones también sería interesante) Se ha visto que la

enfermedad a veces puede ser un desencadenante de trastorno hipocondriaco, pero en general suele ser transitorio y asociado a otros trastornos psicológicos. Las enfermedades que más suelen temer son las que son consideradas más irremediables por la sociedad como el cáncer, el sida o las enfermedades del corazón.

Etiología. ¿Cómo se generan síntomas somáticos en ausencia de patología orgánica?

La ansiedad y el miedo implican una preparación para luchar o huir ante aquello que tememos, lo que es muy saludable puesto que nos ayuda a tener éxito, el problema es cuando tenemos ansiedad o miedo en situaciones en las que tendríamos que estar tranquilos. Para luchar o huir necesitamos que toda nuestra atención se centre en aquello que nos amenaza. Cuando buscamos asegurarnos que no existe una sensación, esta aparecerá. Por ejemplo, ahora seguramente, no nos pica nada; ¿estamos seguros? busquemos durante dos minutos. Con seguridad, nos aparecerá un picor en alguna parte del cuerpo.

3.11 Enfermedades cardiovasculares e hipertensión

La enfermedad cardiovascular se caracteriza por tener una etiología multifactorial, los factores de riesgo cardiovascular se potencian entre sí y, además, se presentan frecuentemente asociados. Por ello, el abordaje más correcto de la prevención cardiovascular requiere una valoración conjunta de los factores de riesgo¹. Existen biomarcadores de riesgo, no modificables para la aparición de la enfermedad, incluyen características fijas del sujeto, como pueden ser la edad, el sexo y la historia familiar. A medida que un sujeto se va haciendo mayor, incrementa la probabilidad de sufrir una cardiopatía isquémica. En esta progresión, la edad en la que se produce mayor incidencia de enfermedades es entre los 50 y 65 años.² En cuanto al sexo del sujeto, parece ser que los estrógenos tienen un papel protector para las mujeres, retardando la aparición de la enfermedad cuando ningún otro factor hace acto de presencia. Por lo tanto es más frecuente en el sexo masculino y las mujeres se mantienen protegidas sobre todo hasta el periodo de climaterio o menopausia; "...y en la misma dirección apuntan los datos acerca de que los bajos niveles de estudio incrementan el riesgo de sufrir enfermedades cardíacas. Solteros, divorciados y viudos presentan tasas mayores de enfermedad

cardiovascular, parece que el matrimonio actúa como escudo protector sobre todo para el varón". (Pérez, 2009)

En relación con la historia familiar es posible que un sujeto tenga mayor riesgo de sufrir una enfermedad coronaria si algún progenitor posee un historial de enfermedad cardiovascular a una edad temprana.

Dentro de la clasificación de factores de riesgo susceptibles de ser modificados, se puede incluir la dislipidemia, la cual consiste o bien en una alteración del metabolismo de los lípidos (dislipidemia endógena), o bien está en función de la dieta (dislipidemia exógena). La hipertensión arterial es considerada como otro factor de riesgo primario modificable, se asocia con un mayor número de muertes debidas a enfermedades coronarias, cerebrovasculares, arteriopatía periférica e insuficiencia cardíaca y puede ser controlada con medicamentos, ejercicios físicos y una dieta saludable. La diabetes es la enfermedad metabólica que se produce con más frecuencia en los seres humanos, provocando una mayor incidencia de aterosclerosis. Esta enfermedad se asocia con niveles altos de colesterol y triglicéridos, un decremento del colesterol-HDL, con la obesidad y la hipertensión. El hábito de fumar es otro factor de riesgo, puesto que se ha observado en diferentes estudios sobre enfermedades coronarias, una mayor incidencia de muertes en personas fumadoras que no fumadoras. También se incluyen en este grupo: el sedentarismo, como la ausencia de entrenamiento físico sistemático y de intensidad moderada y el sobrepeso u obesidad, acompañados estos de una dieta inadecuada, rica en grasa saturada. Se pueden considerar el hábito de fumar, el sedentarismo, la obesidad y la dieta inadecuada como factores que están relacionados con la autorregulación del comportamiento.

Se han estudiado recientemente los factores psicosociales que representan un riesgo para la enfermedad, uno de ellos y se podría considerar como el fundamental: el estrés psicosocial: "proceso de interacción entre el individuo y su entorno, que se produce cuando el sujeto evalúa determinadas situaciones ambientales como amenazantes o desbordantes de sus recursos, poniendo en peligro su bienestar. Este proceso se fija en emociones, en función de determinados componentes personales, especialmente de sus motivos centrales y de sus recursos y estrategias para afrontarlas.

"El estrés incontrolado es un factor que precipita la aparición de ansiedad y a largo plazo, la depresión. En 1981 la depresión pasó a ser considerada por la Sociedad Internacional de Cardiología como un problema post coronario. Estos tres estados se manifiestan como causa y efecto de la enfermedad cardiovascular, es decir, pueden precipitar la aparición de la enfermedad y la enfermedad en sí misma, puede generar estos estados.

"El equilibrio emocional, el apoyo social y familiar y la armonía en que un sujeto vive se convierten en un escudo para la salud física y también para la salud social. En este sentido, las reacciones ante el estrés, tanto por exceso como por defecto, se vuelven peligrosas para el sujeto que las practica. Si se afronta de manera adecuada el estrés y la reacción emocional se canaliza positivamente en la resolución de los problemas, el sujeto permanece sano, si por el contrario, la reacción emocional se interioriza, por ejemplo, con depresión, o se exterioriza inadecuadamente, mediante la ira y la hostilidad, pueden aparecer problemas de salud, cáncer y alteraciones cardiovasculares, respectivamente".⁵

En la experiencia de estas investigadoras, se ha evidenciado que el estrés laboral tiene una fuerte incidencia para la aparición de enfermedades cardiovasculares, muchos de los pacientes son dirigentes, ocupando cargos políticos y administrativos, militares, amas de casa, cuidadores de personas con minusvalías. Existe muy poco aprovechamiento del tiempo libre y no se realizan actividades de relajación con sistematicidad, se trata de una desproporción entre las horas de trabajo y tiempo de descanso.

Entre la multitud de factores psicológicos que se pueden relacionar se encuentran varios tipos de personalidad asociados a las cardiopatías: Patrón A, Patrón H y Patrón D. en el caso del patrón A se dice que es una personalidad "procuradora de estrés", reactiva y caliente; el Patrón H se caracteriza por el enojo y la hostilidad, y el Patrón D que tiene más tendencia a la depresión. En estudios recientes no se le da el mismo valor predictivo al patrón A de comportamiento, pues muchas de sus características son consideradas como buenos movilizadores del comportamiento (competitividad, responsabilidad), más bien se está haciendo énfasis en el Síndrome AHI (agresión, hostilidad e ira), se hace referencia a un término acuñado por la relación hallada entre la elevada incidencia de enfermedad cardiovascular y el número de sujetos clasificados como hostiles con tendencia a aislarse fácilmente y a reducir su activación emocional mediante conductas agresivas.

No sólo con la incidencia de uno de estos factores sobre el sujeto propiciará la aparición de la enfermedad en sí, deben manifestarse de conjunto dos o más factores tanto los biológicos, sociales y psicológicos.

En este apartado también debe tenerse en cuenta que la reducción de los factores de riesgo no solo se tiene en cuenta en la atención primaria, donde se hace hincapié en la percepción de riesgo de las personas y la modificación de conductas nocivas por conductas más saludables, sino que se trabaja en la prevención secundaria que es cuando ya está instaurada la enfermedad y se controlan las posibles recaídas.

3.12 Explicaciones y planteamientos terapéuticos psicológicos actuales

Las enfermedades no-trasmisibles generan aproximadamente 60% de las muertes en el mundo. Estas enfermedades van en aumento y suelen asociarse con uno o más factores de riesgo, los diez principales factores incluyen, en orden de importancia: bajo peso, sexo sin protección, hipertensión arterial, consumo de tabaco, consumo de alcohol, sanidad deficiente, déficit de hierro, humo por combustión de sólidos en interiores, colesterol alto y obesidad (World Health Organization, WHO, 2003). Así, la hipertensión arterial constituye un importante problema de salud pública al constituir el tercer factor de riesgo más importante para la mortalidad por padecimientos crónicos en general.

En efecto, entre las enfermedades no trasmisibles cuyo aumento en incidencia es notorio, tanto en países desarrollados como en países en desarrollo con relativa baja mortandad (tales como México), la hipertensión arterial es actualmente la principal causa de muerte. En el mundo, este padecimiento afecta aproximadamente a mil millones de personas (Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure, 2003; WHO, 2003).

La Organización Mundial de la Salud ha establecido el cálculo del impacto de las enfermedades a través del índice «DALY» (disability-adjusted life years) que se refiere a la pérdida de la calidad de vida y de años de vida de modo que un «daly» es equivalente a un año perdido de vida saludable. A nivel mundial la hipertensión es la tercer causa prevenible de enfermedad y muerte que cobró más daly en el año 2000 con un total de 64 millones de ellos, tan sólo después del bajo peso y las prácticas sexuales inseguras (WHO, 2003).

En México, de los tipos de hipertensión identificables, la hipertensión primaria o esencial fue el padecimiento más frecuentemente diagnosticado durante el año 2001 y el principal motivo de consulta externa en el 2002. El Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) fue la institución que atendió la mayor demanda en servicios de salud, incluyendo los derivados de la hipertensión esencial (Instituto Mexicano del Seguro Social, 2003; Salud Pública de México, 2003).

Dos de las principales complicaciones de la hipertensión son las enfermedades del corazón y la enfermedad cerebrovascular, mismas que han ocupado el primero y sexto lugares respectivamente de la tasa general de mortalidad en la población mexicana hasta el 2002, último año con registro disponible (Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática, INEGI, 2003). Finalmente, las enfermedades cardiovasculares entrañan el problema adicional de un desarrollo relativamente lento que las hace pasar desapercibidas en muchos individuos expuestos a condiciones de riesgo tales como la hipertensión.

En otro sentido, se ha propuesto que, dado que hay variables psicológicas que influyen en ese proceso, éstas constituirían factores persistentes a lo largo del tiempo (Houston, 1989). El comportamiento del paciente es un componente clave en su bienestar por el efecto de aspectos cognitivos, instrumentales y emocionales sobre el funcionamiento del organismo (Knight & Camic, 1998; Sánchez-Sosa, 2002).

Cogniciones tales como creencias, pensamientos, convicciones, etc., pueden modular tanto la conducta instrumental como la afectiva. Por ejemplo, en el seguimiento de las indicaciones del médico, creencias sobre lo que puede ocurrir si se siguen o no las instrucciones del personal de salud determinarán parcialmente esa conducta. En el caso de la hipertensión estas creencias frecuentemente son inadecuadas debido al carácter asintomático del padecimiento. Por ejemplo, suele haber una deficiente percepción de riesgo por la ausencia de consecuencias notorias inmediatas si se suspende un tratamiento.

En cuanto a los aspectos afectivos, una de las razones para el estudio del papel de las emociones en la salud es la interferencia de algunos estados como la depresión y la ansiedad con conductas que protegen o restauran la salud, tales como el autocuidado y la adherencia terapéutica. Otra vía por la que los estados emocionales pueden contribuir a deteriorar el bienestar y la salud ocurre mediante sus efectos sostenidos en procesos

fisiológicos como la activación parasimpática, el aumento de plaquetas en sangre, o la debilitación de procesos inmunes (Brannon & Feist, 2000; Cohen, 1982; Sánchez- Sosa, 2002).

Estos mecanismos se basan principalmente en la activación fisiológica que acompaña a diferentes estados emocionales y la forma en que el individuo interactúa con su ambiente. Los aspectos instrumentales de la conducta están parcialmente modulados por las cogniciones y emociones, principalmente las relacionadas con ansiedad y depresión. Means-Christensen (2000) ha señalado que los factores de riesgo asociados con la depresión en escenarios médicos suelen surgir de diagnósticos específicos y el uso de ciertos medicamentos.

Los pacientes frecuentemente refieren incapacidad, dolor y salud deteriorada. Por otra parte, la ansiedad se ha asociado muy frecuentemente con la hipertensión por las reacciones fisiológicas que implica. Además, debido a la naturaleza de su sintomatología, son los hipertensos los que tienen más probabilidades de desarrollar un trastorno de ansiedad, en comparación con otras condiciones crónicas (Sherbourne, Kenneth, Wells & Lewis, 1996).

Un estudio con una muestra de pacientes hipertensos en México reveló que algunas quejas frecuentes incluyen fatiga, ansiedad, tos, cefalea, náusea y mareo (Barrón-Rivera, Torreblanca-Roldán, Sánchez-Casanova & Martínez-Beltran, 1998). Cabe señalar que náusea, tos y mareo son algunos de los síntomas colaterales más frecuentes de los fármacos hipotensores, y que pueden generar tanto deterioro en calidad de vida, como la baja adherencia terapéutica típica del hipertenso. Se ha mostrado, por ejemplo, que el sólo etiquetar como "hipertenso" a un individuo puede generarle perjuicios tales como angustia, y ausentismo laboral por enfermedad (Alderman & Lampion, 1990; Melamed, Froom & Green, 1997).

El concepto de calidad de vida (CDV) ha adquirido especial relevancia como aspecto íntimamente ligado a la salud. Su análisis implica aspectos del funcionamiento humano, cuyo deterioro imposibilita la presencia de bienestar. Algunas propuestas describen a la CDV como valoración subjetiva del individuo y conductas de funcionamiento cotidiano. Este funcionamiento incluye a su vez áreas relevantes como educación, empleo, seguridad,

recreación, nutrición, convivencia, etc. (González-Puente & Sánchez-Sosa, 2001; Organización Panamericana de la Salud, OPS, 1999).

En efecto, algunos estudios de calidad de vida ven en la salud una variable que afecta a otros componentes como el funcionamiento en el trabajo, ocio, autonomía, relaciones interpersonales y sociales adecuadas, etc. Por ello la CDV ocupa un lugar privilegiado en el estudio de la salud a fin de evaluar los efectos de intervenciones para su cuidado, los efectos de algunas decisiones clínicas, y la identificación de sus causas y consecuencias (Moreno & Ximénez, 1996).

Debido a las altas tasas de incidencia y prevalencia de la hipertensión, y a su carácter incapacitante o mortal, su atención no debería reducirse a su tratamiento medicamentoso. Es necesario detectar mecanismos que incluyan los efectos conductuales, cognitivos y emocionales en su diagnóstico y manejo.

En virtud de tratarse de un padecimiento para el que existe un importante beneficio potencial de intervenciones psicológicas, el propósito del presente trabajo consistió en examinar los efectos de procedimientos de corte cognitivo conductual sobre ansiedad, adherencia terapéutica, bienestar y otras áreas de la CDV en pacientes hipertensos esenciales.

3.13 Impacto psicológico del COVID-19

Debido a lo reciente de la enfermedad se cuenta con poca evidencia disponible, sin embargo, ya especialistas reportan una serie de reacciones y estados psicológicos observados en la población, incluyendo efectos en la salud mental (Torales, O'Higgins, Castaldelli-Maia & Ventriglio, 2020). Así, Shigemura, Ursano, Morganstein, Kurosawa & Benedek, (2020) informan que las primeras respuestas emocionales de las personas incluyen miedo e incertidumbre extremos.

Por otra parte, y dado el miedo y percepciones distorsionadas de riesgo y consecuencias dañinas se informa de comportamientos sociales negativos.

Estos estados y conductas pueden dar pie a problemas en salud mental pública incluidas reacciones de angustia (insomnio, ira, miedo extremo a la enfermedad incluso en personas no expuestas), y de comportamientos riesgosos para la salud como mayor uso

de alcohol y tabaco y aislamiento social), trastornos específicos como trastorno de estrés postraumático, trastornos de ansiedad, depresión, y somatizaciones.

Estos últimos síntomas y la necesidad de intervenciones terapéuticas son igualmente recomendables para niños (She, Yanq, Wang et al., 2020). Un efecto similar lo reportan Li, Wan, Xue, Zhao y Zhu (2020), quienes estudian los mensajes enviados de Weibo (sitio web chino de redes sociales) antes y después de la declaración del COVID-19 el 20 de enero del 2020, encontrando que las emociones negativas como la ansiedad, la depresión y la indignación, así como la sensibilidad a los riesgos sociales aumentaron, en tanto disminuyeron las emociones positivas (por ejemplo, la felicidad) y la satisfacción con la vida.

En general encontraron que las personas se preocupaban más por su salud y su familia, y menos por el ocio y amigos. Por otra parte, entre el 31 de enero al 2 de febrero de 2020 se realizó una encuesta en línea a 1210 personas de varias ciudades chinas, encontrándose que el 53.8 % de los encuestados calificó el impacto psicológico de la enfermedad como moderado o severo; 16.5 % reportaron síntomas depresivos moderados a severos; un 28.8 % reportó síntomas de ansiedad moderada a severa; y 8.1 % informaron niveles de estrés moderados a severos.

La mayoría de los encuestados informó pasar de 20 a 24 h por día en casa (84.7 %) y además un 75.2 presentaba preocupación de que sus familiares se contagiaran de la enfermedad.

Un aspecto importante para considerar en función de incorporar para intervenciones futuras es que se encontró que la información específica y actualizada sobre la salud (p. Ej., tratamiento, situación de brote local) y medidas de precaución específicas como higiene de manos y uso de una mascarilla) se asociaron con un menor impacto psicológico del brote y menores niveles de estrés, ansiedad, y depresión (Wang, Pan, Wan et al., 2020)

Con respecto a las intervenciones psicológicas, obviamente a estas alturas es escasa la información que se puede considerar. Aun así, ya se cuenta con alguna información disponible para la comunidad científica.

En este sentido, los especialistas concuerdan que las intervenciones en crisis deberían ser consideradas como una medida a implementar en todos los grupos afectados, ya sea pacientes personales médico, contactos cercanos, personas en las áreas afectadas, así como público en general (Zhu, Chen, Ji, et al., 2020).

Las intervenciones psicológicas en crisis tienen como objetivo minimizar los daños psicológicos y proveer asistencia durante la prevención y el control de la epidemia, intentando evitar así problemas posteriores como el estrés post traumático.

Dado que los recursos son limitados, Jiang et al. (2020), con base a los protocolos establecidos por el Gobierno Chino y aplicados en Shangai en pacientes con neumonía por coronavirus, reporta cuatro niveles de atención que podían ayudar a la priorización de la atención:

1) pacientes con síntomas severos, personal médico de choque investigadores y personal administrativo, 2) pacientes con sintomatología mediana, contactos cercanos, pacientes sospechosos o que ingresan con fiebre para tratamiento, 3) personas relacionadas con los grupos 1 y 2, como miembros de la familia, colegas o amigos, rescatistas, 4) personas en áreas afectadas, grupos vulnerables o público en general.

La cuarentena, concebida como la separación y restricción del movimiento de personas que han sido potencialmente expuestas al virus, también ha sido un factor estudiado. Brooks et al (2020), realizaron una revisión rápida acerca del impacto psicológico de la cuarentena y cómo reducirlo.

Los autores plantean que se han reportado efectos psicológicos negativos, como síntomas de estrés postraumático, confusión e ira. Igualmente, reportan que existirían diversos factores que incidirían en la respuesta de las personas al distanciamiento social, como por ejemplo el tiempo de duración de la cuarentena, temores de infección, frustración, aburrimiento, suministros inadecuados, información inadecuada, pérdidas financieras y estigma.

Plantean que en las situaciones en que la cuarentena se considera necesaria, no se debe poner a las personas en cuarentena por un período superior al requerido, debiéndosele proporcionar una justificación clara de la cuarentena e información sobre los protocolos, asegurando que se proporcionen suficientes suministros.

3.14 Impacto Psicológico en trabajadores de la Salud

Desde el brote de la enfermedad muchos trabajadores de la Salud han sido infectados con el virus. Dai, Hu, Xiong, Qiu & Yuan (2020). investigaron la percepción de riesgo y el estado psicológico inmediato de trabajadores de la Salud en la etapa temprana de la epidemia de COVID-19. Se evaluó entonces la percepción del riesgo y el estado psicológico junto a características demográficas y las experiencias de exposición a COVID-19.

Se encuestaron a 4.357 sujetos. Las principales preocupaciones de los trabajadores de la salud fueron en primer lugar infección de colegas (72.5 %), en segundo lugar, la infección de miembros de la familia (63.9 %), tercer lugar medidas de protección (52.3 %) y finalmente la violencia médica (48.5 %). Por otra parte, un 39 % de los trabajadores sanitarios presentaba problemas psicológicos, principalmente los que ya habían pasado por aislamiento y contagio a familiares o colegas.

La pandemia por la COVID-19 ha traído consigo una serie de afectaciones en diferentes sectores sociales, tanto económicos, sociales y evidentemente, de salud. Sin embargo, el personal de salud se ha visto afectado psicológicamente tras la constante exposición a esta enfermedad, prolongadas jornadas laborales y el deterioro tanto físico como mental que la lucha en la primera línea de defensa conlleva.

Entre los factores que contribuyen al desarrollo de trastornos de ansiedad, depresión, insomnio entre otros, se encuentran el factor etario, el contexto social y relaciones interpersonales, la falta de capacitación, el nivel de exposición a pacientes contagiados entre otros.

Todos estos factores y sus repercusiones en la salud de los trabajadores de la salud son una problemática que no debe pasar desapercibida, esto en virtud de salvaguardar el bienestar de aquellos quienes se encuentran en la primera línea de defensa contra la COVID-19.

Los trabajadores sanitarios han sido el colectivo más estudiado, pero no han sido los únicos que siguieron trabajando durante el confinamiento. Dentro del colectivo de trabajadores no sanitarios hay que distinguir dos grupos: los trabajadores de actividades esenciales y los no esenciales.

Los primeros han seguido su actividad laboral normal, en contacto con personas que podían estar contagiadas y con el peligro añadido de contagiar a sus familiares al volver al domicilio. Entre ellos encontramos a trabajadores de seguridad, limpieza, cuidado de personas mayores o con discapacidad, producción, distribución y venta de productos, etc.

En el segundo grupo están los trabajadores en puestos no esenciales, que en gran medida han tenido que seguir trabajando en sus domicilios mediante teletrabajo y, en caso de no poder hacerlo, tuvieron que interrumpir temporalmente su actividad profesional por no haber podido virtualizarla.

Siendo conocidos los riesgos para la salud derivados del teletrabajo, con aumento de las tensiones a consecuencia del aislamiento, la adaptación a nuevas formas de trabajar y a un nuevo entorno, que suele provocar aumento de la carga mental y familiar, o factores positivos como no tener que desplazarse al trabajo, así como los efectos de la pérdida de empleo o la inseguridad para mantenerlo.

Se ha constatado que el entorno laboral tiene un fuerte impacto en la salud mental de los trabajadores, especialmente en situaciones límites de alta exigencia profesional. El sentido de la coherencia (SOC) es entendido como la capacidad de las personas para percibir una situación estresante como comprensible, manejable y significativa, lo que les permite utilizar sus recursos para afrontarla de forma eficaz. Se ha asociado niveles bajos de SOC en sanitarios con niveles altos de angustia psicológica y la presencia de síntomas de COVID-19.

Esta asociación también es vista en los trabajadores no sanitarios, a lo que hay que sumar el efecto del engagement laboral, entendido como un estado de salud mental positivo y satisfactorio relacionado con el trabajo. Niveles bajos de SOC y de engagement laboral, han demostrado ser factores protectores ante la presencia de distrés, ayudando en el afrontamiento de esta complicada situación.

Entre las variables que predicen el distrés psicológico en los trabajadores no sanitarios encontramos ser mujer, tener una vivienda interior, una mala percepción de salud durante los últimos 14 días, el número de síntomas, haber estado en contacto con personas o material contaminado y ser trabajador autónomo.

Otro aspecto interesante a analizar son las vías de información recibida sobre la pandemia y sus efectos en desarrollar distrés. Hemos constatado que, en el conjunto de la población estudiada, las redes sociales ocupan el primer lugar (77.5%), seguidas de la televisión (58.4%) y de las páginas webs de sociedades científicas (48.8%). En los trabajadores no sanitarios se utilizaron las mismas fuentes de información, aunque eran consideradas de menor calidad y utilidad que las fuentes oficiales. El tiempo informándose y su nivel de conocimiento se asoció al nivel de distrés, existiendo mayor confianza en los profesionales sanitarios que en el sistema sanitario, y siendo la principal preocupación de los trabajadores fuera de casa el contagiar a familiares. La oportunidad de ofrecer información de calidad, veraz y actualizada en Internet ha motivado a los organismos públicos, universidades e incluso editoriales de revistas de pago a crear webs específicas ofertando dicha información accesible y gratuita.

Parece evidente la necesidad de preparar recursos que permitan responder a lo que la mayoría de los encuestados demanda, la conveniencia de recibir apoyo psicológico, no solo los trabajadores sanitarios y no sanitarios, sino también los enfermos y sus familiares.

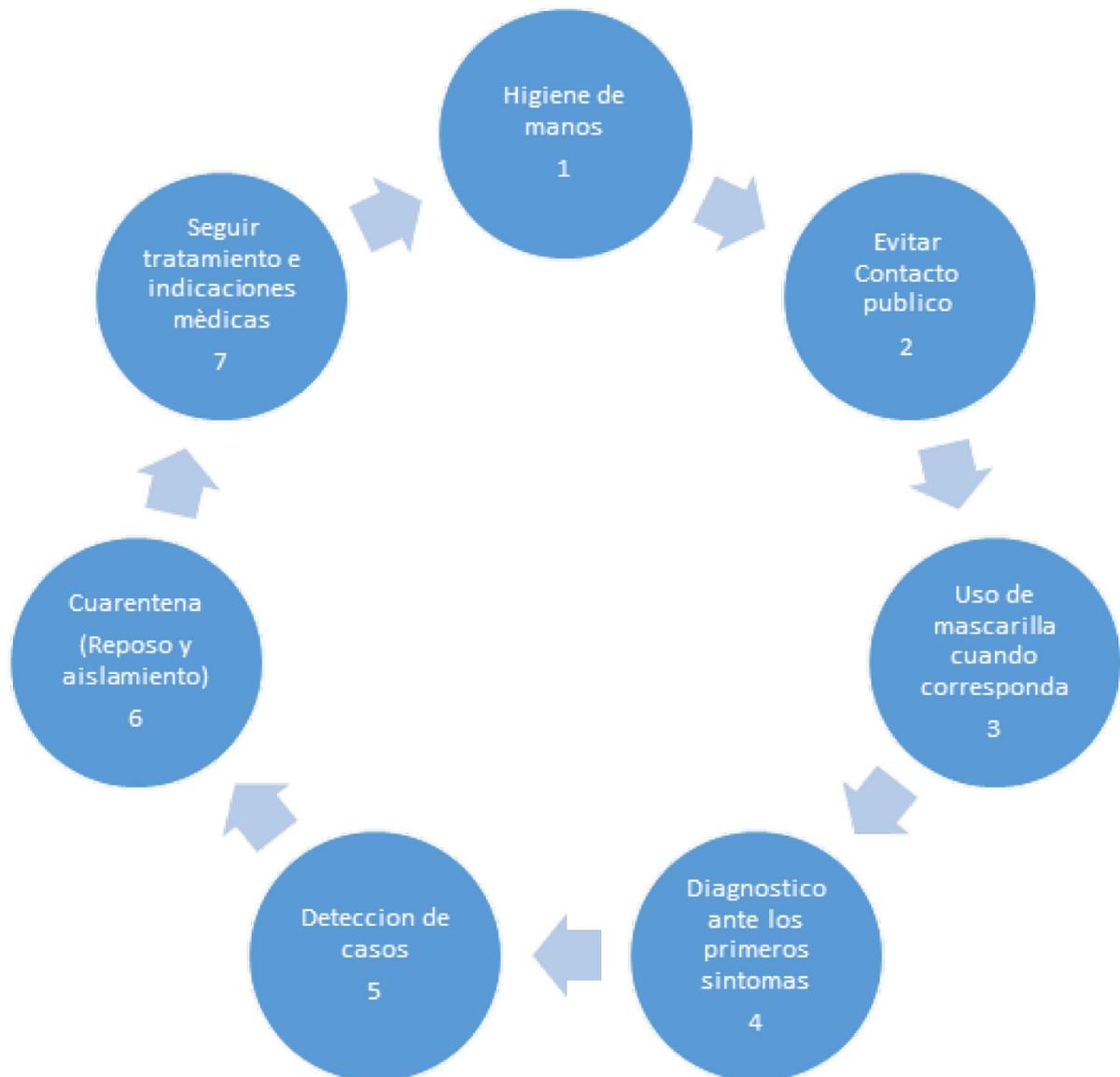
3.15 Intervenciones psicológicas en COVID-19-: un modelo actual

En la dinámica de la enfermedad del Covid-19 se aprecia la relevancia de las conductas de las personas. La importancia de la identificación del comportamiento nos solo hace una comprensión más adecuada de la enfermedad, sino que permite diseñar, planificar las intervenciones más efectivas permitiendo en este caso a la Psicología poder aportar con todo su conocimiento científico de la Ciencia del comportamiento para el abordaje de esta Pandemia.

En la figura. Se muestra un encadenamiento de comportamientos vinculadas a la fase de la enfermedad, desde los que todas las personas deben hacer hasta el momento de detección de la enfermedad (Poudel et al., 2020). De esta forma, ya se sabe cuáles serían las conductas preventivas; prácticas de higiene de manos, evitar el contacto público, uso de máscaras, detección de casos, localización de contactos, cuarentenas para reducir la transmisión.

Ante la conducta de sospecha de presentar la enfermedad, primeros síntomas o el haber estado cerca de personas infectadas: acudir a centros de salud y realización de

diagnóstico. Por último, si se ha detectado la presencia del virus en las personas comienza la realización del tratamiento que está vinculado nuevamente a conductas delimitadas y específicas como reposo y aislamiento y el tratamiento de los síntomas siguiendo las indicaciones médicas.



Mapa conductual del COVID-19. Adaptación de Poudel et al.2020

Lunn, Belton, Lavin et al. (2020) proponen siete áreas en que la ciencia del comportamiento puede contribuir a frenar la propagación del virus en distintos niveles, no sólo por las autoridades nacionales y locales, sino también por organizaciones, lugares de trabajo e incluso hogares. Estas áreas son el lavado de manos, el contacto con la cara, el aislamiento, el comportamiento en público, los comportamientos indeseables (ej. xenofobia), la comunicación de crisis y las percepciones de riesgo.

Estos investigadores plantean, por ejemplo, que la evidencia muestra que la educación y la información sobre la higiene de las manos no es suficiente, que el aislamiento puede causar distrés y problemas de salud mental que requieren atención o que las percepciones de riesgo pueden estar sesgadas o distorsionadas.

UNIDAD IV: Los estilos de vida saludables

4.1 Variables físicas

La actividad física es una importante alternativa para una vida saludable, incluyendo no tener dolores, no disminuir nuestras capacidades, mantenerse mentalmente activo y no reducir involuntariamente nuestras actividades.

La promoción de la práctica de actividad físico-deportiva se ha convertido en uno de los objetivos esenciales en la política educativa de la mayoría de los países desarrollados. Numerosas investigaciones destacan que el ejercicio físico adecuado, regular y sistemático mejora la salud y contribuye a la calidad de vida de manera notable.

Se considera actividad física cualquier movimiento corporal producido por los músculos esqueléticos que exija gasto de energía.

Una práctica de actividad física-deportiva realizada bajo unos determinados parámetros de frecuencia, intensidad y duración está encuadrada dentro de los modelos o estilos de vida saludables. En este sentido, diversos estudios muestran que existen relaciones significativas entre la práctica de actividad física y la reducción de hábitos negativos para la salud de los adolescentes, como el consumo de tabaco y alcohol.

Asimismo y, desde una consideración integral de la salud, hay que destacar los beneficios psicológicos y sociales de la misma, que convierten a la actividad físico-deportiva en un factor primordial para la contribución al desarrollo personal y social armónico en escolares y adolescentes, teniendo una marcada influencia en los hábitos de práctica durante la edad adulta.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) en el año 2012 para conmemorar su aniversario en el Día Mundial de la Salud eligió el tema “Envejecimiento y Salud”, con el lema “la buena salud añade vida a los años”, e incidiendo en que para una buena salud es determinante la “actividad física”.

Actividad física diaria

Por otra parte, la OMS señala que la inactividad física es el cuarto factor de riesgo en lo que respecta a la mortalidad mundial (6% de las muertes registradas en todo el mundo). Además, se estima que la inactividad física es la causa principal de aproximadamente un 21%-25% de los cánceres de mama y de colon, el 27% de los casos de diabetes y aproximadamente el 30% de la carga de cardiopatía isquémica.

¿Por qué es importante la actividad física?

La actividad física regular es importante para la buena salud, en especial si está intentando bajar de peso o mantener un peso saludable.

Al bajar de peso, una mayor actividad física aumenta la cantidad de calorías que su cuerpo “quema” o utiliza para obtener energía. Al quemar calorías mediante la actividad física y reducir a la vez el número de calorías que consume, se origina un “déficit calórico” que se traduce en pérdida de peso.

La mayor parte del peso se pierde al comer menor cantidad de calorías. Sin embargo, la evidencia muestra que la única manera de mantener la pérdida de peso es realizar actividades físicas en forma regular.

Y lo que es aún más importante, la actividad física reduce el riesgo de enfermedades cardiovasculares y diabetes en mayor medida que la pérdida de peso por sí sola.

La actividad física también ayuda a:

Mantener el peso.

Reducir la presión arterial alta.

Reducir el riesgo de diabetes tipo 2, ataque cardíaco, accidente cerebrovascular y varios tipos de cáncer.

Reducir el dolor de la artritis y la discapacidad asociada con esta afección.

Reducir el riesgo de osteoporosis y las caídas.

Reducir los síntomas de depresión y ansiedad.

¿Cuánta actividad física es necesaria?

Cuando se trata de controlar el peso, hay mucha variación en la cantidad de actividad física que necesita cada persona. A continuación le ofrecemos algunas pautas a seguir:

Para mantener su peso: Llegue gradualmente hasta 150 minutos de actividad aeróbica de intensidad moderada, 75 minutos de actividad aeróbica de intensidad vigorosa o el equivalente combinado de los dos tipos de actividad cada semana. Evidencia científica sólida demuestra que la actividad física puede ayudar a mantener su peso con el transcurso del tiempo. Sin embargo, no se sabe claramente la cantidad exacta de actividad física necesaria para lograrlo, ya que la misma varía mucho de persona a persona. Es posible que usted necesite hacer algo más que el equivalente de 150 minutos de actividad de intensidad moderada a la semana para mantener su peso.

Para perder peso y no recuperarlo: Usted necesitará una gran cantidad de actividad física a menos que ajuste su dieta y reduzca la cantidad de calorías que come y bebe. Para llegar a tener un peso saludable y mantenerlo, se requiere tanto de actividad física regular como de un plan de alimentación saludable.

4.2 Variables psicológicas

Las personas, muy en especial durante el periodo de la adolescencia, se enfrentan de continuo a nuevas situaciones que les ofrecen la posibilidad de consumir bebidas alcohólicas, de fumar o de adoptar otras muchas conductas de riesgo.

Por muchas y variadas que sean las razones para llevar un estilo de vida saludable, son simultáneamente muy fuertes los factores socioculturales que juegan en contra de los buenos propósitos de hacer más ejercicio, de reducir la ingesta de alcohol o de alimentos, de llevar, en definitiva, una vida más sana. También resultan muy apreciados en nuestra sociedad logros como el estar en paz consigo mismo, la armonía interior y el bienestar psicológico cuya consecución suele justificar esfuerzos y sacrificios pero al mismo tiempo vivimos en una cultura hedonista que transmite mensajes a favor de la satisfacción inmediata de los impulsos y apetencias.

Por eso mismo es relevante identificar qué mecanismos psicológicos se asocian con el mantenimiento de un estilo de vida adecuado tanto para la salud física como psicológica. Y uno de esos mecanismos es, tal como lo ponen de relieve los datos presentados en un reciente artículo nuestro (Rodríguez, Goñi y Ruiz de Azúa, 2006), el autoconcepto físico

por las relaciones que mantiene tanto con el bienestar psicológico subjetivo como con los hábitos de vida saludables.

Nuevos datos

Eran conocidas las relaciones entre el autoconcepto físico, entendido como un conjunto de percepciones de las capacidades y atributos físicos propios que varía a lo largo del desarrollo evolutivo de manera diferente para cada uno de los dos géneros, y la frecuencia de actividad deportiva o el índice de masa corporal (Goñi, Rodríguez y Ruiz de Azúa, 2004); se sabía también que una baja percepción del yo físico guarda relación con una mayor probabilidad de padecer trastornos de conducta alimentaria (Goñi y Rodríguez, 2004). De ahí el interés por precisar la naturaleza de las relaciones del autoconcepto físico con los estilos de vida y con el bienestar psicológico.

Por estilo de vida saludable se entiende el patrón de comportamientos relativamente estable de los individuos o grupos que guardan una estrecha relación con la salud (Nutbeam, Aaro y Catford, 1989). Desde siempre se ha considerado como estilo de vida saludable una práctica frecuente de actividad físico-deportiva, una alimentación sana y equilibrada, una ingesta moderada de alcohol y la ausencia de consumo de tabaco y drogas (Balaguer, 2002). Según nuestros datos, a la edad de 12 a 14 años se tienen hábitos de vida más saludables que en años posteriores; los hombres afirman llevar un estilo de vida más sano que las mujeres (consumen menos alcohol y tabaco, realizan más deporte, y perciben su alimentación como más sana); y, finalmente, quienes hacen deporte de forma más asidua obtienen puntuaciones superiores en un cuestionario dedicado a evaluar los hábitos de vida saludables. Y, de otro lado, tanto un bienestar psicológico elevado como un estilo de vida más saludable se encuentran estrechamente relacionados con un concepto del yo-físico más positivo y elevado.

Falta por esclarecer, bien es verdad, cuál es el sentido de la causalidad entre estos factores: si un autoconcepto físico elevado es el que sostiene una forma de vivir más sana o si, en cambio, es el estilo de vida sano el que trae de la mano un autoconcepto físico más positivo. Ambas interpretaciones resultan plausibles: que un estilo de vida saludable sea consecuencia de percibirse físicamente competente o que un autoconcepto físico positivo derive de una serie de costumbres sanas en la vida diaria.

En cuanto al bienestar psicológico o satisfacción con la vida (Diener, 1994), su estudio desde mediados de los años setenta por parte de la Psicología supone el abordaje con nueva terminología de tópicos centrales del comportamiento humano. Los datos de nuestro estudio muestran una fuerte correlación de las puntuaciones de los adolescentes en autoconcepto físico con las puntuaciones en bienestar psicológico subjetivo.

Pautas para la intervención

Los programas de intervención psicosocial deberían poner de relieve y ayudar a tomar conciencia de que un esfuerzo personal por mejorar el estilo de vida va a resultar rentable por sus repercusiones positivas no sólo en la salud física, sino también en la salud psicológica: va a aumentar el bienestar psicológico, va a mejorar el autoconcepto.

De otro lado, es decisivo, cuando se trata de un programa de intervención para la mejora de un determinado proceso (por ejemplo, los estilos de vida), el abordarlo tanto de forma directa como de manera indirecta, es decir, incidiendo en los factores asociados (en este caso, el autoconcepto y el bienestar psicológico) ya que previsiblemente la mejora de estos repercutirá en la mejora de los hábitos de vida saludables.

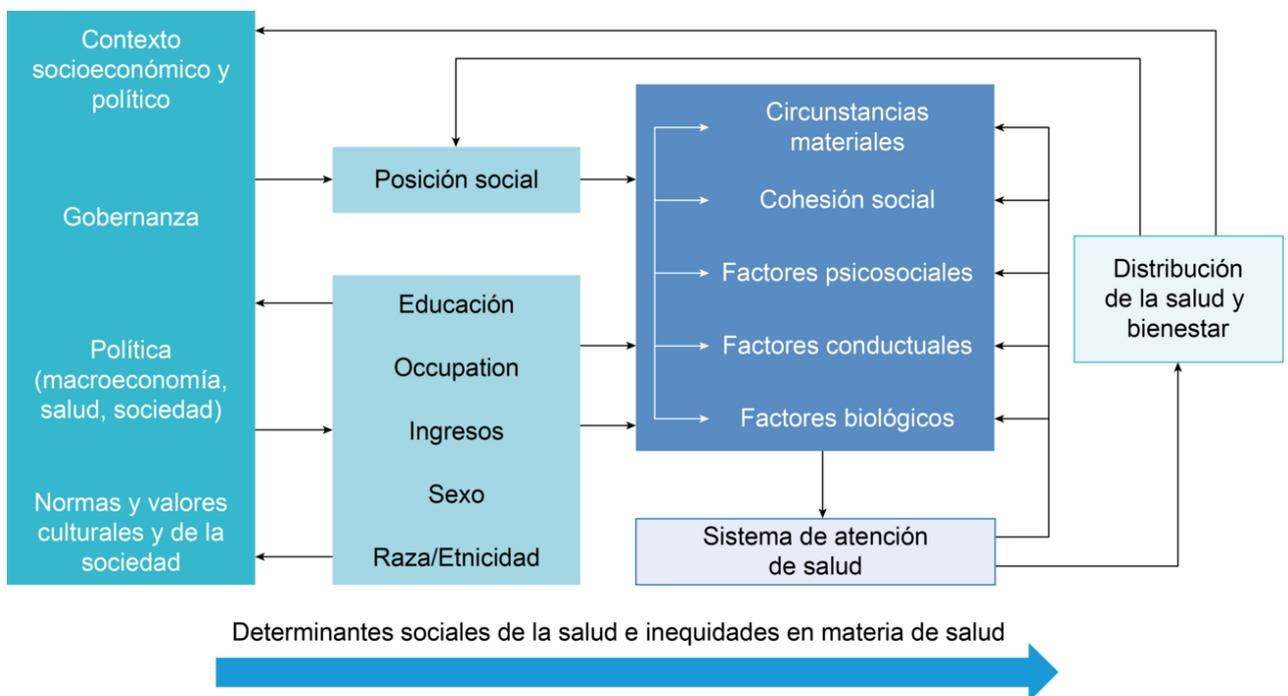
Por último, parece oportuno subrayar la necesidad de disponer de instrumentos que permitan detectar y diagnosticar de la forma más eficiente, económica y ajustada los casos que demandan una atención preventiva. Los contextos escolares, por ejemplo, son especialmente adecuados para llevar a cabo esta importante tarea de detección precoz y de intervención educativa y en estos contextos resulta útil y fácil contar con medidas del autoconcepto físico del alumnado: el CAF (Goñi, Ruiz de Azúa y Rodríguez, 2006) se ha mostrado como un instrumento con sensibilidad para captar diferencias asociadas no sólo con las variables que aquí se comentan (bienestar y estilos de vida) sino con otras variables tan significativas como los trastornos de conducta alimentaria y el índice de masa corporal (Goñi y Rodríguez, 2004).

Así mismo ha podido comprobarse (Ruiz de Azúa, Rodríguez y Goñi, 2005) que una mayor vulnerabilidad ante las presiones socioculturales en cuanto a la difusión del modelo estético de la delgadez corporal se asocia también con un autoconcepto físico menor.

4.3 Variables sociales

La Organización Mundial de la Salud define los determinantes sociales de la salud (DSS) como "las circunstancias en que las personas nacen crecen, trabajan, viven y envejecen, incluido el conjunto más amplio de fuerzas y sistemas que influyen sobre las condiciones de la vida cotidiana". Estas fuerzas y sistemas incluyen políticas y sistemas económicos, programas de desarrollo, normas y políticas sociales y sistemas políticos.

Las condiciones anteriores pueden ser altamente diferentes para varios subgrupos de una población y pueden dar lugar a diferencias en los resultados en materia de salud. Es posible que sea inevitable que algunas de estas condiciones sean diferentes, en cual caso se consideran desigualdades, tal como es posible que estas diferencias puedan ser innecesarias y evitables, en cual caso se consideran inequidades y, por consiguiente, metas apropiadas para políticas diseñadas para aumentar la equidad.



A pesar de alcanzar la meta de los ODM de reducir a la mitad la tasa de extrema pobreza, la reducción de esta tasa en la Región casi se ha detenido en los últimos años. Esto tiene implicaciones graves para la Región pues la pobreza repercute directamente sobre el acceso a la vivienda digna, los servicios, la educación, el transporte y otros factores vitales para la salud y el bienestar generales. De hecho, la pobreza es posiblemente el determinante individual más importante de la salud.

Para superar los obstáculos y lograr progresos, es indispensable que las políticas sociales reconozcan la función de género como un fuerte determinante estructural de la salud. Por ejemplo, las mujeres tienen costos de salud mayores que los hombres debido a su mayor utilización de los servicios de atención de salud. Al mismo tiempo, las mujeres corren un mayor riesgo que los hombres de ser pobres, desempleadas o estar contratadas en trabajos que no ofrecen prestaciones de atención de salud.

Al abordar los determinantes sociales de salud se ha hecho claramente hincapié en la importancia de la acción multisectorial la inaceptabilidad de las marcadas inequidades en materia de salud y la salud como derecho humano. Para actuar con respecto a los determinantes sociales de la salud en la Región de las Américas sobre la base de la equidad, es necesario reconocer las causas complejas y a menudo duraderas de la mala salud y la inequidad en materia de salud mediante la investigación desde las ciencias sociales y la epidemiología.

Un cúmulo cada vez mayor de pruebas ha dado lugar a la acción intensificada en todo el espectro mundial de salud con una participación notable a nivel nacional en la Región de las Américas. Al abordar las «causas de las causas» que son fundamentales para la buena y la mala salud, el enfoque de los determinantes sociales de la salud puede eliminar algunos de los principales obstáculos que repercuten en la salud y resolver algunos de los problemas de salud de más difícil solución en la Región que están estrechamente vinculados con las dimensiones de la inequidad, y apoyar así la transición progresiva hacia la salud universal.

En la Estrategia para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud de la Organización Panamericana de la Salud se señala que las recientes mejoras logradas en el ámbito de la salud en toda la Región se debieron en parte a los avances del desarrollo económico y social de los países, la consolidación de los procesos democráticos, el fortalecimiento de los sistemas de salud y el compromiso político de los países para atender las necesidades de salud de sus poblaciones.

En esa estrategia se reconoce que las políticas e intervenciones en las que se abordan los determinantes sociales de la salud y se fomenta el compromiso de la sociedad en su totalidad de promover la salud y el bienestar, haciendo hincapié en grupos en situaciones

de pobreza y vulnerabilidad, son requisitos esenciales para avanzar hacia el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud.

Hay una clara necesidad de seguir realizando esfuerzos para superar la exclusión, la inequidad y los obstáculos para el acceso y la utilización oportuna de los servicios de salud integrales. Es necesario adoptar mejores medidas intersectoriales para influir en las políticas, los planes, la legislación y los reglamentos que abordan los determinantes sociales de la salud, así como en la acción conjunta en este sentido más allá del sector de la salud.

4.4 Variables espirituales

El concepto de espiritualidad ha ido cobrando cada vez más importancia, excedió los límites de la religión y de la moral, especialmente en el mundo occidental, hasta convertirse en un constructo estudiado ampliamente por el campo de la salud (Koenig, 2008). Actualmente, se cuenta con más de 1.200 estudios sobre espiritualidad y religión en el área de la salud, y es en los últimos veinte años cuando más se ha encontrado una fuerte relación entre religiosidad-espiritualidad y salud física y mental en todo tipo de enfermedad. Incluso se ha abordado en procesos de divorcio y crisis emocionales (Koenig et al., 2001; Baldacchino & Buhagiar, 2003; Moreira-Almeida et al., 2006).

Modelos de espiritualidad en salud

Recientemente, Koenig (2008) planteó cuatro modelos sobre la relación de la salud mental y física con la religión y la espiritualidad o secularidad (laicidad):

Versión tradicional-histórica de espiritualidad

Se caracteriza por la profunda religiosidad, la dedicación al servicio de la religión y los miembros de una comunidad y, la enseñanza de las tradiciones de la fe a través del testimonio de vida. En esta versión, la religión, la espiritualidad y la secularidad (laicidad) son recursos que pueden promover valores morales, conexiones con otros, tranquilidad, armonía, bienestar, esperanza, rasgos positivos de carácter y estados mentales positivos como el propósito y significado de la vida.

La versión tradicional-histórica de espiritualidad puede ser estudiada usando los métodos de investigación de las ciencias sociales y conductuales. La espiritualidad es aquí distinta de

las formas más superficiales o menos devotas de religión y de la secularidad (laicidad). Las personas espirituales pueden ser identificadas a través de medidas de participación religiosa que luego son comparadas con aquellas que son menos religiosas y con individuos seculares (laicos). La espiritualidad en esta versión es entonces un constructo completamente separado de las medidas de salud mental o física.

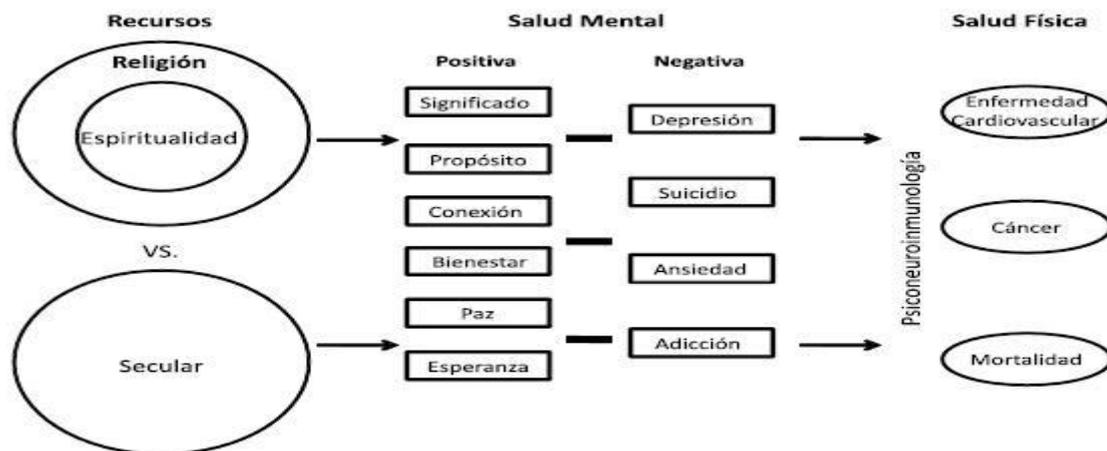


Figura 1. Versión tradicional-histórica de espiritualidad

Versión moderna de espiritualidad

Se caracteriza porque amplía o va más allá del constructo de religión tradicional. El término espiritualidad ha sido utilizado más ampliamente en la asistencia de salud, cuyo objetivo ha sido aplicarlo tanto a personas de diversos credos religiosos como aquellos que no lo tienen. Esto abre entonces una nueva categoría de "personas espirituales, pero no religiosas". Esta versión conceptualiza la comparación de la salud mental y física de los que son "espirituales religiosos", los que son "espirituales, pero no religiosos", y los que son "completamente seculares"

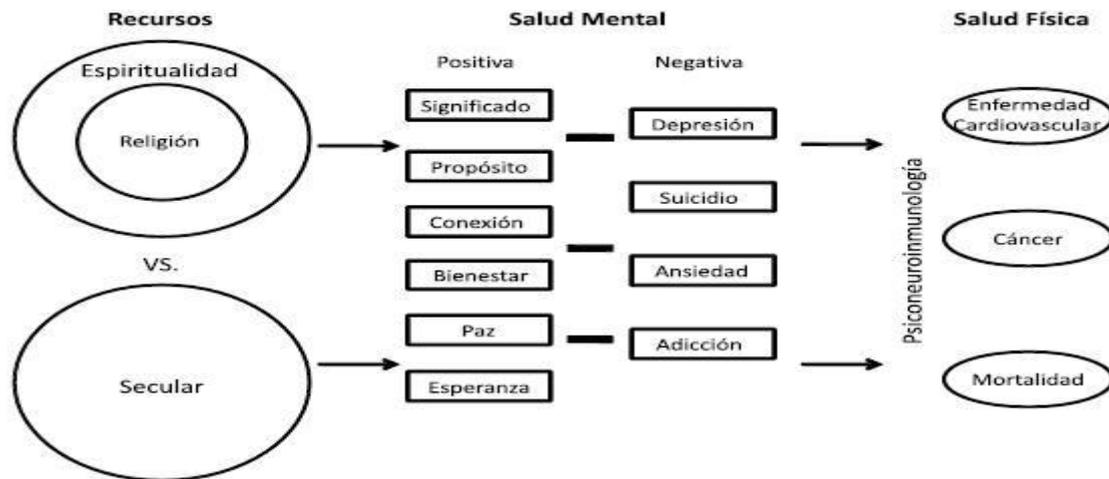


Figura 2. Versión moderna de espiritualidad

Versión tautológica moderna de espiritualidad

Aunque es similar a la anterior (versión moderna) se caracteriza porque se extiende hacia fuera incluyendo en su definición la salud mental positiva y los valores humanos. Este concepto de espiritualidad incluye no sólo indicadores religiosos tradicionales o una búsqueda de lo sagrado, sino también estados psicológicos positivos como propósito y significado de la vida, la conexión con los demás (la calidad de apoyo social), tranquilidad, armonía y bienestar. Se define como versión "tautológica" porque incluye indicadores de salud mental en la definición de espiritualidad, lo que asegura una confirmación positiva entre estas dos variables.

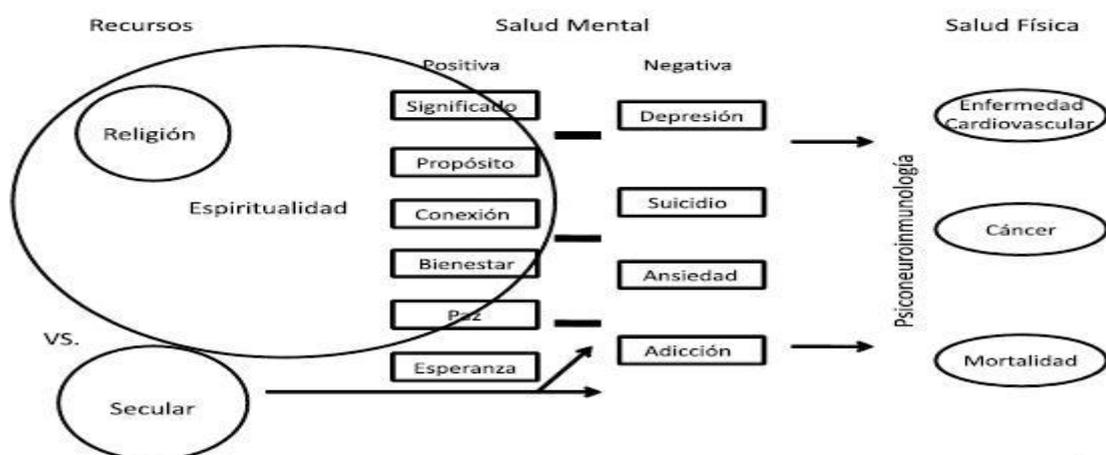


Figura 3. Versión tautológica moderna de espiritualidad

Version clinica moderna de espiritualidad

Esta versión se caracteriza porque no sólo incluye las anteriores, es decir, el constructo de religión y los indicadores positivos de salud mental, sino también lo secular (laicismo) como elementos de su definición. En este modelo se considera espiritual incluso lo agnóstico y lo ateo.

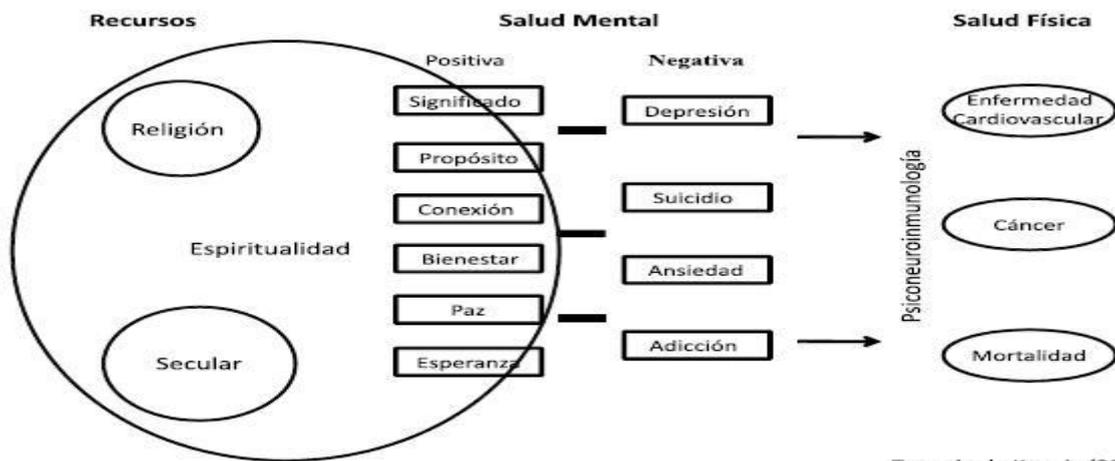


Figura 4. Versión clínica moderna de espiritualidad

4.5 La calidad de sueño como factor relevante de la calidad de vida

El sueño constituye un estado de suma relevancia para el ser humano; prueba de ello es que pasamos cerca de un tercio de nuestra vida durmiendo. Por desgracia, y quizá como consecuencia del ritmo de vida que caracteriza a las sociedades industrializadas, los trastornos del sueño suponen una de las alteraciones más preocupantes en la actualidad.

Aproximadamente una cuarta parte de la población sufre algún tipo de trastorno del sueño, en especial las mujeres de mediana edad y las personas ancianas, siendo el insomnio la queja más común.

Debemos señalar que una buena calidad de sueño no sólo constituye un factor determinante de la salud, sino que además supone un elemento crucial en una buena calidad de vida. Así, por lo común, el padecimiento de ciertos trastornos del sueño se asocia con riesgos de desarrollo de otros problemas psicológicos, médicos y sociales (deterioro funcional, incremento de las tasas de accidentabilidad, alteraciones emocionales, problemas cardiovasculares, etc.) (Miró, Sánchez y Buela-Casal, 2003).

La calidad de sueño no sólo se refiere al hecho de dormir bien durante la noche, sino al buen funcionamiento diurno. En este capítulo describiremos en primer lugar un modelo

comportamental del sueño que integra los elementos esenciales que influyen en la calidad del mismo; en segundo lugar, se analizará el papel que estos factores desempeñan; y, en tercer lugar, nos centraremos en aquellos instrumentos más importantes para evaluar la calidad del sueño.

Perspectiva comportamental del sueño

El sueño se puede definir como un estado funcional, reversible y cíclico, que presenta ciertas manifestaciones conductuales características, como la relativa ausencia de motilidad y un incremento del umbral de respuesta a la estimulación externa, produciéndose durante el mismo cambios funcionales a nivel orgánico, así como cambios de actividad en el sistema nervioso, acompañado todo ello de la actividad intelectual que supone soñar (Buela-Casal y Sierra, 2001b). Carskadon y Dement (1994) señalan que el fenómeno del sueño se puede describir desde dos perspectivas: comportamental y fisiológica.

Desde el punto de vista fisiológico, en el sueño se han descrito dos estados distintos bien definidos por sus parámetros fisiológicos: el sueño de ondas lentas y el sueño de movimientos oculares rápidos. Desde una visión comportamental, Buela-Casal y Sierra (2001a) proponen un modelo en el que el sueño —tanto su duración como su estructura— está determinado por cuatro dimensiones diferentes: tiempo circadiano u hora del día en que está localizado (¿cuándo duerme la persona?), factores intrínsecos al organismo (edad, patrones de sueño, estado fisiológico o necesidad de dormir (¿cómo duerme?)), conductas que facilitan o inhiben el sueño (¿qué hace para dormir?) y, por último, el ambiente (habitación, temperatura, luz, ruido, etc.)

Tiempo circadiano

Durante la mayor parte de la vida, el sueño del ser humano se ajusta a un ritmo circadiano de 24 horas, coincidiendo con la noche, aunque este ritmo no caracteriza todo el ciclo vital, pues, por ejemplo, durante los primeros meses de vida, el sueño sigue un ritmo circadiano de 3-4 horas. Por desgracia, en las sociedades occidentales un gran porcentaje de la población adulta sufre alteraciones del ritmo circadiano, sobre todo como consecuencia de los horarios laborales; se estima que aproximadamente una cuarta o quinta parte de los trabajadores del mundo industrializado trabajan por turnos.

En un estudio reciente, Medina y Sierra (en prensa) ponen de manifiesto que la calidad de sueño de los trabajadores por turnos es peor que la de los trabajadores con horarios convencionales y que en esa baja calidad podrían estar desempeñando un papel significativo los pensamientos disfuncionales acerca del sueño; así, se demuestra que los primeros presentan una mayor latencia del sueño y que usan medicación hipnótica con más frecuencia.

Por otro lado, para lograr fortalecer el ritmo circadiano del sueño y la vigilia, es indispensable tratar de acostarse y levantarse a la misma hora todos los días; se recomienda que, aunque algún día nos acostemos tarde, a la mañana siguiente nos levantemos a la hora habitual.

No obstante, entre los jóvenes a menudo resulta común la desorganización del reloj interno por la transgresión de los horarios de sueño en los fines de semana dando lugar a un exceso o un defecto de sueño (Abad, Adelantado, González y Melendo, 1993; Rivas, Navarro, Sagredo, Maldonado y Dávila, 1998).

4.6 Estrategias de mejoramiento de la calidad de vida

Dimensión física

Nutrición

Del alimento que ingerimos a diario depende, en gran medida, el grado de bienestar que tenemos, y también, cómo nos sentiremos en el futuro. Aunque no existe una dieta ideal que pueda aplicarse a todo el mundo, ya que cada individuo tiene necesidades distintas, en función de su edad, sexo, tamaño corporal, actividad física, naturaleza del trabajo que realiza, etc., hay más de 40 nutrientes que son básicos para mantener un estado de salud equilibrado. Estos nutrientes básicos los incorporamos al organismo cuando comemos alimentos variados, principalmente crudos y frescos.

La comida diaria determina lo que ocurre en nuestro cuerpo a nivel celular y metabólico, donde se originan los procesos vitales. Así, el de envejecimiento puede retrasarse o acelerarse en función de los nutrientes que incorporamos día a día. Por ejemplo, a mayor edad, necesitamos incorporar mayor cantidad de vitamina D (a través de la leche y

vegetales) para prevenir la osteoporosis, tomar sol y mantenernos activos, a fin de que el cuerpo contenga cantidad suficiente de esta vitamina.

Ejercicio físico

Existen evidencias contundentes acerca de que la práctica regular de ejercicio constituye un factor protector de la salud física y emocional, además de que retrasa el envejecimiento.

Asimismo, contribuye a romper el círculo vicioso retroalimentante, de inactividad-incapacidad o reducida funcionalidad física. El estrés agudo o crónico se reduce, y hasta puede ser eliminado, a través del movimiento adecuado y regular. Tanto el ejercicio ocasional como el sostenido producen un mejoramiento del humor, disminuyen la depresión y la ansiedad e incrementan el sentimiento de vigor (Boutcher y Landers, 1988).

También, algunas evidencias señalan que el buen estado físico reduce los efectos adversos que sobre la salud ejercen los eventos vitales negativos. En general, los estudios indican que el ejercicio ocasional o permanente mejora el estado de ánimo, pero la intensidad y el tipo de ejercicio pueden influir sobre los resultados (Fillingim y Blumenthal, 1993).

Existen dos tipos fundamentales de ejercicio: el aeróbico, basado en el movimiento repetitivo de grandes grupos musculares, que comprende actividades tales como caminar, andar en bicicleta, correr y nadar; y el anaeróbico, como levantar pesas.

Como señala Pickering (2000), son abrumadoras las pruebas acerca de que la inactividad física es un factor de riesgo para la salud, pues contribuye a aumentar la presión arterial. La hipertensión arterial es una afección prevalente en las poblaciones occidentales que predispone a accidentes cerebrales, ataques cardíacos y otras formas de alteraciones cardiovasculares.

El ejercicio físico contribuye —en casi todos los casos— a reducirlas, lo cual también sucede con la osteoporosis, las afecciones cardíacas, la probabilidad de diabetes, la arterioesclerosis. Ocurre una caída de la presión sanguínea después del ejercicio, por debajo de los niveles de reposo (aproximadamente a la media hora de finalizado el ejercicio).

Si la persona es hipertensa, el decremento de la presión sanguínea es mayor y permanece por mayor tiempo (de aquí la importancia de realizar ejercicio si se padece de hipertensión).

Respiración

La regulación respiratoria es esencial para mantener la salud psicofísica. A través de una multiplicidad de trabajos experimentales se ha comprobado que el proceso respiratorio se encuentra estrechamente vinculado con procesos cognitivos y de comportamiento. La respiración es una manifestación conductual fundamental del estado psíquico y fisiológico de los seres humanos, que marca el comienzo y el final de la vida. En diferentes idiomas, el significado etimológico de la palabra está ligado a los términos de vida, alma o espíritu.

A pesar de que la respiración es una función mecánica o inconsciente, es la única de carácter autonómica que puede colocarse fácilmente bajo control voluntario. En ella hay que distinguir dos aspectos importantes: por una parte, lo referente a los biomecanismos de la inspiración, la exhalación y la retención (apnea) y, por la otra, la función fisiológica de intercambios de gases a nivel del metabolismo celular (fijación de oxígeno, eliminación de dióxido de carbono, mantenimiento del equilibrio ácido-base) lo que podría llamarse respiración celular o interna, la cual continúa produciéndose a pesar de que la externa se suspenda, por ejemplo, cuando se realiza una apnea prolongada en una inmersión.

4.7 Respiración diafragmática o profunda

Schwartz (1987) señala la eficacia de la RD para promover un estado de relajación generalizada. La ventaja es que se la puede utilizar en cualquier situación para inducir un estado de tranquilidad. Los estudios realizados indican que la práctica de la RD incrementa o estabiliza la temperatura periférica (Fried, 1990), lo cual está asociado con la disminución del arousal simpático.

Además, está vinculada psicológicamente con estabilidad emocional, sentido de control sobre el ambiente, calma, alto nivel de actividad mental y física, y ausencia relativa de estresores. Se ha demostrado que esta respiración puede ayudar cuando se sufre de dolores de cabeza, ansiedad, presión arterial alta, alteraciones en el dormir, manos y pies fríos, etcétera.

Durante la inspiración el diafragma (principal músculo respiratorio) se aplana hacia abajo. Este movimiento crea más espacio en la cavidad del pecho, lo que permite que los pulmones se llenen totalmente. Durante la exhalación, el diafragma se relaja y retoma su forma de cúpula. Aunque el diafragma funciona automáticamente, sus movimientos pueden ser controlados de manera voluntaria.

La tercera parte baja de los pulmones contiene la mayor cantidad de sangre cuando el individuo está parado; de esta forma, la RD oxigena una mayor cantidad de sangre por cada ciclo respiratorio más que los otros tipos de respiración (Everly, 1990).

La hiperventilación se caracteriza por ser una práctica respiratoria torácica rápida, con frecuentes jadeos, contracciones abdominales e inhibición de la fase exhalatoria. Es sabido que el síndrome de la hiperventilación crónica está asociado con repentina hipocapnia (alcalosis sanguínea), cambios en la presión sanguínea, tasa cardíaca y debilitamiento neuromuscular. En el plano psicológico, la hiperventilación produce sentimientos de ansiedad, irritabilidad y temor (Clark y Hirschman, 1990). Al hiperventilar se hace hincapié en la inspiración y poco tiempo en la exhalación. Es necesario el entrenamiento en la RD para revertir esta práctica respiratoria.

En la RD los hombros no deben moverse hacia arriba ni el pecho expandirse hacia afuera (esto es lo que comúnmente se llama respiración profunda). El aire fluye suavemente hacia adentro y hacia afuera de los pulmones. El abdomen se expande o sube con cada inspiración y se contrae o baja, con cada exhalación.

4.8 Conciencia somática

¿Cuántas horas pasas sentado delante de tu ordenador? ¿Eres consciente de la manera en que estás sentado? ¿Te estresa gestionar varias acciones simultáneas? ¿Repites los mismos gestos a lo largo del día? ¿Adoptas siempre las mismas posturas? ¿Dónde tienes los hombros? ¿Cuál es la posición de tu cabeza? ¿Cuál es el ritmo de tu respiración? Te gustaría mejorar tu lenguaje no verbal?

Vivimos en una situación de constante aceleración y respondemos a tal inmediatez con reiteradas acciones y posturas que provocan alteraciones en el sistema nervioso. Ello provoca un conflicto en nuestro organismo que a la vez se traduce por cansancio, dolores, estrés, desinterés y falta de concentración. Sin embargo, existe la posibilidad de

revertir este proceso, con un enfoque somático del cuidado del cuerpo y de la relación cuerpo-mente. Las posturas y las emociones negativas que surgen de esta situación, pueden convertirse en placer, vitalidad, motivación, creatividad, comunicación e implicación para un cambio positivo y la mejora de nuestras acciones.

La conciencia somática enfoca los procesos que relacionan el cuerpo y la mente y nos permite conocernos mejor a partir de nuestro estado corporal: los sentidos y el movimiento, el sistema nervioso y la estructura musculo-esquelética y otras muchas funciones corporales que participan en este proceso.

Es una experiencia que implica no solo mi físico, sino también mi pensamiento, mi comportamiento, mi emoción, mi sensación y habla de como estos aspectos en interacción continua y en un único espacio corporal “el soma”, determinan mi funcionamiento.

Mabel Todd, con su libro “The Thinking Body” (1937) El Cuerpo Pensante, fue una de las pioneras de la somática en estados Unidos.

Más tarde en 1976, Thomas Hanna publica la revista Somatics y define la somática como “el Arte y la ciencia de los procesos de interacción sinérgica entre la consciencia, la función biológica y entorno”. Ello define la relación entre el sistema nervioso como función que nos permite desarrollar la consciencia, el cuerpo biológico y su estructura y el entorno o medio donde nos movemos y actuamos.

La educación somática habla de la capacidad que tenemos los seres humanos de modificar y mejorar nuestro propio funcionamiento y la calidad de nuestros movimientos a partir del conocimiento de las sensaciones internas que surgen de nuestro cuerpo y cuya mejoría influenciara los diferentes aspectos de nuestro ser.

Ello significa que, mejorar un movimiento y aliviar un dolor, no solo repercute en mi bienestar físico, sino también en mi manera de gestionar mis emociones, pensamientos, sensaciones y comportamientos.

Al centrarme en la calidad y mejora de las sensaciones ligadas a funciones o acciones tales como respirar, comer, moverme, sentarme, comunicar, arraigarme, relacionarme, o emocionarme que se expresan a partir de patrones somáticos corporales, encuentro los

recursos y la creatividad suficientes para solucionar situaciones o dolencias tanto físicas como psicológicas o emocionales vinculadas a dichas funciones.

Si mejoro mi sensación mejoro mi acción y mi expresión.

Pongamos el ejemplo de una persona que siente dolor en la espalda, por una posición sedente repetida o inadecuada o por sobreesfuerzo o tensión emocional en su día a día. El dolor es la forma que tiene el organismo de expresar que algo que estamos haciendo no es funcional, no lo estamos haciendo de manera correcta. Es una manera de entender que nuestra acción es inadecuada y que la posición o postura que adoptamos nos es perjudicial.

El enfoque somático dirige la atención al desequilibrio que causa ese dolor en el organismo. Se solicitan los mecanismos auto reguladores que nos permiten recuperar esa funcionalidad perdida u olvidada, calmando el dolor. En ese sentido no se trabaja directamente con los síntomas del dolor sino con sus causas, en este caso, una organización del movimiento defectuosa y se estimula al sistema nervioso para que restablezca el equilibrio.

Recuperamos la capacidad inherente de nuestro organismo de autorregularse, permitiendo un proceso de aprendizaje y cambio que nos permite desarrollar más flexibilidad, movilidad y funcionalidad. Se incrementa además la confianza en nuestras habilidades para enfrentar nuestro día a día con mayor satisfacción y creatividad.

4.9 Dimensión social

La dimensión social se organiza en torno a la interacción con otras personas. Supone la expresión de la sociabilidad humana característica, esto es, el impulso genético que la lleva a constituir sociedades, generar e interiorizar cultura, y el hecho de estar preparada biológicamente para vivir con otros de su misma especie, lo que implica prestar atención a otro humano necesariamente presente, y la sociabilidad, o capacidad y necesidad de interacción afectiva con semejantes, expresada en la participación en grupos, y la vivencia de experiencias sociales.

Enfatiza en la diversidad de aspectos que permiten a la persona interactuar con otras personas, para lo que son esenciales la existencia de otros con conciencia de sí mismos, el

lenguaje y la intención de comunicar. Es un componente esencial para la vida y el desarrollo humano al resultar imposible ser humano en solitario.

La persona nace en una sociedad (antes de nacer ya se está condicionado por una variedad de aspectos sociales, por ejemplo, las costumbres que marcan cuales son los patrones adecuados de comportamiento respecto a la elección de pareja o el embarazo) y necesita vivir en sociedad, ésta favorece la adaptación al medio, lo que le multiplica las posibilidades de sobrevivir. Nace de otras personas y requiere la presencia de otras personas para sobrevivir, llegar a ser ella misma en todos sus extremos y vivir una vida plena.

De hecho, muchas de las necesidades humanas precisan de la interacción con otros para ser cubiertas. Se interioriza la cultura de la sociedad en la que se nace o en la que se vive a través de los procesos de socialización que, en última instancia, favorecen la construcción del sentido del yo de la pertenencia a un determinado grupo. Mediante los otros, se moldea a la persona hasta que ésta acepta por completo las normas y valores sociales característicos del grupo donde habita, los ajusta a su propia idiosincrasia, y obtiene un marco de referencia para percibir y comprender la realidad y actuar autónomamente en ella. Para ello se aprovechan diversos mecanismos de desarrollo como la imitación o el modelado.

La construcción de la propia identidad es otro de los procesos sociales básicos. La conciencia de que existen otros conduce a la adquisición de la idea de uno mismo. El proceso de identificación va a permitir a la persona descubrir el significado de su propia existencia y la construcción de su proyecto vital, aspecto éste imprescindible para la autorrealización. En el contexto de la interacción con otros, la persona puede diferenciarse de los demás y reconocer sus similitudes con ellos. Obtiene así, entre otros, sentido de su cuerpo y de sí misma como algo que permanece aunque esté en cambio continuo; o la creencia en la propia valía.

La persona se vincula con otras mediante el intercambio continuo de acciones, lo que implica el desempeño de roles y el ajuste del comportamiento. Ello incluye el desarrollo de procesos de apoyo y ayuda mutua, un ejemplo de los cuales es el cuidado a quienes se encuentran en situaciones de vulnerabilidad y dependencia.

La dimensión social y colectiva de las personas es tan importante como la dimensión somática o la psíquica. Un reconocimiento que hacía explícito la denostada definición adoptada por la OMS en la primera conferencia mundial de la salud. Y que otras definiciones también resaltan como la del x congreso de médicos y biólogos en lengua catalana que subraya la solidaridad como característica del modo saludable de vivir. Los humanos vivimos habitualmente en sociedad. Y, desde la creación de las ciudades, la urbanización se ha ido ampliando de modo inexorable, prueba del éxito evolutivo de nuestra dimensión colectiva.

Nos conviene, pues, desarrollar herramientas metodológicas y operativas para trabajar colectivamente. Instrumentos particularmente necesarios en los ámbitos de la prevención y de la salud pública. Que dadas las tragedias totalitarias del pasado, requieren preservar la singularidad de los individuos. Lo que nos va a llevar trabajo; porque conciliar los derechos de las personas y de las colectividades no es tarea fácil.

A las reticencias al colectivismo se suma la desconfianza que, en ocasiones, desvelan las propuestas preventivas, como ocurrió en su momento con la vacunación triple vírica asociada indebidamente al autismo, gracias probablemente al ansia desmesurada de prestigio y a los pocos escrúpulos de algunos investigadores⁵ y que ahora se plantea frente a la vacunación antigripal, debido a la sospecha de la influencia de factores espurios en las decisiones sanitarias. La paradoja de Rose aporta una explicación verosímil de la escasa adhesión a la vacunación de los profesionales sanitarios que durante muchos años han prescrito la vacuna estacional de la gripe sin vacunarse ellos mismos. Que se vacunaron más cuando temieron la posible expansión de la gripe aviaria y que, en cambio, no solo se vacunaron menos sino que también la desaconsejaron activamente en el transcurso de la pandemia porcina. Comportamientos que sugieren que la desconfianza en las autoridades sanitarias juega un papel destacado.

Una desconfianza que a menudo se combate mediante el marketing social como recomienda la guía de servicios preventivos comunitarios⁶ pero que sin profundizar en las políticas de transparencia y de rendir cuentas podría quedar limitada a una seductora persuasión.

Para promover comportamientos socialmente responsables en estos tiempos que corren tal vez no sea bastante recuperar mayor credibilidad y debemos recurrir a argumentos

como los de Foster y Grundmann⁷ a propósito de la resistencia a los antibióticos, para quienes la solución del problema requiere anteponer la sociedad al individuo, prefieren dejar sin tratamiento algunos pacientes que tratar demasiado a la mayoría. Una situación moralmente peliaguda. Todavía más cuando incluso aquellas personas que son objetivamente perjudicadas, perciben como pérdida la supresión de las intervenciones sanitarias iatrogénicas.

4.10 Relación de la conducta del hombre con su salud

El comportamiento saludable como cualquier otro comportamiento se adquiere, se aprende, La salud como proceso implica identificación, atención, adquisición, práctica, mantenimiento, y desarrollo.

El comportamiento saludable debe definirse como un comportamiento específico de salud desde la salud.

El objetivo del comportamiento saludable debe ser la salud Biopsicosocial.

Así vemos que la salud puede manifestarse en corto plazo, salud en mediano plazo y salud a largo plazo.

Enfrentar la salud como un proceso y no como un estado o absoluto.

Por lo tanto la salud es un proceso que se manifiesta momento a momento como diferentes estados.

Por lo tanto la salud es un proceso que se manifiesta momento a momento como diferentes estados.

Aprender a identificar las variables de las cuales es función el estado saludable, los factores de salud, seguridad y bienestar de manera cotidiana

Identificación de la o las áreas saludables actuales o en perspectiva

Repetición constante de los comportamientos saludables

Definir las áreas como objetivos constantes de vida continuados: Inmediatos, a mediano y a largo plazo. Que nos den una garantía de efectividad

Se deben definir los factores de salud, seguridad y bienestar por sus cualidades, no por lo que no son o por su contrario.

La salud debe ser especializada

Se imponen métodos y estrategias

Atención constante y definida sobre ellos y repetirlos de manera sistemática.

Disciplina

La salud se ejerce cotidianamente y se práctica de manera dirigida y voluntaria.

Establecerla como hábito: Ejercerla de manera práctica y constante identificando constantemente los beneficios y posibilidades.

El comportamiento de la salud debe enfocarse como proceso de un conjunto de diferentes factores, momentos, contextos y situaciones.

Referirse a los comportamientos saludables como comportamientos específicos sobre que si hacer.

Pasos sucesivos: Considerar que un proceso es una secuencia de comportamientos que se van especializando o perfeccionando con el curso del trabajo al ejercerlo

Práctica mejorada

Hasta entonces considerarla y mantenerla como un estilo de vida.

La práctica cotidiana es el paso que se tiene que ir cubriendo para alcanzar los objetivos.

Elementos para ubicar al comportamiento saludable como un proceso de salud.

1. La medicina las instituciones médicas y los médicos ven a la persona enferma y tratan a la enfermedad y a la salud desde la enfermedad. Los centros de salud, los hospitales y los médicos tratan con enfermedad y no con salud. De este modo la medicina en general y los médicos tratan con la enfermedad.

2. A pesar de que la definición de salud impuesta por la OMS desde finales de los 40s ha señalado que la salud “es un estado de bienestar general biopsicosocial” contraponiéndose a la concepción de la salud como “ausencia de enfermedad”, en los hechos, la salud se trata aún en la actualidad como ausencia de enfermedad o como cura

de... por lo tanto es necesario que se privilegie a la salud desde la salud y se hagan efectivos los rubros psicológico y social desde la salud y para la salud en el ámbito de la prevención..

3. La salud desde la salud debe manejarse como comportamiento biopsicosocial, multifactorial y multicausal.

4. Lo psicológico desde la salud trata de la identificación, mantenimiento y prevención propiamente dicha.

5. Enfrentar la salud desde la salud. Es decir, tratar el tema de la salud como un área legítima de conocimiento en sí misma identificando, estudiando y controlando las variables que determinan por qué un individuo que es sano está sano.

6. Como proceso de salud. Es necesario encontrar los causales pasados de la salud determinar los causales de la salud actual y determinar las posibilidades prospectivas de salud.

7. Si tomamos al comportamiento saludable como un proceso multicausal, que como tal puede cambiar momento a momento (dinámico) y que por tanto no es absoluto, se puede hablar de diferentes niveles o posibilidades de comportamiento de salud.

8. Tenemos que describir de manera amplia explícita y precisa cada una de las condiciones de esos estados de salud o de bienestar lo que no necesariamente tendría que implicar o hacer referencia a la enfermedad.

9. La salud es otro proceso a lo largo del continuo salud enfermedad y se tiene que explicitar.

10. Se tienen que precisar los términos de salud y de enfermedad para que cuando se hable de enfermedad se trate y se hable de la enfermedad y cuando se hable de salud se hable de salud.

11. Hay que eliminar el lenguaje doble o doble discurso, es común encontrar que se habla de salud y se hace referencia a índices de mortandad, enfermedades crónicas degenerativas, accidentes, etc.

12. No se deben confundir los términos y que se diga que se va a hablar de salud cuando que de lo que se habla es de enfermedad, luego entonces si se puede hablar de problemas

de enfermedad, más no de problemas de salud porque la salud, si es salud en sí misma no tiene problemas.

13. Es un error lógico hablar de salud refiriéndose a la enfermedad, lo que lleva al error de presuponer que sabiendo de la enfermedad ya se sabe de la salud.

14. Esto se refiere a la noción de salud por ausencia de enfermedad o cura de la enfermedad

15. Hay que rescatar las posibilidades de la salud en sí misma.

16. La salud es una construcción que requiere de la participación voluntaria y específica del individuo en su reconocimiento, adquisición, mantenimiento, promoción, prevención y prospectiva.

4.11 Promoción de estilos de vida saludables

En la sociedad actual todo se mueve muy rápido y en ocasiones no tenemos tiempo de pensar si nuestro estilo de vida y nuestros hábitos nos ayudan a encontrarnos mejor. En este blog tratamos de darte algunos consejos de salud que te ayuden a reflexionar y a mejorar tus hábitos de vida, siempre adaptándolos a tus gustos y preferencias. Y es que, mantenernos saludables va mucho más allá de la ausencia de enfermedades, y tiene mucho que ver con sencillas acciones que están bajo nuestro control, como por ejemplo hábitos relacionados con la alimentación, el deporte, el sueño o la higiene.

¿Qué entendemos por salud?

Tener salud no es solo no presentar enfermedades, sino también gozar de cierta calidad de vida en relación con diversos ámbitos. Así lo expresó la OMS (Organización Mundial de la Salud) en su definición de salud:

“La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”.

El poder del autocuidado

Como dice el refrán, y como ya explicamos en el artículo Conoce la medicina preventiva y personalizada del siglo XXI, “vale más prevenir que curar”. En este sentido, cada uno de

nosotros tiene una gran responsabilidad en la preservación de la propia salud y la prevención de enfermedades.

Por eso, el primer concepto que vamos a ver es el del autocuidado, que tiene que ver con participar de forma activa en la promoción de nuestra salud. Recurrimos de nuevo a la definición de la OMS:

«(El autocuidado) es la capacidad de las personas, las familias y las comunidades para promover la salud, prevenir enfermedades, mantener la salud y hacer frente a las enfermedades y discapacidades con o sin el apoyo de un proveedor de atención médica»

En definitiva, el autocuidado se refiere a todos aquellos hábitos y actitudes con los que todos nosotros, cada día, podemos preservar y mejorar nuestra salud.

¡Veamos cómo hacerlo con los siguientes 7 consejos de salud!

I. Cuida tu alimentación

Ya lo hemos visto en artículos como “Los beneficiosos efectos en la salud de una dieta equilibrada: “somos lo que comemos”.

Y es que, alimentarnos forma adecuada tiene un gran impacto en nuestra calidad de vida: significa aportar a nuestro organismo todos los nutrientes que necesita para su funcionamiento óptimo y, además, nos ayuda a mantenernos en nuestro peso, lo que reduce el riesgo de enfermedades como la obesidad, y los riesgos asociados a ella como enfermedades cardiovasculares, la diabetes tipo 2 o el colesterol alto.

Toma nota de estos sencillos hábitos que te ayudarán a comer saludable:

Haz de la variedad de frutas, vegetales y granos integrales, la base de tu alimentación. Recuerda que es recomendable consumir 5 porciones de frutas y verduras al día. Es posible hacerlo con recetas innovadoras y sencillas que hagan de la comida sana algo rico y divertido. Este es uno de los consejos de salud más básicos que deberías aplicar en tu día a día.

Come siempre a las mismas horas. Sabemos que hoy en día esto puede resultar complicado debido a nuestro ritmo de vida, pero es conveniente que te esfuerces en conseguirlo. Saltarse una comida suele crear un efecto yo-yo, provocando que se consuma mucho más alimento del necesario en la siguiente comida.

Desayuna todos los días: tiene que ver con el punto anterior. El desayuno aporta a nuestro organismo la energía que necesita para estar activo durante la mañana y, además, ayuda a prevenir que se ingieran alimentos en exceso a lo largo del día.

Evita picotear entre horas y, si lo haces, elige snacks saludables, como los frutos secos sin freír o una pieza de fruta que además de saciarte, aportan nutrientes esenciales para tu organismo.

Reduce el consumo de sal y de azúcar: ambas sustancias se encuentran en exceso en los alimentos ultraprocesados, así que evítalos, pues incrementan de forma considerable el riesgo de enfermedades cardiovasculares y metabólicas.

Mantén tu organismo hidratado: se recomienda beber diariamente dos litros de agua. Beber agua te ayuda a eliminar toxinas, ayuda en la digestión y evita el estreñimiento. Un consejo que puede ser útil es añadir a tu botella de agua unas rodajas de pepino o limón, que darán sabor al agua y te hará más fácil beberla.

Sustituye las grasas trans y saturadas por las poliinsaturadas: minimiza el consumo de ultraprocesados, que son ricos en las primeras, y opta por alimentos con grasas poliinsaturadas como el salmón, los aceites vegetales, las nueces o algunos tipos de semilla.

2. Con el alcohol, ¡ten cuidado!

¿Sabes que el alcohol causa cada año 3 millones de muertes en todo el mundo? Esta cifra, recogida en informes de la OMS, da fe de los efectos tan nocivos que tiene el abuso de esta sustancia que, además, está asociada a más de 200 patologías y al desarrollo de trastornos mentales y del comportamiento.

Si consumes alcohol, lo mejor es hacerlo de forma moderada, es decir, no tomes más de una unidad diaria si eres mujer adulta o varón mayor de 65 años, o más de dos si eres hombre adulto menor de 65 años. Una unidad de bebida equivale a un vaso de cerveza de tamaño medio o a una copa de vino. Entre todos los consejos de salud, este supondrá un cambio increíble en tu vida.

3. Deja de fumar

El tabaquismo está vinculado a numerosas patologías, desde las cataratas oculares hasta el cáncer, cuyo riesgo se dobla en quienes tienen este hábito, y llega a cuadruplicarse en los fumadores empedernidos.

Además, es responsable de más del 90% de muertes por enfermedades de obstrucción pulmonar crónica y aumenta el riesgo cardiopatías y problemas cerebrovasculares.

Si fumas, debes ser consciente de que, además de estar dañando gravemente tu salud, también estás perjudicando la de los que te rodean, pues inhalan el humo de los cigarrillos y todas sus sustancias tóxicas de forma pasiva.

Dejar de fumar es siempre una buena decisión para tu salud y la de los tuyos. ¿Sabías que...?

Tras 20 minutos sin fumar disminuye la presión arterial.

Después de 12 horas el monóxido de carbono en sangre alcanza un nivel normal.

A los 3 meses mejora la circulación de la sangre y la capacidad pulmonar.

A los 9 meses disminuye el riesgo de infecciones, la sensación de falta de aire y la tos.

Al año, el riesgo de enfermedad coronaria se reduce a la mitad.

A los 5 años el riesgo de cáncer de cuello y de accidente cerebrovascular es igual que el de las personas no fumadoras, y el riesgo de cáncer de garganta, esófago, boca y vejiga disminuye a la mitad.

A los 10 años, el riesgo de cáncer de pulmón disminuye a la mitad.

A los 15 años, el riesgo de enfermedad del corazón es parecido al de un no fumador.

Como ves, merece mucho la pena dejar de fumar. Además, ¿sabes que el aspecto de tu piel también mejorará? Tampoco te agotará subir escaleras, el olor de tu ropa será mucho más agradable, y mejorará tu sentido del gusto y del olfato.

4. Haz deporte, ¡muévete!

El deporte es uno de los pilares de los estilos de vida saludables. Si crees que no tienes tiempo o que tu forma física no es la adecuada, no te preocupes. El deporte está al

alcance de cualquiera. Practicar diariamente una actividad física moderada y a largo plazo, como puede ser caminar a buen ritmo durante 30 minutos, tiene numerosos beneficios para la salud:

Te ayuda a mantenerte en tu peso

Contribuye a controlar el nivel de azúcar en sangre y reduce el riesgo de enfermedades coronarias.

Favorece la calidad del sueño.

Reduce el riesgo de muerte prematura.

Aumenta la autoestima y mejora la depresión.

Toma nota de estos consejos para incluir el deporte en tu rutina de autocuidado:

Aprovecha para hacer deporte con pequeños cambios en tu rutina: por ejemplo, sube escaleras en vez de tomar el ascensor.

Si permaneces muchas horas sentado, levántate cada 60 minutos y camina un poco para mantener activos tus músculos.

Ve aumentando paulatinamente la intensidad del deporte que practiques. Aprende a escuchar tu cuerpo, y trata de no forzarlo.

Respira por la nariz para prevenir el flato.

Elige un equipo adecuado al deporte que practicas. Un buen calzado es fundamental, así como ropa transpirable.

5. Cuida tu higiene

Aunque no puedas verlos, todo lo que te rodea está lleno de microorganismos y algunos de ellos son capaces de originar enfermedades. Por eso es muy importante mantener una buena higiene personal y limpieza del hogar. Algunos consejos básicos son:

Lávate las manos cuando llegues a casa, antes de comer y cuando hayas estado en contacto con animales.

Dúchate diariamente, para controlar los gérmenes que puedan afectar a tu piel. En concreto, es importante que lo hagas tras practicar ejercicio físico, ya que este favorece la

sudoración y el contacto con bacterias presentes en las superficies con las que nuestra piel entra en contacto.

6. Duerme bien

Todas las funciones de nuestro organismo se ven afectadas por la falta de sueño: desde el sistema hormonal, el inmunitario o el respiratorio hasta la presión arterial o la salud cardiovascular.

Además, varias investigaciones señalan que no dormir de forma adecuada puede aumentar el riesgo de obesidad, infecciones y enfermedades coronarias.

Y bien ¿qué horas de sueño son las adecuadas? Las recomendaciones generales dependen de la edad y son las siguientes:

Recién nacidos de hasta 3 meses: 14-17 horas.

Bebés de hasta 11 meses: 12-15 horas.

Niños de hasta 2 años: 9-15 horas.

Niños de hasta 5 años: 10-13 horas.

Niños de hasta 13 años: 9-11 horas.

Adolescentes de hasta 17 años: 10 horas diarias.

Adultos: 7-9 horas diarias.

Adultos mayores de más de 65 años: 7-8 horas diarias.

Para poder dormir mejor, te recomendamos que implantes estos hábitos:

Ten un horario regular para irte a la cama y levantarte.

Vincula alguna rutina al momento de irte a dormir. Pueden ser acciones sencillas como lavarse los dientes, tomar un baño o leer.

Practica ejercicio físico, pero intenta no hacerlo justo antes de irte a dormir.

No tomes estimulantes como café u otras bebidas con cafeína a partir de las 4 de la tarde.

Duerme con ropa cómoda, en una habitación oscura y silenciosa.

7. ¡No te olvides de tu salud mental!

Como vimos al inicio de este artículo, el bienestar mental es una parte fundamental de la salud, como la misma OMS indica en su definición.

La salud mental y la física están estrechamente vinculadas, pues si una no es buena repercutirá negativamente en la otra y viceversa.

Hoy en día sabemos que el estrés está asociado a un estilo de vida menos saludable, propiciando adicciones al tabaco y al alcohol, y una peor alimentación.

Es muy importante que te preocupes de cuidar tu mente tanto como tu cuerpo. Aquí van algunos consejos de salud que pueden ayudarte a ello:

Los humanos somos seres sociales, así que fomenta y cuida tus relaciones interpersonales con familia y amistades.

Aprende a pedir ayuda cuando la necesites.

Descansa, come bien y haz deporte, por todos los beneficios que, como ya hemos explicado conllevan.

Valórate y acéptate tal como eres.

Dedícate unos minutos al día. La meditación es un buen recurso para mejorar el bienestar mental.

Fija uno o varios propósitos vitales, pues tener una motivación a largo plazo favorece la salud de la mente.

Toma las riendas de tu salud

Como has visto, hay muchos consejos de salud que puedes adoptar para mantener un buen estado. Lo más importante es que depende de ti implementarlas o no.

En Veritas creemos que es fundamental tener una actitud proactiva en el cuidado de la salud. Por eso, además de animarte a seguir todos los consejos de este artículo, te ofrecemos diferentes tests que te permiten conocer tu riesgo a enfermedades, una información fundamental con la que puedes llevar un cuidado personalizado, así como controlar o evitar aquellas patologías a las que eres más propenso.

Bibliografía

Anderson, R. (2001): Aprendizaje y memoria: un enfoque integral. México , Trillas. [Links] http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_nlinks&ref=3661807&pid=S1405-339X200900010000900001&lng=pt

Beltrán, F. J., y Torres Fernán, I. (1992) Lo psicológico en la determinación de la salud: La salud y lo psicológico determinados socialmente, en J. A. Piña López (comp.): Psicología y salud. Aportes del análisis de la conducta. Hermosillo, Unison, 90 &- 102. [Links] http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_nlinks&ref=3661809&pid=S1405-339X200900010000900003&lng=pt

Benson Herbert(1980) El efecto mente cuerpo: la medicina de la conductual , un camino para mejorar su salud. Barcelona. Grijalbo. [Links] http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_nlinks&ref=3661809&pid=S1405-339X200900010000900003&lng=pt

Cortés V. E . (2007) : Deporte y salud: estrategias para la salud positiva, en Ramírez, G: E.:M.: y Cortés V: E: Psicología Salud y Educación. AMAPSI editorial. [Links]

http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_nlinks&ref=3661810&pid=S1405-339X200900010000900004&lng=pt

Hernán San Martín (1981) 1979 CONFERENCIA MUNDIAL DE LA SALUD - ALMA ATA, (P. 48). [Links]

http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_nlinks&ref=3661812&pid=S1405-339X200900010000900006&lng=pt

Lopategui Corsino, Edgar (2006). Experiencias de Laboratorio: Bienestar y Calidad de Vida. New Jersey: John Wiley & Sons. 282 pp.. [Links]

http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_nlinks&ref=3661815&pid=S1405-339X200900010000900009&lng=pt

San Martín (1992) Tratado general de la salud en las sociedades humanas: salud enfermedad. México, La prensa Medica Mexicana. [Links]

http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_nlinks&ref=3661818&pid=S1405-339X200900010000900012&lng=pt

https://biblioguias.uam.es/psicologia_educacion/estilo_apa

https://www.researchgate.net/profile/Enrique_Barra_Almagia/publication/330145843_PSICOLOGIA_DE_LA_SALUD/links/5c2ff340458515a4c70d2b65/PSICOLOGIA-DE-LA-SALUD.pdf

http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2145-48922010000100005

<https://www.psicologiacientifica.com/luis-armando-oblitas-guadalupe-aportes-psicologia-de-la-salud/#:~:text=Oblitas%2C%20es%20tarea%20de%20la,como%20fumar%2C%20beber%2C%20etc.>

https://issuu.com/cengelatam/docs/oblitas_issuu

<https://institutosalamanca.com/blog/modelo-biopsicosocial-en-salud-cual-es-la-importancia/#:~:text=El%20Modelo%20Biopsicosocial,->

[A%C3%B1ade%20importancia%20a&text=Consiste%20en%20integrar%20los%20factores,e l%20psicol%C3%B3gico%20y%20el%20social.](#)

<https://psicologiaymente.com/psicologia/modelo-biopsicosocial>

https://www.uaeh.edu.mx/investigacion/productos/7152/capitulo_de_libro_5.pdf

<https://reader.digitalbooks.pro/book/preview/34951/Section0004.htm>

<https://www.studocu.com/ca-es/document/universitat-oberta-de-catalunya/psicologia-de-la-salud-y-calidad-de-vida/fundamentos-de-la-psicologia-de-la-salud/9812960>

<https://dialnet.unirioja.es/servlet/libro?codigo=452751>

http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-00112012000300001

<https://www.elsevier.es/es-revista-medicina-familia-semergen-40-articulo-hacia-una-mejor-comprension-enfermos-S1138359313001299>

<https://repositorio.uam.es/handle/10486/3234>

http://catalogo.unvm.edu.ar/doc_num.php?explnum_id=606

<https://www.msmanuals.com/es-mx/hogar/trastornos-de-la-salud-mental/trastornos-som%C3%A1ticos-y-trastornos-relacionados/factores-psicol%C3%B3gicos-que-afectan-a-otras-enfermedades>

http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75311999000100006

<https://www.redalyc.org/pdf/291/29115202.pdf>

https://www.infocop.es/view_article.asp?id=8749

<https://www.insst.es/documents/94886/96076/Factores+y+riesgos+psicosociales%2C+formas%2C+consecuencias%2C+medidas+y+buenas+pr%C3%A1cticas>

<https://www.insst.es/documents/94886/538970/El+efecto+sobre+la+salud+de+los+riesgos+psicosociales+en+el+trabajo+una+visi%C3%B3n+general.pdf/7b79def3-88be-4653-8b0e-7518ef66f518>

<https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/002393.htm#:~:text=Hacer%20ejercicio%20en%20forma%20regular,atenci%C3%B3n%20m%C3%A9dica%20seg%C3%BAAn%20las%20instrucciones.>

<https://schoolnurses.es/que-es-un-estilo-de-vida-saludable-y-como-conseguir-adoptarlo/>

https://www.sanitas.es/sanitas/seguros/es/particulares/biblioteca-de-salud/estilo-vida/prepro_080021.html