

Psicología de la salud



y calidad
de
vida



Tercera edición



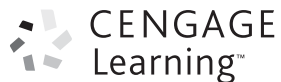
Luis A. Oblitas Guadalupe



Psicología de la salud y calidad de vida

Tercera edición

Luis A. Oblitas Guadalupe
Coordinador



Psicología de la salud y calidad de vida
Tercera edición

Luis A. Oblitas, Mabel Labiano, Adela Fusté, María Teresa Fiorentino, Elisardo Becoña, Carlos Mussi, José Gutiérrez, Mario Pereyra, Rebeca Robles, Antonio Tena, Debby Braun, João Bosco Casarim, Juan Carlos Sierra, Sergio Tobón, Bonifacio Sandín, Stefano Vinancia, José Pedro Espada, Daniel Lloret, José A. García del Castillo, María del Carmen Segura, Xavier Méndez, Mónica Gázquez, Yamilet Ehrenzweig, Francesc Palmero, Luciano Peirone, Elena Gerardi, Elisabetta Chiusano, Maricela Osorio, Georgina Bazán, Patricia Paredes, Deborah Legorreta, Ariel César Núñez, Héctor Fernández, Amparo Belloch, Mónica Novoa y Karen Wilde

Presidente de Cengage Learning
Latinoamérica

Javier Arellano Gutiérrez

Director general México y
Centroamérica

Pedro Turbay Garrido

Director editorial Latinoamérica

José Tomás Pérez Bonilla

Director de producción

Raúl D. Zendejas Espejel

Coordinadora editorial

María Rosas López

Editor de desarrollo

Hugo Rivera Oliver

Editores de producción

Gloria Luz Olguín Sarmiento

Diseño de portada

Christian Chávez López

Composición tipográfica

Silvia Plata Garibo

Margarito Sánchez Cabrera

© D.R. 2010 por Cengage Learning Editores, S.A. de C.V., una Compañía de Cengage Learning, Inc. Corporativo Santa Fe Av. Santa Fe núm. 505, piso 12 Col. Cruz Manca, Santa Fe C.P. 05349, México, D.F. Cengage Learning™ es una marca registrada usada bajo permiso.

DERECHOS RESERVADOS. Ninguna parte de este trabajo amparado por la Ley Federal del Derecho de Autor, podrá ser reproducida, transmitida, almacenada o utilizada en cualquier forma o por cualquier medio, ya sea gráfico, electrónico o mecánico, incluyendo, pero sin limitarse a lo siguiente: fotocopiado, reproducción, escaneo, digitalización, grabación en audio, distribución en Internet, distribución en redes de información o almacenamiento y recopilación en sistemas de información a excepción de lo permitido en el Capítulo III, Artículo 27 de la Ley Federal del Derecho de Autor, sin el consentimiento por escrito de la Editorial.

Datos para catalogación bibliográfica:

Oblitas Guadalupe Luis A. *et al.*

Psicología de la salud y calidad de vida

Tercera edición

ISBN-13: 978-607-481-348-7

ISBN-10: 607-481-348-5

Visite nuestro sitio en:

<http://latinoamerica.cengage.com>

Con amor para mi compañera Rocío.
Con afecto para Angie, Paulina y Alejandro.
Con cariño para Regina y Natalia.

Contenido

Prefacio, XIX

PRIMERA PARTE

Fundamentos de la psicología de la salud

Capítulo Uno

Introducción a la psicología de la salud, 3

Concepto de salud, 3

Paradigmas en salud, 5

Variables independientes en salud, 6

Relación mente-cuerpo, 7

El modelo biomédico, 7

Surgimiento del psicoanálisis y de la medicina psicosomática, 9

Alexitimia, 10

Spery y su concepción holística del funcionamiento humano, 11

Modelo biopsicosocial, 12

Variables ambientales como condicionantes de la salud, 13

Ambiente, salud y educación, 14

Surgimiento de la psicología de la salud, 15

Medicina comportamental, 16

Importancia de la psicología de la salud, 17

Importancia de la formación de los psicólogos, 19

Capítulo Dos

Comportamiento y salud, 23

Comportamiento, estilos de vida y salud, 25

El estrés. Conceptualización, 26

Activación fisiológica en el estrés, 26

Estilos de vida. Definición, 29

Modelos de relación entre personalidad y salud, 31
<i>Personalidad como inductora de hiperactividad, 32</i>
<i>Modelo de la predisposición constitucional, 33</i>
<i>Personalidad como causante de conductas riesgosas, 34</i>
Psiconeuroinmunología como disciplina integradora, 34
<i>Una historia reciente, 34</i>
<i>Conceptualización del sistema inmunológico. Generalidades, 36</i>
<i>Tipos de respuesta inmune, 37</i>
<i>Regulación genética de la respuesta inmune, 41</i>
<i>Sistemas psicofisiológicos implicados en el complejo psiconeuroinmunológico, 41</i>
<i>Relación entre el sistema neuroendocrino y la respuesta inmune, 42</i>
<i>Relación entre el sistema nervioso central y la respuesta inmune, 43</i>
<i>Relación entre el sistema neuroendocrino, sistema nervioso, variables de personalidad y respuesta inmune, 45</i>
Personalidad y respuesta inmune: evidencia empírica, 48
<i>Personalidad y afecciones virales, 49</i>
<i>Personalidad y diferencias individuales en parámetros del sistema inmune, 50</i>
<i>Personalidad y diferencias individuales en respuesta inmune específica, 52</i>
Relaciones entre comportamiento y salud desde una perspectiva psiconeuroinmunológica, 53
Comportamiento y cáncer. La personalidad tipo C, 54

Capítulo Tres

Conductas de la salud, 57

Promoción de la salud, 57
<i>Promoción de la salud y educación para la salud, 58</i>
<i>Promoción de la salud y prevención de la salud, 58</i>
<i>Prevención de la enfermedad y promoción de la salud, 60</i>
Introducción a las conductas de salud, 60
El cambio de hábitos de salud, 61
Enfoques cognitivo-conductuales de los cambios de conducta de la salud, 63
<i>Modelos conductuales, 63</i>
<i>Modelos cognitivo-conductuales, 64</i>
Etapas del cambio de conducta, 67
Vías para la modificación de hábitos de salud, 68
<i>Campañas informativas, 69</i>
<i>Apelación al miedo, 69</i>
<i>Cambios de actitud y conducta, 70</i>
Conductas de promoción de la salud, 71
<i>Ejercicio, 72</i>
<i>Actividad física y salud psicológica, 72</i>
<i>Actividad física y deporte, 73</i>
<i>Prevención de accidentes, 73</i>
<i>Conductas relacionadas con el cáncer, 75</i>
<i>Control de peso, 76</i>
<i>Dieta, 77</i>

Conductas nocivas para la salud, 79

Alcoholismo, 79

Tabaquismo, 80

Capítulo Cuatro

Promoción de estilos de vida saludables, 83

El cambio en el campo de la salud, 83

Relación de la conducta del hombre con su salud, 84

Salud, enfermedad, estilos de vida y entorno del individuo, 85

Conductas de salud y sus determinantes, 87

Promoción de estilos de vida saludables, 89

Practicar ejercicio físico, 89

Nutrición adecuada, 90

Adopción de comportamientos de seguridad, 90

Evitar el consumo de drogas, 91

Sexo seguro, 92

Desarrollo de un estilo de vida minimizador de emociones negativas, 93

Adherencia terapéutica, 94

Actitudes, creencias y salud, 94

De la teoría a la práctica. Situación de la promoción de los estilos de vida saludables, 96

Ejemplos de promoción de estilos de vida saludables. ¿Es una realidad?, 96

¿Qué debemos hacer para promover estilos de vida saludables? Nuestro reto, 100

¿Es posible conseguir la promoción de estilos de vida saludables o actualmente ello es una utopía?, 101

El carácter placentero (reforzante) de la mayoría de las estimulaciones que siguen a muchos comportamientos nocivos, así como la inmediatez de sus efectos, 102

El extenso periodo que, normalmente, separa la práctica de los comportamientos nocivos de la aparición de la enfermedad en su estadio clínico diagnosticable, 103

El hecho de que mientras las estimulaciones carcinógenas proporcionan siempre, o casi siempre, una satisfacción real e inmediata, la aparición del cáncer o de otros efectos nocivos son remotas y poco probables, 104

El convencimiento del poder sin límites de la medicina y de su tecnología para solucionar cualquier problema que podamos llegar a padecer, 105

Las barreras culturales que impiden el cambio hacia hábitos saludables, 106

El cambio como un proceso cíclico y lento, más que rápido y lineal, 106

Conclusiones, 107

SEGUNDA PARTE

Enfermedad y salud

Capítulo Cinco

Enfermedades cardiovasculares, hipertensión, diabetes y cáncer, 113

Enfermedades cardíacas, 113

Cardiopatía isquémica, 113

Factores de riesgo inherentes, 113

Factores de riesgo tradicional, 114

Factores de riesgo emocionales, 114

Tratamiento de la cardiopatía isquémica, 115

Intervención preventiva, 115
Tratamiento de los factores tradicionales, 116
Tratamiento de los factores emocionales, 116
Tratamiento de la enfermedad coronaria, 118
Conclusiones sobre la intervención en la enfermedad coronaria, 120
Hipertensión esencial, 121
Intervención psicológica, 121
Conclusiones sobre la hipertensión esencial, 122
Arritmias cardíacas, 123
Tratamiento de las arritmias, 124
Conclusiones sobre las arritmias cardíacas, 125
La enfermedad y el fenómeno de Raynaud, 125
Tratamiento del Raynaud, 126
Diabetes, 127
<i>Apoyo social y estrés, 127</i>
<i>Efectos del apoyo social en la adaptación a la enfermedad crónica, 129</i>
<i>Efectos sobre el ajuste físico, 129</i>
<i>Efecto sobre el ajuste psicológico, 130</i>
<i>Consecuencias de la enfermedad crónica sobre la red social, 130</i>
<i>Apoyo social y diabetes, 131</i>
Apoyo social y diabetes juvenil, 132
Diabetes no insulino-dependiente y apoyo social, 133
<i>Grupos de apoyo social dirigidos a personas diabéticas, 134</i>
Variables psicosociales y su influencia en el cáncer, 136
Sistema inmune y cáncer, 137
<i>Principios de la carcinogénesis, 137</i>
Aspectos inmunológicos de las neoplasias, 138
<i>Variables psicosociales, 138</i>
<i>Depresión, 139</i>
<i>Pérdida del apoyo social, 139</i>
<i>Baja expresión de emociones negativas, 140</i>
Alta expresión de afectos positivos, 140
Apéndice: Personalidad tipo A como objetivo terapéutico, 140
Programa cognitivo conductual, 141
<i>Contenido del tratamiento, 141</i>
Relajación progresiva, 142
<i>Síntomas sobre los que actúa, 142</i>
<i>Tiempo de entrenamiento, 142</i>
<i>Instrucciones, 142</i>
<i>Procedimiento básico, 143</i>
Respiración, 144
<i>Síntomas sobre los que actúa, 144</i>
<i>Tiempo de entrenamiento, 144</i>
<i>Respiración natural completa, 144</i>
<i>Entrenamiento autógeno, 145</i>
<i>Síntomas sobre los que actúa, 145</i>
<i>Contraindicaciones, 146</i>
<i>Tiempo de entrenamiento, 146</i>
<i>Instrucciones, 146</i>

- Detención del pensamiento, 147
 - Tiempo de entrenamiento, 147*
 - Instrucciones, 147*

Capítulo Seis

Adicciones y salud, 149

- Antecedentes, 149
- Estado actual, 150
- Técnicas de tratamiento de las adicciones y aplicaciones, 151
 - Objetivos a conseguir mediante el tratamiento de una conducta adictiva, 151*
 - Proceso de tratamiento de las adicciones: modelo general, 153*
- Perspectivas, 163
- Conclusiones, 164

Capítulo Siete

Ansiedad y salud, 165

- Ansiedad y estrés, 165
- Ansiedad y personalidad, 169
 - Ansiedad rasgo y ansiedad estado, 169*
 - Personalidad y temperamento, 169*
 - Constitución y temperamento, 170*
- Teorías de Cattell, Eysenck y Gray, 172
 - Cattell, 172*
 - Eysenck, 173*
 - Neuroticismo y ansiedad, 174*
 - Teoría del arousal, 174*
 - Gray, 175*
- Ansiedad clínica, 176
 - Signos y síntomas en los trastornos de ansiedad, 177*
 - Clasificación DSM IV, 179*
 - Trastorno por pánico sin agorafobia, 181*
 - Trastorno por pánico con agorafobia y agorafobia sin historia de crisis de pánico, 182*
 - Fobia específica, 184*
 - Fobia social, 184*
 - Trastorno obsesivo compulsivo, 185*
 - Obsesiones, 185*
 - Compulsiones, 186*
 - Trastorno por estrés agudo, 186*
 - Trastorno por estrés postraumático, 187*
 - Trastorno por ansiedad generalizada, 187*
 - Trastorno por ansiedad debido a una condición médica general, 188*
 - Trastorno por ansiedad debido a la administración de sustancias, 188*
 - Trastorno por ansiedad no especificado, 188*
- Causas, 189
 - Enfoque biomédico, 189*
 - Modelos animales, 190*
 - Enfoque conductual, 192*
 - Enfoque cognitivo, 193*

- Teorías sobre la relación entre ansiedad y rendimiento, 195
 - Preocupación y rendimiento, 195*
 - Eficacia y efectividad, 196*
 - Interacciones de la ansiedad con la tarea, 197*
- ¿Cómo enfrentarse a un nivel de ansiedad excesivo?, 197
 - Intervención sobre la activación fisiológica, 198*
 - Relajación progresiva o muscular (técnica de tensión y relajación o técnica de Jacobson), 199*
 - Entrenamiento autogénico, 200*
 - Meditación, 200*
 - Retroalimentación biológica (biofeedback), 201*
 - Ejercicios de visualización, 202*
 - Control de la respiración, 202*
 - Yoga, 202*
 - Masaje, 202*
 - Ejercicio físico, 203*
- Reestructuración cognitiva e intervención sobre el autoconcepto y la autoestima, 203
 - Reestructuración cognitiva, 203*
 - Autoconcepto y autoestima, 203*
 - Pensamientos y autoestima, 204*
 - Distorsiones cognitivas que deterioran la autoestima, 204*
- Habilidades sociales, 205
 - Componentes no verbales, 205*
 - Componentes paralingüísticos, 207*
 - Componentes verbales: el contenido, 207*
 - Técnicas para el entrenamiento en habilidades sociales, 208*
 - Modelamiento, 208*
 - Representación de papeles, 208*
 - Generalización, 209*
 - Entrenamiento en resolución de problemas, 210*
 - Exposición, 210*

Capítulo Ocho

Estrés y salud, 213

- Definición de estrés, 213
 - El problema del estrés, 213*
 - Origen histórico, 214*
 - Etimología del término, 217*
- ¿Qué es el estrés?, 217
 - Estrés como respuesta. Teoría fisiológica, 218*
 - Estrés como estímulo. Teoría de los sucesos vitales, 218*
 - Definición interactiva. Teoría de la evaluación cognitiva, 221*
 - Distrés versus eustrés, 222*
 - Modelos integradores multimodales, 223*
- Moderadores de la experiencia del estrés, 225
 - Los factores del estrés, 225*
 - El apoyo social, 225*
 - La personalidad, 227*
 - La resiliencia, 229*

- Estrés y enfermedad, 229
 - Psicopatogenia del estrés, 229*
 - Enfermedades por estrés agudo, 231*
 - Patologías por estrés crónico, 232*
 - Estrés y sistema inmunológico, 233*
- Ajuste al estrés, 234
 - Concepto de ajuste, 234*
 - El modelo de salutogénesis, 235*
 - El “desamparo aprendido” (learned helplessness), 236*
 - Teoría de la atribución, 237*
 - Teoría de la esperanza-desesperanza, 237*
- El ajuste y los recursos externos, 239
- Los resultados del ajuste al estrés, 241
- Manejo del estrés, 241
 - Programas de control del estrés, 241*
 - Estrategias de afrontamiento, 245*

Capítulo Nueve

Manejo de enfermedades crónicas y terminales, 249

- Calidad de vida, 249
 - Calidad de vida: definición, 249*
 - Calidad de vida: evaluación, 250*
 - Calidad de vida y enfermedad crónica y/o terminal, 250*
- Respuestas emocionales ante la enfermedad crónica, 252
 - Reacciones emocionales ante el diagnóstico de la enfermedad, 252*
 - Reacciones emocionales relacionadas con el curso y consecuencias de la enfermedad crónica, 252*
 - Depresión, 253*
 - Ansiedad, 254*
 - Trastorno de pánico y agorafobia, 254*
 - Fobia simple, 255*
 - Trastorno obsesivo-compulsivo, 255*
 - Trastorno de ansiedad generalizada, 256*
 - Trastornos mentales y enfermedad crónica: comorbilidad, 256*
 - Diabetes mellitus: un ejemplo de comorbilidad con depresión, 256*
- Ajuste y rehabilitación de pacientes con enfermedades crónicas, 257
 - Adaptación psicológica-social a la enfermedad crónica, 257*
 - Evaluación clínica de la adaptación psicológica a la enfermedad crónica, 260*
 - Rehabilitación de enfermedades crónicas, 261*
 - Tratamiento holístico para la rehabilitación de la enfermedad crónica, 262*
 - Intervenciones psicológicas para la rehabilitación del paciente con enfermedad crónica, 263*
 - Programas escolares para niños y adolescentes con enfermedades crónicas: un ejemplo de rehabilitación holística, 263*
- Intervenciones para el manejo psicológico de las enfermedades crónicas, 264
 - Introducción, 264*
 - Evaluación y rehabilitación neuropsicológica, 264*
 - Tratamiento psicológico de problemas físicos relacionados con la enfermedad crónica, 265*
 - Tratamiento psicológico para mejorar la adherencia al tratamiento médico, 266*

- Tratamiento psicológico de problemas emocionales relacionados con la enfermedad crónica, 266*
- El caso de la esclerosis múltiple, 266*
- Intervenciones psicológicas para la prevención y control de la depresión y la ansiedad, 267*
- Muerte en diversos puntos dentro del ciclo de la vida, 268
 - Enfermedad y muerte, 271*
- Manejo psicológico del paciente terminal, 271
 - Reacciones emocionales ante el diagnóstico de una enfermedad terminal, 272*
 - Técnicas psicológicas para el manejo de las personas con enfermedad terminal, 273*
- Alternativas al cuidado hospitalario de los enfermos terminales, 273
 - Programa de autodeterminación del paciente, 273*
 - Sistematización de los cuidados en casa, 273*
 - Eutanasia y suicidio asistido, 274*
- Problemas de los supervivientes, 274
 - Introducción, 274*
 - Significado de la muerte de un ser querido, 274*
 - Reacciones ante la muerte de un ser querido, 275*
 - Recomendaciones terapéuticas para los supervivientes, 275*

TERCERA PARTE

Calidad de vida

Capítulo Diez

Alimentación sana, 279

- Introducción a una alimentación sana, 279
 - Dietas de moda: análisis y sus consecuencias, 280*
- Dietas “mágicas”, 281
 - Dietas altas en proteínas, 281*
 - Dietas bajas en hidratos de carbono, 282*
 - Dietas líquidas muy bajas en calorías, 282*
 - Dietas a partir de polvos o licuados, 282*
 - Ayuno, 282*
 - Elaboración de planes de alimentación, 283*
 - Estimación del gasto energético en un adulto, 283*
 - Educación nutricional en trastornos alimentarios, 285*
 - Influencias sociales y culturales sobre el peso corporal, 286*
 - Prevención, 286*
 - Tratamiento psicoeducativo, 287*
 - Manejo nutricional, 287*
 - Las dietas como factor disparador del trastorno alimentario, 287*
 - Controversia: dietas excesivas, 287*
 - Norma Oficial Mexicana (Salud pública), 288*
- Conclusiones, 288

Capítulo Once

Salud y comunidad, 291

- Nota sobre la administración de las comunidades, 292
- Breve historia de la salud en la sociedad occidental, 292

La salud en la modernidad, 293
Las comunidades en la Edad Moderna, 294
Comunidades y redes, 295

Capítulo Doce

Estrategias de mejoramiento de la calidad de vida, 299

Fundamentos teóricos, 299
Dimensión física, 300
 Nutrición, 300
 Ejercicio físico, 302
 Respiración, 304
 Respiración diafragmática o profunda (RD), 306
 Calidad ambiental y contacto con la naturaleza, 307
Dimensión subjetiva cognitivo-emocional, 308
 Reestructuración cognitivo-emocional, 308
 Identificación de pensamientos automáticos, 313
 Importancia del lenguaje y de la escritura, 313
 Pensamientos irracionales, 314
 Tipos de pensamientos irracionales, 314
Relajación, 316
 Conciencia somática, 316
 Relajación muscular progresiva, 318
 Relajación diferencial, 320
 Entrenamiento autógeno (EA), 321
 Eficacia del EA, 321
 Meditación, 322
 Visualización, 325
 Imaginería o visualización receptiva, 326
 Imaginería y cambio conductual, 328
 Humor-risa, 330
Dimensión social, 331
 Relaciones interpersonales, 331
 Asertividad, 331
 Ensayo de conducta, 332
Anexo A, 333

Capítulo Trece

La calidad de sueño como factor relevante de la calidad de vida, 337

Introducción, 337
Perspectiva comportamental del sueño, 337
Factores determinantes de la calidad del sueño, 338
 Tiempo circadiano, 339
 Factores intrínsecos, 339
 Conductas facilitadoras e inhibidoras del sueño, 340
 Factores ambientales, 341
Autoinformes para evaluar la calidad del sueño, 342
Conclusiones, 343

Capítulo Catorce

Calidad de vida relacionada con la salud en personas con enfermedades inflamatorias intestinales, 345

- Introducción, 345
- Niveles de afectación de la calidad de vida en las personas con enfermedades inflamatorias intestinales, 346
- Manifestaciones psicopatológicas en las personas con enfermedades inflamatorias intestinales, 348
- La calidad de vida durante el curso de las enfermedades inflamatorias intestinales, 350
- Factores psicológicos moduladores de la calidad de vida, 351
- Evaluación de la calidad de vida, 352
- Conclusiones, 353
- Anexo I. IBDQ, 353

CUARTA PARTE

Comportamiento y salud

Capítulo Quince

Estado actual de la eficacia del tratamiento psicológico del tabaquismo, 363

- Introducción, 363
 - El tratamiento psicológico del tabaquismo, 364*
 - Eficacia del tratamiento psicológico, 365*
- Revisión y meta-análisis, 366
- Guías clínicas, 369
 - Guía clínica para el tratamiento de la dependencia de la nicotina de la American Psychiatric Association, 371*
 - Cochrane Collaboration, 372*
 - Informe del Surgeon General de 2000, 372*
 - Smoking cessation guidelines for Health Professionals. A guide to effective smoking cessation interventions for the health care system (1998), 373*
 - Guía de procedimientos para ayudar a los fumadores a dejar de fumar del Comité Nacional de Prevención del Tabaquismo (2001), 374*
- Otras guías, 374
- Conclusión, 375

Capítulo Dieciséis

Adolescencia y abuso de drogas, 377

- Introducción, 377
- Epidemiología del consumo de drogas en la adolescencia, 377
- Etiología del abuso de drogas, 380
 - Factores de riesgo del abuso de drogas, 381*
 - Hacia un modelo integrador de los factores de riesgo, 384*
- Prevención del abuso de drogas en la adolescencia, 384
- Técnicas de intervención aplicadas en los programas preventivos, 388
 - Educación sobre las drogas, 388*
 - Métodos de entrenamiento en habilidades, 388*
- Un ejemplo de programa preventivo, 395
 - Objetivos y líneas generales, 395*

- Componentes del programa, 395*
- Contenido de las sesiones, 396*
- Consideraciones finales, 396

Capítulo Diecisiete

Psicología y sida: estrategias de prevención y tratamiento, 401

- Introducción, 401
- Aspectos básicos sobre el sida, 401
 - Aproximación al problema y acción del VIH en el organismo, 401*
 - Vías de transmisión del VIH, 403*
 - Epidemiología del sida, 404*
- Estrategias para la prevención del sida, 405
 - Concepto, tipos y ámbitos de prevención, 405*
 - Modalidades en la prevención del sida, 406*
- Modelos teóricos sobre la adquisición y mantenimiento de conductas de prevención, 407
- Diseño y aplicación de programas preventivos, 409
 - Análisis y diagnóstico de los destinatarios, 409*
 - Establecimiento de objetivos, 410*
 - Metodología, 410*
 - Aplicación del programa, 412*
 - Evaluación del programa, 414*
- Tratamiento psicológico en afectados por el VIH, 415
 - El papel del bienestar psicológico, 415*
 - Proceso de adaptación y afrontamiento de la infección, 415*
 - Trastornos psicológicos, 415*
 - Intervención psicológica, 416*
 - Asesoramiento y psicoterapia, 417*
 - Técnicas empleadas, 417*
 - Grupos de apoyo mutuo, 417*
 - Cuidados paliativos, 418*
- Conclusiones, 418

Capítulo Dieciocho

Modelos de cognición social y adherencia terapéutica en pacientes con cáncer, 421

- Introducción, 421
- Epidemiología del cáncer, 422
- Cáncer, 422
- Respuesta psicológica ante la enfermedad, 422
- Adherencia, 423
- Creencias en salud, 425
- Modelos de cognición social, 425
- El modelo de creencias en salud (MCS), 426
 - Autoeficacia y conductas de salud, 427*
 - Valor asignado a la salud, 428*
 - Planteamiento del problema, 428*

Análisis estadístico, 428
Resultados, 428
Adherencia, 428
Modelo de creencias en salud, 428
Modelo del valor asignado a la salud, 430
Modelo de autoeficacia generalizada, 431
Discusión, 431

Capítulo Diecinueve

Hostilidad, psicofisiología y salud cardiovascular, 433

Antecedentes, 433
El componente emocional, 435
El complejo ira-hostilidad, 436
El apoyo psicofisiológico, 439
Situación actual, 441
El factor conceptual, 441
El factor de la metodología psicofisiológica, 443
Conclusión, 448

QUINTA PARTE

Comportamiento y enfermedad

Capítulo Veinte

La psicología de la salud: elementos teóricos-metodológicos y temáticas de base, 451

Introducción, 451
Un *crossing-meeting point* entre varias disciplinas, 452
De la psicología clínica a la psicología de la salud, 453
Psicología clínica, psicología de la salud, psicología del malestar, psicología del bienestar: la confrontación lógico-metodológica, 453
Salud: el modelo biopsicosocioecocultural, 454
Psicología de la salud: promover la salud, educar la salud, 455
Salud: los niveles macroscópico y microscópico, 456
Health Care System: las políticas sanitarias, 456
Salud y organización, 457
Medir la enfermedad, medir la salud, 457
Enfermedades orgánicas crónicas, enfermedades mentales crónicas, 457
Estrés, ansiedad, depresión, 458
Malestar adolescencia-juvenil, trastornos alimentarios, 459
Salud y dependencias, 460
Vida sexual y madurez personal-relacional, 460
Familia y escuela: ¿agencias de salud o de malestar?, 461
La familia: anillo débil, 462
La escuela: anillo crítico, 463
Estilos de vida patógenos/saludables, 463
Calidad de vida, 464
Ciclo de vida, 464

Tercera edad y envejecimiento, 465
Sanidad somática y salud psíquica: la concepción holística, 466
Psico-neuro-endocrino-inmunología: el juego de las emociones maléficas/benélicas, 467
Life Skills for Health, 467
La salud: *empowerment*, pensar positivo, ser asertivos, potenciarse, amarse, expresarse, 468
La salud: autonomía, autoestima, optimismo, felicidad, serenidad, equilibrio, armonía, sabiduría, 469
La identidad, pilar de salud, 470
El bienestar: saludgénesis y saludtropismo, 470
Health Psychology: guidelines, nueva sensibilidad y más allá, 471

Capítulo Veintiuno

La psicología de la salud infantil, 473

Introducción, 473
Antecedentes, 473
Características de la psicología de la salud infantil, 474
Roles del psicólogo de la salud infantil, 475
Tipos de intervención, 475
Modelos de consulta, 476
Líneas de investigación, 477
El modelo biopsicosocial en la psicología de la salud infantil, 478
Objetivos del paciente, 478
Objetivos del medio ambiente, 479
Métodos de evaluación, 482
Estrategias de intervención, 484

Capítulo Veintidós

La atención de los síntomas psicológicos durante el climaterio femenino, 487

Introducción, 487
Aspectos psicológicos y psicosociales, 488
Aspectos hormonales, 489
Tratamiento, médico de los síntomas, 491
Papel del apoyo psicológico durante el climaterio, 493
Conclusiones, 493

Capítulo Veintitrés

La dispepsia funcional: aspectos biopsicosociales, evaluación y terapia psicológica, 495

Introducción, 495
Factores y mecanismos biopsicosociales, 497
Contexto socioeconómico, 498
Demandas psicosociales, 499
Evaluación cognitiva y estrategias de afrontamiento, 499
Personalidad y comportamiento, 501
Mecanismos psicobiológicos, 501
Calidad de vida relacionada con la salud, 502
Tratamiento y evolución, 503

Evaluación psicológica, 503
Tratamiento, 505
 Tratamiento farmacológico, 505
 Terapia psicológica, 505
Conclusiones, 507

Capítulo Veinticuatro

Hipocondría: presentación clínica y pautas para su psicoterapia, 509

Introducción, 509
La agitada historia de un trastorno y su concepto, 510
Presentación clínica, 512
Curso clínico, 518
Diagnóstico categorial, 519
Diagnóstico diferencial, 521
 Enfermedades médicas, 521
 Trastornos facticios y simulación, 522
 Trastornos del estado de ánimo, 522
 Trastornos psicóticos, 523
 Otros trastornos somatoformes, 524
 Hipocondría y trastornos de ansiedad, 525
 Hipocondría y trastornos de personalidad, 527
Epidemiología, 529
Explicaciones y planteamientos terapéuticos psicológicos actuales, 532
 La hipocondría como un trastorno de ansiedad, 532
 La hipocondría como una interpretación errónea: la aportación de Kellner, 534
 La hipocondría como amplificación de indicios corporales: la aportación de Barsky, 535
 Hipocondría y supuestos disfuncionales sobre la salud y la enfermedad: la aportación de Salkovskis y Warwick, 538
La intervención psicoterapéutica en la hipocondría, 543
 La demanda, 544
 Características de los pacientes, 544
 La relación terapéutica, 545

Capítulo Veinticinco

El cáncer de próstata localizado, la capacidad de vida y el ajuste marital, 547

Efectos en la función sexual, 548
Efectos en la función urinaria, 549
Efectos en la función intestinal, 549
La calidad de vida, 549
Conclusiones, 553

Bibliografía, 555

Prefacio

La psicología es la ciencia que estudia el comportamiento de los organismos y recurre al método científico para estudiar las variables que influyen en la conducta de las personas, a nivel cognitivo, emocional y motor.

La salud es conceptualizada como el completo estado de bienestar biopsicosocial auto-percibido y se refiere al adecuado funcionamiento de las dimensiones biológicas, psicológicas y sociales del individuo.

La psicología de la salud es el área de la psicología contemporánea que se encarga del estudio científico de los factores psicológicos de la salud (bienestar) y enfermedad, en términos de evaluación, prevención e intervención.

Desde la fundación de la psicología como ciencia y profesión, el tema de la salud ha sido una prioridad, tanto desde la psicología normal como la anormal. Debido a los avances de la ciencia psicológica se ha logrado conocer más en detalle el papel que las cogniciones, emociones y respuestas motoras desempeñan en la salud y enfermedad de las personas.

En la actualidad se sabe que todo lo que la persona piensa, dice y hace tiene un impacto significativo en el grado de bienestar y salud. Los pensamientos lógicos y racionales, las emociones relajantes, la autoeficacia, el apoyo psicosocial, la alimentación adecuada, el realizar ejercicio, la calidad del sueño, el sentido de humor, los pasatiempos, las actividades culturales, etcétera, tienen un impacto significativo en el bienestar, la salud y la calidad de vida. Los pensamientos irracionales, los errores cognitivos, los estados emocionales negativos como la ansiedad y la depresión, la tendencia a reaccionar con ira y coraje, la falta de apoyo psicosocial, las adicciones como el tabaquismo y el alcoholismo, vivir un estilo de vida estresante, etcétera, contribuyen a la pérdida de la salud y al desarrollo de enfermedades agudas (por ejemplo, dolores de cabeza, migraña, gastritis, estreñimiento, colon irritable, etc.), y crónicas (diabetes, trastornos cardiovasculares, cáncer, etcétera).

La psicología de la salud ha logrado desarrollos notables en la comprensión de la salud y la enfermedad, el impacto del estrés en la salud, la psiconeuroinmunología, el desarrollo de instrumentos para medir variables psicosociales, la adherencia terapéutica, el desarrollo de programas de intervención, a nivel de prevención de la salud y tratamiento psicoterapéutico.

La obra, basada en reflexiones a partir de la experiencia académica y profesional de psicólogos investigadores de diversos países de Iberoamérica, constituye un valioso instrumento para la comprensión de las importantes contribuciones que la psicología científica iberoamericana ha realizado para el entendimiento de la salud y la enfermedad, dos temas fundamentales en la vida de las personas.

Debido a la enorme aceptación que ha tenido la segunda edición de la obra en Iberoamérica, para la tercera edición del libro se ha ampliado con una quinta parte titulada "Comportamiento y enfermedad", con 6 nuevos capítulos (ahora el texto tiene 25 capítulos), que tratan aspectos teóricos-metodológicos y temáticas de base de la psicología de la salud (Peirone, Gerardi y Chiusano), psicología de la salud infantil (Osorio, Bazán y Paredes), tra-

tamiento psicológico durante el climaterio (Legorreta), evaluación y tratamiento psicológico de la dispepsia funcional (Tobón, Sandín, Vinaccia y Núñez), hipocondría (Fernández-Álvarez y Belloch) y cáncer de próstata, calidad de vida y ajuste marital (Novoa y Wilde).

Con mucha satisfacción he constatado que la obra ha sido adoptada como libro de texto en varios programas universitarios de pre y posgrado, en especial en programas de posgrado en Psicología de la salud, donde he colaborado como profesor visitante, en instituciones mexicanas y del extranjero. El éxito de venta que la obra ha tenido en las principales librerías del país y por Internet, han constituido poderosos motivadores para que en cada edición se añadan nuevos capítulos sobre tópicos relevantes.

Finalmente, agradezco a todas las personas que han hecho posible esta nueva edición, desde los articulistas hasta los editores, pero en especial a usted, apreciado lector, a quien va dirigido la nueva versión de *Psicología de la salud y calidad de vida*.

México, D.F. verano 2009

Luis A. Oblitas

PRIMERA PARTE

Fundamentos de la psicología de la salud

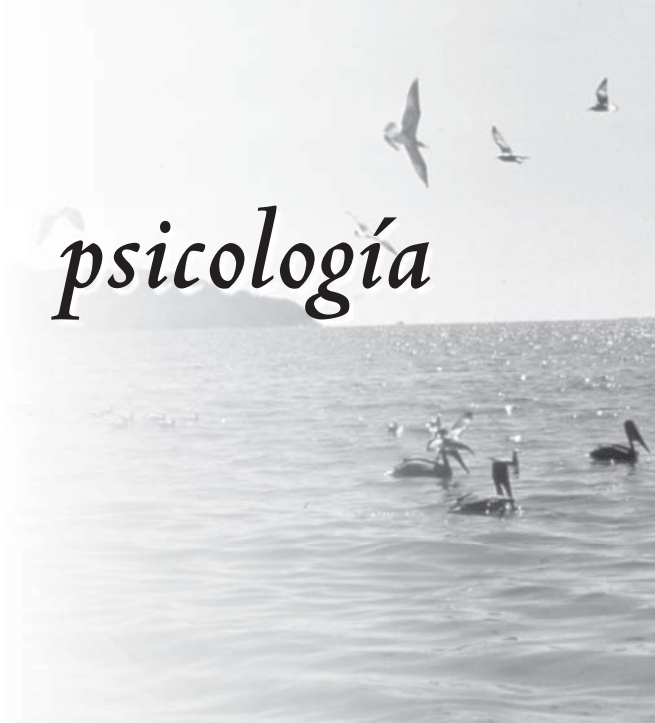


Capítulo Uno

Introducción a la psicología de la salud

Mabel Labiano

Universidad Nacional de San Luis, Argentina



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 autopercebir 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 (Becoña, Vázquez 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 autovigilancia (Gil Rodríguez, León Rubio y Jarana Expósito, 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.

Paradigmas en salud (basado en Hill & Smith, 1985)

Paradigma tradicional	Típico	Paradigma emergente
Es una máquina	cuerpo	Es un sistema dinámico en un contexto determinado interrelacionado
Cuerpo y mente están separados	cuerpo-mente	La mente es un factor principal
La mente es un factor secundario	mente	La mente es un factor principal
La enfermedad es una entidad	enfermedad	La enfermedad es un proceso
Dolor y enfermedad son totalmente negativos		Dolor y enfermedad son informaciones sobre conflicto y desarmonía
Especialización	diagnóstico	Integración del paciente en su totalidad
Dependencia de datos cuantitativos		Dependencia de información subjetiva y objetiva
Eliminación de síntomas	tratamiento	Centrado en el bienestar
Tratamiento de síntomas		Búsqueda de modelos casuales y tratamiento de síntomas
Intervención basada en medicamentos y cirugía		Intervenciones mínimas con tecnologías apropiadas: técnicas no invasivas (dieta, ejercicio)
El efecto placebo muestra el poder de la sugestión	placebo	El efecto placebo muestra el papel de la mente en la enfermedad y en la curación
Descanso, vitaminas, inmunización, no fumar, ambiente	prevención	Tiene en cuenta la totalidad. Cuerpo-mente, trabajo, relaciones, metas, espíritu
Emocionalmente neutro	profesional	La afectividad es un componente fundamental de la curación
El paciente es dependiente y el profesional una autoridad		El paciente es autónomo y el profesional un socio

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 aún 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 médicas 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 médica objetiva (Leventhal, Nerenz y Steele, 1984). Ejemplo: el médico le manifiesta a José que él está en una situación límite, 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 sólo al mal momento que pasó y que si evita este tipo de situaciones puede seguir su vida como antes. José ha focalizado sólo un factor importante o desencadenante de la situación problema y no percibe el contexto más amplio en el que surge su alteración.

Relación mente-cuerpo

Las concepciones acerca de la relación mente-cuerpo han cambiado con el tiempo y en las diferentes culturas. Los antiguos griegos entendían que ambos elementos configuraban una totalidad y se condicionaban recíprocamente. Platón decía: “Así como no se debería intentar curar los ojos sin la cabeza, o la cabeza sin el cuerpo, no se debería intentar curar el cuerpo sin el alma. . . la parte nunca estará bien a menos que la totalidad esté bien” (citado por Lipowski, 1986).

Hipócrates (400-300 a. C.) creía que la salud era un estado de armonía y de equilibrio, relacionado con el respeto a leyes naturales, y que lo que afectaba a la mente también afectaba al cuerpo. El equilibrio de los cuatro humores vitales era fundamental para mantener la salud: la sangre estaba relacionada con el corazón; la bilis amarilla, con el hígado; la bilis negra, con el bazo; la flema, con el cerebro. Cuando un fluido dominaba a la personalidad, se asociaba con un estado característico de la mente. Estos conceptos han quedado incorporados al vocabulario actual. Hipócrates también destacó la influencia del agua, del aire y del lugar sobre el equilibrio de los humores (Locke y Colligan, 1991).

Galeno (139-200 d. C.) desarrolló la teoría de los humores de Hipócrates. Los griegos afirmaron que las emociones o las pasiones no sólo podían afectar el funcionamiento del cuerpo sino que también podían provocar enfermedades.

Los chinos también concebían la enfermedad como una ruptura de fuerzas naturales, como un desequilibrio de energías, influido por las emociones y los comportamientos. Aun en el presente mantienen esta creencia, basada sobre la idea de una energía primordial que es necesario regular y cuidar para mantener la vida.

En la Edad Media se adoptó un enfoque espiritualista. La práctica médica estaba bajo el control de la Iglesia católica, a tal punto que en el siglo XII ésta dictó una norma en la que se prohibía a los sacerdotes el ejercicio de la medicina para que se dedicaran a sus tareas religiosas propias de su ministerio. La enfermedad se percibía como la consecuencia del pecado, de la violación de la ley divina; la curación, como obra de la fe y el arrepentimiento del pecado.

Durante el Renacimiento se retomó la idea de la enfermedad en términos naturalistas. Se produjo un desarrollo importante de prácticas y estudios científicos. Fue en esta época cuando surgió la base filosófica del modelo biomédico, el cual se impondría, durante trescientos años, hasta nuestros días.

El modelo biomédico

Dos ideas básicas sustentan este modelo (Engel, 1977):

1. El dualismo mente-cuerpo, que implica que el cuerpo pertenece a una dimensión física y la mente forma parte del dominio espiritual. Cada uno constituye una dimensión diferente y separada.
2. El reduccionismo, que sostiene que el proceso de la enfermedad se limita a una serie de reacciones físicas y químicas, por lo cual los factores emocionales y de comportamiento son considerados como aspectos ajenos a él. Así, por ejemplo, un cáncer es una proliferación incontrolada de células; un infarto cardiaco es simplemente una lesión isquémica que provoca la lesión del músculo cardíaco. Cada proceso patológico es independiente de los estados emocionales del individuo y de su comportamiento.

Este modelo dualista, pergeñado en el siglo XVII por el filósofo René Descartes (1596-1650), permitió a la Iglesia mantener el dominio espiritual y dejó a la ciencia el dominio del mundo físico (Cassel, 1982). El cuerpo se concebía como una máquina gobernada por principios biomecánicos. Esta perspectiva filosófica orientó al conocimiento científico

hacia el reduccionismo y, en el campo de la salud, se limitó a la comprensión de los procesos biológicos y bioquímicos.

Otra concepción reduccionista fue la teoría de la etiología específica del germen, la cual sostenía que la enfermedad era producida por un microorganismo identificable, principio cuya validez fue demostrada por Pasteur.

También Koch (1843-1910), quien fue un fuerte defensor de la teoría de la etiología específica, resolvió el misterio del ciclo del ántrax (una enfermedad mortal para el ganado). Además, aisló el bacilo de la tuberculosis y desarrolló una vacuna contra la difteria.

Por su parte, Pasteur (1822-1895), contemporáneo de Koch, encontró una cura para el ántrax; descubrió una forma de tratamiento de la rabia en humanos e impulsó la investigación basada en este paradigma del germen. Pasteur fue el fundador de la teoría bacteriológica de la enfermedad, pero reconoció que el microbio tiene una importancia relativa y el terreno es lo principal (es decir: el contexto biológico de la persona). Por ello expresó: “Bernard tenía razón, la bacteria no es nada, el terreno lo es todo”. [Claude Bernard (1813-1878) en la segunda mitad del siglo XIX, habló del medio interno, sugiriendo que la estabilidad de éste era esencial para la salud.]

Este modelo científico permitió desarrollar una serie de descubrimientos: la insulina, las sulfas y los antibióticos, entre otros, lo cual demostró que esta teoría simplista y unidimensional era útil y operativa. Las enfermedades infecciosas, que tantas muertes ocasionaban, quedaron aparentemente vencidas.

A principios del siglo XIX, en la medida en que la medicina incrementó su nivel de tecnificación, también se produjo un proceso de despersonalización, de distanciamiento entre el médico y el paciente. Así, se institucionalizaron prácticas deshumanizadoras en las relaciones médico-paciente.

El contacto corporal directo entre ambos extremos de esta relación se redujo, y fue reemplazado por una tecnología cada vez más compleja, fortaleciéndose la idea de que el paciente sólo era un objeto de estudio que quedaba, muchas veces, reducido a un conjunto de datos.

La quintaesencia del pensamiento reduccionista se encuentra, a menudo, en el desarrollo de la genética, ya que muchos científicos creen que en ésta se encuentran las causas de la mayoría de las alteraciones y enfermedades (Bakal, 1996) y por tanto, en su manipulación, la esperanza de las curaciones. Se olvida así que las enfermedades se desarrollan básicamente en función de comportamientos e interacciones organismo-ambiente.

Son las medidas psicológicas y conductuales las que equilibran las evaluaciones biológicas. Por ejemplo, el índice de eritrosedimentación como variable clínica —relativa al grado de inflamación de las articulaciones— no es más válido para un paciente artrítico, que lo que él siente y el nivel de funcionalidad que pueda mantener en su vida (Kaplan, 1990).

De acuerdo con Bakal (1996), la psiquiatría biológica representa otro ejemplo de reduccionismo, pues se basa en la premisa de que las alteraciones emocionales están originadas en alteraciones de neurotransmisores y pretende manejarlas sólo en términos bioquímicos, sin considerar las interacciones consigo mismo y con los demás, lo cual implica el rechazo de una visión holística e integrativa.

El modelo biomédico ha logrado grandes éxitos en el campo de la medicina, pero es insuficiente y limitado pues no da respuesta a muchas problemáticas de los procesos de salud-enfermedad, por ejemplo, a las enfermedades crónicas, el dolor crónico y el manejo del estrés cotidiano.

Como señalan Amigo Vázquez, Fernández Rodríguez y Pérez Álvarez (1998) este modelo contiene una serie de puntos críticos, entre los que pueden destacarse:

- El criterio fundamental de enfermedad es la presencia de anomalías bioquímicas, las cuales son condiciones necesarias pero no suficientes para un diagnóstico, ya que se pasan por alto reacciones cognitivo-emocionales básicas, por ejemplo, en la elevación ocasional de la presión arterial, en contexto clínico (la llamada hipertensión de

delantal blanco), en las náuseas anticipadas que siente el paciente de quimioterapia, antes de recibir el tratamiento o las fuerzas emocionales que exacerbaban la hiperreacción a los antígenos en el asmático.

- El diagnóstico depende, en gran medida, de la información que proporciona el paciente. Aunque el examen físico y los resultados de los análisis de laboratorio son definitivos para identificar la enfermedad, el proceso diagnóstico depende de lo que el paciente sea capaz de comunicar al profesional de la salud. La capacidad de comunicación de ambos es un aspecto decisivo para comprender los síntomas que manifiesta el afectado.
- El modelo biomédico desestima la influencia de determinadas situaciones vitales en el estado de salud de los individuos. No sólo hay que considerar el grado de susceptibilidad biológica de la persona sino también los eventos vitales que ésta sufre a lo largo de su vida y cómo los afronta.
- Los factores psicológicos y sociales son determinantes para definir cuándo una persona está enferma, pues pueden estimular la búsqueda o no de ayuda profesional o a seguir o no las prescripciones indicadas.
- El modelo biomédico puede fracasar en el momento de determinar la recuperación de la salud después de la enfermedad. Por ejemplo, un herpes zoster puede haber desaparecido pero la persona continúa experimentando dolor, con posterioridad a la aparente curación; una pierna amputada, aunque ya no existe, puede continuar produciendo dolor en virtud de procesos neurocerebrales.
- El modelo pasa por alto la importancia que tiene, en los resultados del tratamiento, la relación médico-paciente. Hasta los efectos de los medicamentos dependen de la calidad de esta relación. La perspectiva biomédica hace hincapié en los medicamentos, en la tecnología, en los resultados de los análisis clínicos, en desmedro de las actitudes y los comportamientos, tanto del profesional de la salud como del paciente.

Surgimiento del psicoanálisis y de la medicina psicosomática

El concepto de psicogénesis resurge con las aportaciones del fisiólogo Claude Bernard que, en su teoría del medio interior del cuerpo, sostiene que éste siempre tiende a mantener el equilibrio, cuya perturbación trae aparejada la enfermedad y la muerte. Este investigador reafirmó la idea de la importancia de los factores psicológicos en las alteraciones físicas.

También Freud (1856-1939) revaloriza la influencia de la mente en la enfermedad. En su teoría acerca de las emociones, afirma que las que no se expresan en palabras o acciones se traducen en alteraciones físicas, postulado que subyace a sus estudios clásicos de la histeria de conversión.

Freud elabora la primera formulación teórica sobre la alteración psicosomática. La teoría psicoanalítica sostiene que los impulsos inaceptables y prohibidos eran reprimidos y buscaban formas alternativas de descarga. Además, dichos impulsos, expresados a un nivel somático, tenían un significado simbólico relacionado con el evento psíquico. El histérico desplazaría la experiencia dolorosa al inconsciente y luego, la reacción retornaría en forma de algún problema físico.

En los treinta, la medicina psicosomática resurgió, en parte, debido al desarrollo del psicoanálisis, y por otra parte, al surgimiento de conceptos holísticos como el de psicobiología de Meyer (1866-1950), que proponía que el ser humano debía ser estudiado en su totalidad, tanto en la salud como en la enfermedad, mediante la integración de cuerpo y mente (Meyer, 1957).

Por su parte, Graham (1958 a 1972) afirmó que la evaluación de las actitudes hacia la vida permitiría predecir el tipo de enfermedad psicosomática. Este investigador estudió las actitudes de los individuos antes de la aparición de los síntomas y cuando éstos empeoraban. Su planteo teórico no ha podido comprobarse.

Alexander (1950) sostenía la noción de que enfermedades específicas estaban asociadas con conflictos nucleares específicos. Esta teoría es dominante en el enfoque psicosomático hasta los sesenta. Además, afirmaba que, por ejemplo, la cólera reprimida constituye el conflicto subyacente a la hipertensión; que un sentimiento inconsciente de hostilidad está ligado a trastornos cardiovasculares, en general; que necesidades inconscientes de dependencia están asociadas con alteraciones gastrointestinales (úlceras, por ejemplo) y a alteraciones respiratorias (tales como el asma).

Esta teoría dio una explicación lineal y simple a las alteraciones fisiológicas, por lo cual actualmente no es aceptada (Gatchel, 1993), aunque aún siguen vigentes algunas de sus ideas con relación a emociones específicas asociadas con los trastornos hipertensivos, tales como la cólera reprimida y la hostilidad.

La medicina psicosomática, que se desarrolló con base en la creencia de que los factores psicológicos y sociales son importantes en la etiología, desarrollo y tratamiento de la enfermedad, surgió para dar respuesta a las afecciones que no tenían cabida dentro del modelo médico tradicional. El psicoanálisis jugó un papel importante en el reconocimiento de los factores psicológicos en la enfermedad, pues elaboró un enfoque psicobiológico más integrativo. Alexander (1950) señaló entre las enfermedades psicosomáticas más importantes: el asma, la neurodermatitis, la úlcera del duodeno, la colitis ulcerosa, la artritis reumatoide, la hipertensión arterial esencial y la diabetes.

A finales de los cincuenta el campo de la psicosomática sufrió una crisis debido a la reacción contraria al enfoque psicoanalítico. Esta perspectiva se dejó de lado debido a su debilidad metodológica, a las limitaciones de los datos clínicos sobre los cuales se desarrolló y a sus razonamientos teóricos circulares, así como a sus sobregeneralizaciones para explicar las alteraciones clínicas.

A partir de 1965 se produce un cambio definido en la orientación del enfoque psicosomático. Se elaboran metodologías y técnicas más eficaces para abordar estas alteraciones, cuyos objetivos eran: 1) estudiar factores psicológicos, biológicos y sociales en la homeostasis del ser humano; 2) una aproximación holística a la práctica de la medicina y 3) una relación con la práctica psiquiátrica de consulta-apoyo (Lipowski, 1977).

Wolff (1898-1962), que en 1953 publicó *Estrés y Enfermedad*, trabajo con el cual colaboró para salvar el campo de la psicosomática del descreimiento en que había caído, se adhirió al método científico y se centró en emociones conscientes más que inconscientes en las alteraciones somáticas, a diferencia de la perspectiva psicoanalítica dominante.

Se comenzó a usar el término *alteraciones psicofisiológicas* más que alteraciones psicosomáticas. (Aunque ambos son indistintos, el primero está más ligado al enfoque científico cognitivo-conductual.)

Una formulación más actualizada y rescatable, desde el punto de vista psicodinámico, la constituye el concepto de alexitimia, que pasamos a explicar.

Alexitimia

Este concepto, que se elaboró desde el campo psicodinámico y se aplicó a las alteraciones llamadas psicosomáticas, tiene implicaciones importantes con relación a la problemática mente-cuerpo.

Etimológicamente, el vocablo significa “sin palabras para los afectos”. Sifneos (1967, 1973) definió a la alexitimia como la incapacidad para identificar y expresar emociones.

De acuerdo con Nemiah (1976), la personalidad alexitímica se caracteriza por:

1. Incapacidad para describir los afectos verbalmente.
2. Falta significativa de fantasía.
3. Incapacidad para hacer cambios psicológicos significativos en el curso del tratamiento psicoterapéutico.

Se supone que este déficit emocional es el principal causante de las alteraciones psicosomáticas (Sivak y Wiater, 1997).

La incapacidad para reconocer afectos y expresarlos en palabras conduce a los individuos a focalizar y exagerar el componente somático, presente en toda experiencia emocional, lo cual podría explicar la tendencia hacia las quejas somáticas funcionales de los individuos alexitímicos y su incrementada susceptibilidad a la enfermedad física (Taylor, 1984).

De acuerdo con Kristal *et al.* (1988) se puede conceptualizar a este rasgo como una alteración de la personalidad en la cual se diferencian tres tipos de trastornos: cognitivos, afectivos y de las relaciones interpersonales. El primer tipo se refiere a un estilo de pensamiento operatorio, pragmático y detallista, dificultades para simbolizar y utilización de símbolos como signos.

El segundo tipo se refiere a la dificultad de verbalizar emociones y diferenciarlas de las sensaciones corporales y actuaciones impulsivas.

Y en lo que respecta al tercer tipo, las relaciones interpersonales, el trastorno implica, básicamente, una alteración de la empatía.

Desde una perspectiva neuropsicológica, la alexitimia podría implicar una desconexión límbico-neocortical, suposición que ha sido complementada con la hipótesis de una posible desconexión interhemisférica. Existen similitudes cognitivas entre los individuos que sufren de lesiones en el cuerpo caloso y los alexitímicos (Tenhouten, Hoope y cols., 1987). Como causa de este trastorno, se han indicado posibles alteraciones en los haces dopaminérgicos (Sifneos, 1988).

Sperry y su concepción holística del funcionamiento humano

Sperry (1987) ha reafirmado una concepción holística para comprender el funcionamiento mente-cuerpo. En la década de los setenta se realizaron importantes observaciones psicológicas, resultado de cortes cerebrales experimentales. Se sometió a sujetos que padecían crisis epilépticas graves a comisurotomías o disecciones del cuerpo caloso y de otras comisuras del lóbulo frontal como última posibilidad para controlar dichas crisis. Así, a través de la cirugía se eliminaba toda posibilidad de comunicación entre los hemisferios del cerebro. Cada hemisferio funcionaba desconociendo los eventos cognitivos del hemisferio opuesto. Esta disociación podría presentarse también, funcionalmente, en individuos que, a pesar de tener su cerebro intacto, tienen experiencias de un hemisferio que están en conflicto con las del otro. Ejemplo: la madre que mientras castiga sonríe, o que cuando acaricia expresa palabras de odio. Estos mensajes contradictorios no pueden integrarse eficazmente ni en el cerebro emisor ni en el receptor y, si son reiterativos, pueden llevar a disociar el mundo interno de un niño.

Se comprobó que el hemisferio derecho, aunque se manifestaba deficiente en el habla, era capaz de leer y comprender. Además, su superioridad se puso de manifiesto en las tareas espaciales e imaginarias. Por su parte, la dominancia del izquierdo se manifiesta en el discurso, la comprensión del lenguaje, el movimiento organizado, el cálculo y el razonamiento aritmético. Habitualmente, ambos hemisferios trabajan en conjunto, es decir, constituyen una unidad.

De acuerdo con esta teoría, la conciencia es considerada factor causal del funcionamiento cerebral, pues ejerce un control de arriba hacia abajo. Las propiedades conscientes (pensamientos, sentimientos, actitudes, etc.) están determinadas por eventos neuronales (que se encuentran por debajo de la ejecución del control ascendente), pero son capaces de influir sobre los sucesos físicos que se encuentran por debajo de ellas.

Los valores morales, las motivaciones, los sentimientos, las creencias religiosas, etc., están en la cúspide de la jerarquía del control cerebral. La importancia del poder potencial de estas propiedades psíquicas emergentes puede observarse, empíricamente, en el caso de gente mayor de edad que tiene que seguir viviendo porque debe proteger y criar a sus nie-

tos, o en aquel paciente terminal que no termina nunca de morir y prolonga su agonía porque espera encontrarse con su hijo.

Estudios científicos sobre lesiones cerebrales y funciones cognitivas en individuos ancianos indican que los resultados de las imágenes cerebrales, obtenidas por resonancia magnética, no siempre reflejan el nivel real de funcionamiento del individuo. Fein *et al.* (1990) comprobaron que individuos de edad avanzada, con lesiones de importancia en la sustancia blanca profunda, presentaban un buen rendimiento cognitivo en pruebas de atención, memoria, razonamiento no verbal y lenguaje. Estos resultados confirman la teoría de Sperry acerca de que fuerzas psicológicas emergentes de la dimensión biológica ejercen control sobre la propia biología.

Modelo biopsicosocial

Este modelo, de gran aceptación en la actualidad, admite que la salud y la enfermedad están multideterminadas, es decir, que las causas que interactúan en los procesos saludables y patológicos son de diversa naturaleza y origen, pues intervienen tanto elementos de macroprocesos (tales como contexto social, ambiente físico, circunstancias socioeconómicas, factores climáticos, etc.) como otros de microprocesos (cambios bioquímicos, pensamientos, emociones, etcétera).

En el presente, se hace hincapié en la salud más que en la enfermedad. La salud se entiende como un proceso-estado que se alcanza cuando hay armonía biológica, psicológica y con el entorno socioambiental.

“Tanto la cirugía como la farmacología son métodos ineficaces para encarar el reto (labores de tipo preventivo) que conlleva la nueva concepción de salud” (Becoña, Vázquez y Oblitas, 2000).

La teoría de los sistemas sirve de marco explicativo de este modelo. Los diferentes subsistemas (biológico, axiológico, cognitivo, afectivo, interpersonal, social, ambiente físico) están interrelacionados y los cambios en cualquiera de ellos afecta a la totalidad individual.

Los procesos de causalidad son múltiples y más circulares que lineales. La realidad es considerada como una red de procesos íntimamente interconectados.

De acuerdo con este modelo, se requiere una perspectiva amplia e integrativa para comprender las alteraciones y elaborar un diagnóstico. Las interacciones profesionales de la salud-paciente son fundamentales para lograr la adhesión de éste al tratamiento, lograr que la terapia sea eficaz y reducir el tiempo de recuperación de la enfermedad. La práctica médica debe integrar, de manera definitiva, las variables biológicas, psicológicas y socioambientales en cada una de las etapas del proceso terapéutico.

Este modelo enfoca la atención en los aspectos preventivos y en la promoción de la salud humana, en la importancia de las variables del medio ambiente, tanto físico como social. Además, estimula la creación de nuevas estrategias en la relación del ser humano con su entorno, orientadas a crear un futuro más saludable, combinando la elección personal con la responsabilidad social.

De acuerdo con Stokols (1992), el concepto de promoción de la salud comprendería el papel de los individuos, grupos y organizaciones como agentes fundamentales para el desarrollo de prácticas y políticas de salud para mejorar el bienestar individual y colectivo. La prevención de la enfermedad se limitaría al ámbito clásico de la salud, destacando el papel que desempeñan los profesionales sanitarios y las administraciones públicas de la salud.

La prevención primaria hace referencia a las actividades encaminadas a impedir o disminuir la probabilidad de padecer una enfermedad, así como a proteger y promover la salud.

La prevención secundaria consiste en las acciones dirigidas a evitar la enfermedad, una vez que los síntomas ya se han anunciado, aunque el síndrome todavía no está instalado.

La prevención terciaria consiste en los procesos de tratamiento y rehabilitación cuando la sintomatología clínica ya está establecida.

Se calcula que la prevención primaria en relación con el hábito de fumar podría reducir alrededor de 20% la mortalidad por cáncer, así como de otras enfermedades que causan mortalidad prematura (Stachnick, Stoffelmayr y Hoppe, 1983).

McKeown (1971) estudió las causas del crecimiento poblacional durante los últimos años del siglo XIX y primeros del XX relacionado con la reducción de las tasas de mortalidad, principalmente en la infancia. Comprobó que las mejoras producidas en los niveles de salud en los últimos años no se debieron tanto a los avances terapéuticos y asistenciales, sino a las mejores condiciones laborales, económicas, nutricionales, de vivienda e higiene.

Terris (1985), que analizó las 10 primeras causas de mortalidad en Estados Unidos, llegó a la conclusión de que la forma más eficaz de reducir ésta es actuar sobre el medio ambiente, modificar comportamientos en los individuos y, en última instancia, realizar controles y exámenes médicos para detectar anticipadamente las enfermedades.

Así, las investigaciones actuales confirman la importancia de los factores psicosociales en la determinación de los procesos de salud o enfermedad.

Variables ambientales como condicionantes de la salud

De acuerdo con Soler Márquez 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 sólo algunos ejemplos. También lo son los daños 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 ácida.
2. Disminución de la capa de ozono.

3. Calentamiento global del planeta por gases de efecto invernadero.
4. Destrucción de bosques y recursos genéticos; disminución de la biodiversidad.
5. Desertificación.
6. Cambios climáticos.

Otros (Rascio, 1996):

1. Explosión demográfica.
2. Polución del aire.
3. Residuos tóxicos.
4. Incendios.
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.

Surgimiento de la psicología de la salud

La psicología de la salud surgió a partir de una perspectiva sistémica e integrativa, con psicólogos pertenecientes a diferentes áreas psicológicas (figura 1.1).

Se reafirma la antigua idea de que el comportamiento es crucial para mantener la salud, o bien, para generar la enfermedad.

La Asociación Psicológica Americana crea en 1978, la *Health Psychology*, la división de la psicología de la salud, hacia la cual confluyen distintas disciplinas de la psicología para el surgimiento de esta nueva área: experimental, social, clínica, fisiológica, desarrollo de estudios epidemiológicos, etc. Al año siguiente de su creación, publicó el primer manual: *Health Psychology. A Handbook* (Stone, Cohen y Adler, 1979).

La primera revista de esta división de la APA se publicó en 1982: *Health Psychology*. El primer texto en Latinoamérica apareció recientemente, producido por autores hispanos y latinos (*Psicología de la Salud*, de Oblitas y Becoña, 2000).

Matarazzo (1980) define la **psicología de la salud** como: “la suma de las contribuciones profesionales, científicas y educativas específicas de la psicología como disciplina, para la promoción y mantenimiento de la salud, la prevención y tratamiento de la enfermedad, la identificación de los correlatos etiológicos y diagnósticos de la salud, la enfermedad y la disfunción asociada, además del mejoramiento del sistema sanitario y la formulación de una política de la salud”.

Como señalan Amigo Vázquez, Fernández Rodríguez y Pérez Álvarez (1998) en la definición se destacan cuatro aspectos:

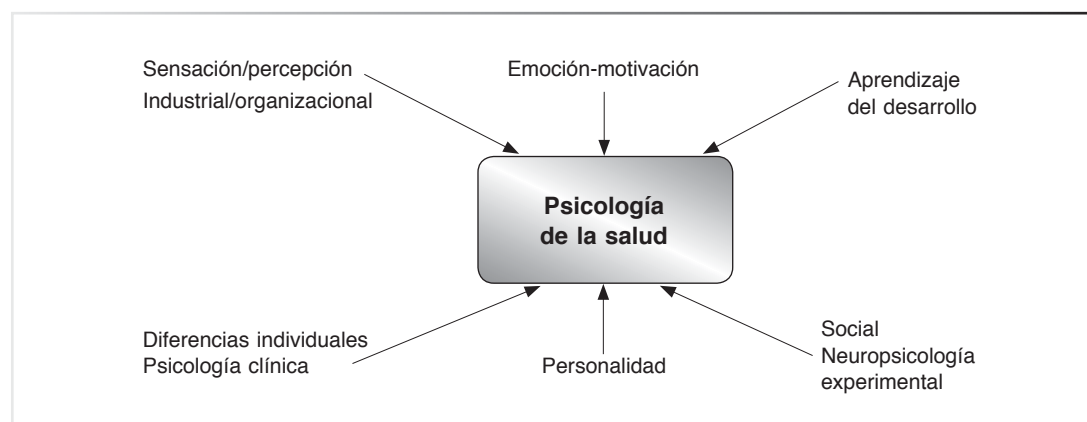


Figura 1.1 Diversos aportes a la psicología de la salud (Donker, 1991).

1. Promoción y mantenimiento de la salud (a través de una mejor nutrición, práctica regular de ejercicio físico, aprendizaje de resolución de problemas, desarrollo de habilidades sociales, etcétera).
2. Prevención y tratamiento de la enfermedad (a través de la modificación de hábitos insanos tales como el cigarrillo y el abuso del alcohol, aprendizaje de nuevos estilos de vida para superar una determinada enfermedad, etcétera).
3. Estudio de la etiología y correlatos de la salud, enfermedad y disfunciones (estudios retrospectivos y longitudinales que esclarecen las causas de la salud o de la enfermedad).
4. Estudio del sistema sanitario y la formulación de una política de salud (efecto del sistema sanitario en el comportamiento de la población; recomendaciones para mejorar el cuidado de la salud).

La psicología de la salud está centrada en intervenciones a nivel individual, de profesionales de la salud y de la organización sanitaria (por ejemplo, a través de programas de salud). Los diferentes tipos de intervenciones están dirigidas a:

1. Modificar actitudes, promoviendo y mejorando la salud.
2. Modificar procesos fisiológicos, previniendo y tratando la enfermedad.
3. Implementar campañas de educación dirigidas a la comunidad.
4. Mejorar el sistema sanitario a través de la creación de políticas sanitarias adecuadas.

A partir del surgimiento de esta nueva área psicológica teórico-práctica, se ha producido un desarrollo y crecimiento notables, a nivel de congresos, publicaciones, cursos, programas de posgrado, etc. Decididamente, la psicología actual se focaliza cada vez más en potenciar los aspectos saludables de las personas, abandonando los antiguos esquemas centrados en la patología individual.

Medicina comportamental

La **medicina comportamental** es un área muy cercana a la psicología de la salud. Birk (1973) es quien introduce el término, el cual nace asociado a los procedimientos de retroalimentación biológica.

Esta tecnología (de tipo electromiográfica, termal, de respuesta galvánica de la piel, de ondas cerebrales, etc.) fue, desde el inicio, el procedimiento central empleado por la medicina comportamental. También diversos procedimientos de relajación, técnicas respiratorias y de meditación, métodos de modificación de conducta y todo tipo de procedimientos de auto-control han sido utilizados en este campo.

La retroalimentación biológica demostró ser un instrumento útil para lograr control voluntario sobre varios sistemas fisiológicos, facilitando procesos de autorregulación. Fue impresionante en sus comienzos ya que puso en evidencia que el sistema nervioso autónomo era susceptible de ser modificado por influencia voluntaria. Esta técnica demostró ser de gran beneficio en la reducción de síntomas, lo cual evita la administración de drogas o medicamentos en el tratamiento de diversos trastornos psicofisiológicos tales como migraña, cefaleas tensionales, enfermedad de Raynaud, alteraciones neuromusculares, etcétera.

En 1974 se crearon los primeros centros de medicina conductual: *Center for Behavioral Medicine* de la Universidad de Pensilvania y el *Laboratory for the Study of Behavioral Medicine* de la Universidad de Stanford.

La delimitación conceptual entre medicina comportamental y psicología de la salud no ha sido muy precisa. Bakal la considera un apartado de esta última (Bakal, 1996).

Schwartz y Weiss (1978) la definieron como el “campo interdisciplinario dedicado al desarrollo e integración de la ciencia biomédica y conductual, al conocimiento y técnicas rele-

vantes para la comprensión de la salud y la enfermedad físicas, y la aplicación de esas técnicas y este conocimiento para la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación”.

Una de las diferencias entre ambos campos radica en que la psicología de la salud se concentra en la prevención, mientras que la medicina conductual está dirigida hacia la rehabilitación y tratamiento de la enfermedad.

Entre las causas del surgimiento y desarrollo de la medicina comportamental se encuentran:

1. El cambio en los patrones de morbilidad y mortalidad, con el control de las enfermedades infecciosas a través de los antibióticos, produciéndose más enfermedades funcionales.
2. Enfermedades crónicas propias de las sociedades industrializadas tales como el cáncer, enfermedades cardiovasculares, dolores crónicos, las cuales surgen como producto del estilo de vida que mantienen los individuos.
3. El hecho de que, en igualdad de condiciones, algunas personas enferman y otras no.
4. El desarrollo alcanzado en las ciencias conductuales y en las sociales, así como el desarrollo de la epidemiología conductual.
5. El interés despertado por los temas de prevención de enfermedades, en parte, por los elevados costos médicos.
6. El desarrollo de la psicología médica agregó un enfoque de aplicación clínica de la que carecía la medicina psicosomática.
7. Los resultados de los estudios epidemiológicos y experimentales, los cuales han demostrado la importancia de los factores conductuales en los procesos de salud y enfermedad (Labrador, Muñoz y Cruzado, 1990).

Importancia de la psicología de la salud

El Informe Lalonde, del Ministerio Nacional de Salud y Bienestar de Canadá (1974), definió claramente las variables que determinan la salud o la enfermedad:

1. Biología humana (genética y envejecimiento).
2. Medio ambiente (contaminación física, química, biológica, aspectos psicológicos y socio-culturales).
3. Estilos de vida (conductas).
4. Sistema de asistencia sanitaria (calidad, cobertura o acceso, gratuidad).

Como puede observarse en la figura 1.2, el medio ambiente y el estilo de vida tienen una influencia relativa mucho mayor en la salud que la biología y el sistema sanitario. Sin embargo, a menudo, los gastos y recursos invertidos en este último —tal como está representado en la figura 1.3— son, proporcionalmente, muy superiores a la importancia que tiene en la determinación de la salud.

Lo que se invierte en controlar y mejorar el ambiente y el estilo de vida de las personas —en la mayoría de las sociedades, principalmente en las subdesarrolladas—, es aún muy inferior a la importancia relativa que tienen estos factores en el desarrollo y mantenimiento de la salud. En estas sociedades, la distribución de los fondos públicos en salud es escasa, y la situación se aproxima a lo representado en la última figura.

Con base en las 10 primeras causas de muerte, el *Center for Disease Control of Atlanta* concluyó que si se eliminan las del primer año de vida (edad en la que los factores biológicos son muy importantes como determinantes de la mortalidad en países desarrollados), la proporción de mortalidad determinada por el estilo de vida se acercaría a 50%.

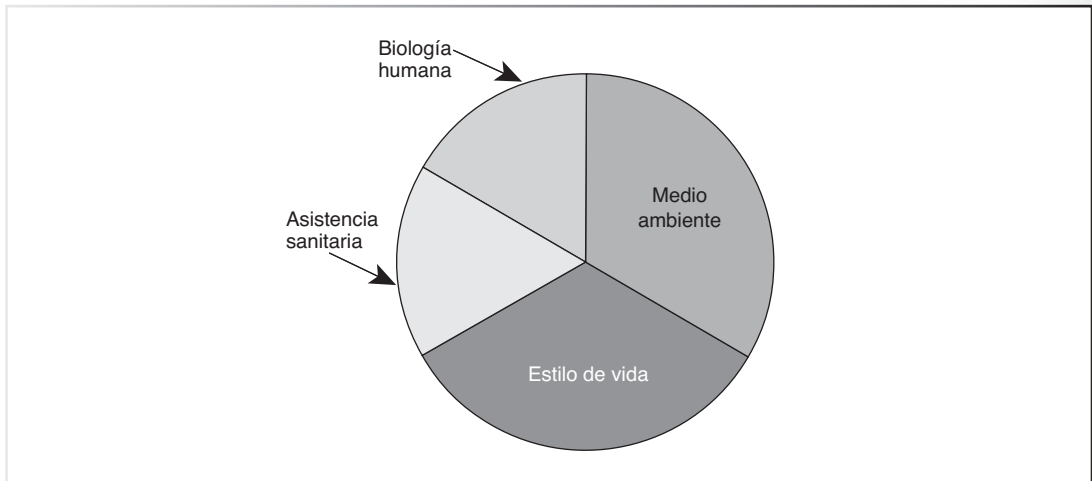


Figura 1.2 Factores determinantes de la salud (Informe Lalonde, Canadá, 1974).

El consumo de alcohol y tabaco, en conjunto, causa aproximadamente 30% de las muertes en Estados Unidos (*Centers for Disease Control*, 1991). El abuso de alcohol, además de estar implicado en el cáncer de hígado, causaría alrededor de 50% de los accidentes de tránsito (Amigo, Fernández y Pérez, 1998).

El Condado de Alameda, en California, demostró que había cinco comportamientos que estaban significativamente asociados con riesgo de muerte en los individuos de 30 a 69 años: consumo de cigarillos, actividad física, consumo de alcohol, obesidad y número de horas de sueño (citado en Torío y García, 2000).

La investigación de Belloc (1973), durante la cual fueron entrevistados 7000 sujetos adultos acerca de sus hábitos de salud, tuvo un seguimiento de entre cinco años y medio y nueve

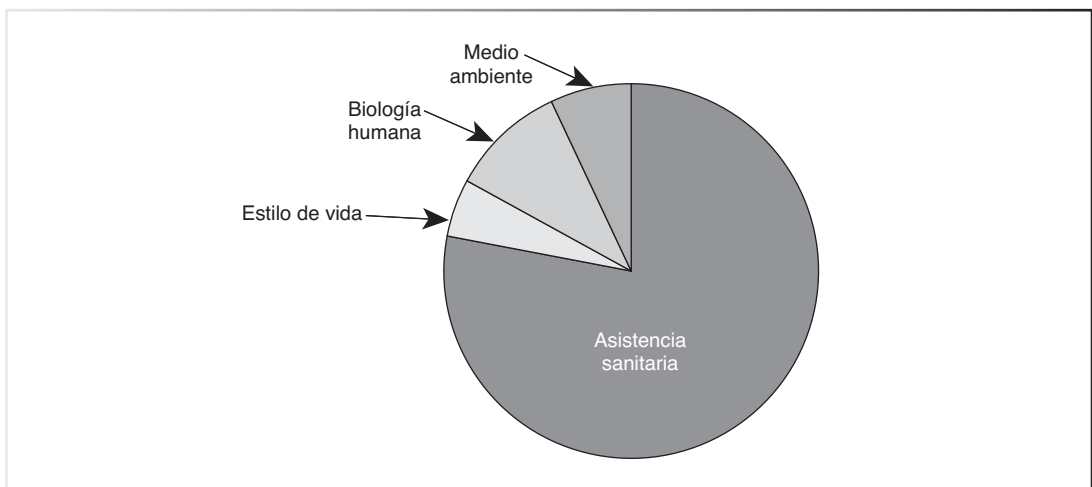


Figura 1.3 Proporciones relativas de fondos públicos (Informe Lalonde, Canadá, 1974).

años y medio, puso de manifiesto que siete hábitos estaban relacionados con una mejor salud: 1) dormir 7 u 8 horas; 2) desayunar diariamente; 3) no tomar alimentos entre las comidas nunca o casi nunca; 4) mantenerse con el peso adecuado a la altura; 5) no fumar; 6) tomar moderadamente alcohol o no tomar, y 7) practicar una actividad física regular.

Importancia de la formación de los psicólogos

La importancia creciente de esta área surge ante los datos epidemiológicos objetivos que indican claramente que en las causas principales de enfermedad y muerte está implicado el comportamiento inadecuado del ser humano.

La psicología del presente se orienta a mejorar la calidad de vida de las personas, a través de programas preventivos que favorezcan el autocontrol y la autorregulación física y psicológica así como a planificar acciones que intentan modificar la probabilidad de ocurrencia de procesos mórbidos.

El entrenamiento en orientación y cuidado de personas que tienen que sobrellevar enfermedades crónicas tales como las cardiovasculares, cáncer, respiratorias, diabetes, SIDA, son prioridades en salud que los psicólogos deben enfrentar en la actualidad.

La forma en que las emociones y las actitudes se relacionan con los procesos de salud y de enfermedad; qué factores conductuales de riesgo pueden identificarse para ciertas enfermedades; a través de qué acciones cognitivas y de comportamiento pueden afrontarse eficazmente situaciones estresantes de la vida cotidiana; cómo se puede convivir con una enfermedad crónica o con un enfermo crónico; cómo aprender a adaptarse a las exigencias inherentes de cada etapa de la vida; cómo afrontar el envejecimiento biológico, etc., son temas propios de la psicología de la salud.

Se coincide con Becoña, Vázquez y Oblitas (2000) que: “la psicología de la salud es el campo de mayor futuro de la psicología para las próximas décadas y, por tanto, donde hay que esperar que se produzca el mayor desarrollo, crecimiento y expansión de todas las ramas de la psicología, tanto a nivel teórico como formativo, investigador y, aún más importante, profesional”.

De acuerdo con los mencionados autores, a continuación se presentan los lineamientos que caracterizarían el desarrollo y las aplicaciones de la psicología de la salud en el futuro inmediato.

1. *Incorporación del modelo conductual por parte de otros profesionales de la salud, con previa formación biológica para comprender, explicar y cambiar los comportamientos desadaptativos relacionados con la salud.*

Se considera que este modelo comportamental es de referencia obligada en toda acción preventiva primaria. Se prevé que las intervenciones comportamentales van a multiplicarse en el campo del cuidado de la salud física.

2. *Gran desarrollo de programas preventivos en enfermedades causadas por hábitos inadecuados.*

La prevención primaria será el procedimiento de elección para las tres “c”: corazón, cáncer, carretera, responsables de la mayoría de las muertes.

3. *Necesidad de diferenciar el concepto de psicología de la salud de otros relacionados estrechamente con ésta, como el de medicina comportamental.*

4. *Delimitación en el campo práctico del modelo biopsicosocial.*

La asunción de una perspectiva interdisciplinaria, así como la contribución de los componentes biológicos, psicológicos, conductuales y socioambientales. El psicólogo se cen-

tra en los factores subjetivos y de comportamiento pero integra, comprensivamente, el resto de los componentes.

5. *Construcción de modelos explicativos de los distintos problemas en los que interviene la psicología de la salud desde una perspectiva interdisciplinaria (integrando conocimientos biológicos, psicológicos, conductuales y sociales) considerando el contexto cultural y sanitario en el cual se da la enfermedad.*

6. *Aplicación de procedimientos eficaces, de bajo costo.*

La aplicación de técnicas de intervención con una adecuada relación costo-eficacia se hace imprescindible para evitar los altos costos sanitarios sin mayores resultados en el mejoramiento de la calidad de vida de los individuos. Es importante que se demuestre a través de estudios controlados la eficacia de ciertos procedimientos para que los dirigentes políticos, los estamentos administrativos y demás profesionales apoyen acciones programadas de psicología de la salud.

7. *Mejoramiento de las técnicas disponibles, evaluación adecuada de las existentes y desarrollo de nuevos procedimientos de intervención.*

A medida que surjan nuevas necesidades se hará necesario crear nuevas técnicas de intervención y elaborar procedimientos científicos para evaluarlas.

El desarrollo de las técnicas de modificación de conducta ha permitido que éstas se apliquen eficazmente a alteraciones que antes eran de exclusivo campo de la medicina. Así, en la actualidad se aplican técnicas de comportamiento a pacientes hipertensos, asmáticos, diabéticos, con SIDA, cáncer, etc. Aunque todavía se está en una etapa exploratoria, en lo que respecta a la selección de las técnicas más eficaces para cada tipo de trastorno, ya que las dificultades metodológicas son múltiples (problemas de muestreo, seguimiento de los sujetos, adherencia a las instrucciones, tareas, etc.) (Kazdin, 1994).

8. *Desarrollo de la psiconeuroinmunología.*

A partir de los trabajos pioneros de Ader y Cohen (1982) se pone en evidencia que el sistema inmunológico es susceptible de condicionamiento clásico, y que por aprendizaje asociativo dicho sistema puede ser reforzado o inhibido, tanto en animales como en seres humanos (Sovalson, Ghanta & Hiramoto, 1988).

La interacción estrecha entre los componentes psicológicos, el sistema nervioso y el sistema inmune tiene importantes derivaciones teóricas y prácticas (Freixa, 1991).

9. *Utilización de medios de comunicación masiva.*

A través de mensajes sencillos se pueden difundir por radio y televisión estrategias de autoayuda para un gran número de individuos. Especialmente, a través de la TV se pueden presentar modelos sociales atractivos que induzcan al cambio de actitudes y comportamientos no saludables. Se han aplicado con éxito programas de tratamiento para fumadores (García y Becoña, 1994).

10. *El desarrollo de estrategias preventivas para evitar recaídas después de alcanzar ciertos logros en la modificación de comportamientos.*

Particularmente, en los comportamientos adictivos, la prevención de recaídas y el mantenimiento de las modificaciones adaptativas logradas cobra especial importancia.

Ejemplo: el ex fumador que tiene que evitar ambientes donde inevitablemente estará expuesto a estímulos inductores del hábito de consumir tabaco. En el caso de alteraciones crónicas, como la hipertensión, en las que el individuo tiene que mantener un hábito regular de realizar ejercicio físico semanalmente, controlar sus reacciones emocionales explosivas, su alimentación, etcétera.

11. *Utilización saludable del tiempo libre.*

La práctica de actividades que potencien aspectos saludables, tanto físicos como psicológicos, dirigidas a realizar deportes, caminatas, juegos, fomentar la comunicación con personas cercanas, contacto con la naturaleza, etc., y que compensen actividades rutinarias del trabajo diario.

12. *Contribuir a crear conciencia en la población acerca de la importancia de nuestros comportamientos para determinar procesos saludables o de enfermedad.*

13. *Promover que agentes de gobierno, políticos, personal sanitario, docentes, periodistas, representantes de agrupaciones no gubernamentales, etc., actúen como modelos de conductas saludables.*

14. *Incremento de la asistencia a personas de edad avanzada y con SIDA.*

Al prolongarse la expectativa de vida se requerirá mayor cantidad de profesionales capacitados para orientar a personas mayores de edad, realización de programas para organizar el tiempo libre de éstas, etcétera.

Los hábitos, las conductas, la frecuencia de exposición a determinadas actividades de riesgo y la situación educacional y de medidas higiénicas, determinan las formas de presentación y de propagación de la epidemia (Ruiz Ortega, 2000).

Es fundamental identificar las formas de contagio más frecuentes de una determinada comunidad para poder implementar actividades preventivas apropiadas.

15. *El papel de la psicología de la salud será cada vez más importante en la planificación de acciones preventivas de salud, programas comunitarios, etcétera.*

16. *Los conocimientos de la psicología de la salud deberán integrarse a otras áreas de conocimiento, tales como sociología de la medicina, medicina preventiva, salud pública, Antropología de la medicina, etcétera.*

Los médicos y los profesionales de la salud tendrán que adquirir conocimientos conductuales básicos.

17. *Incremento de la investigación y las publicaciones en el campo de la psicología de la salud.*

En el mundo hispanoparlante, los trabajos en este campo aplicado de la psicología se han multiplicado en los últimos años.

18. *Considerar que todo cambio a introducir en el campo de la salud debe tener en cuenta los valores sociales y significados del grupo social que afecte. Es decir, reconocer que la identificación de necesidades implica juicios de valor.*

Las necesidades que identifica el profesional de la salud pueden ser diferentes a las experimentadas o percibidas por los individuos. Es importante, por ejemplo, identificar las creencias de los individuos cuando se quieren modificar comportamientos de riesgo.

19. *Surgimiento de nuevos problemas éticos.*

Estos problemas exigen nuevas soluciones con base en el contexto sociocultural, las pautas y valores de las personas implicadas.

20. *La psicología de la salud ofrece la posibilidad de mejorar el estilo de vida de las personas así como la calidad de la atención hospitalaria y de los servicios públicos, reduciendo los costos de la salud (Moscoso y Oblitas, 1994).*

Para concluir, se puede afirmar que este campo de la psicología aplicada es el que se manifiesta, en la actualidad, como el más promisorio y urgente, en cuanto a la necesidad de responder a las demandas sociales del momento y del futuro próximo.

Capítulo Dos

Comportamiento y salud

Adela Fusté-Escolano

Universidad de Barcelona, España



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 biosociales 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 trascien-

de 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.

Comportamiento, estilos de vida y salud

El término estrés, introducido en el ámbito de la salud por Selye en 1936, es uno de los más utilizados en la actualidad y quizá por ello uno de los que tiene un significado menos preciso, Selye lo utilizó para designar la respuesta general del organismo a un estresor o situación estresante, pero posteriormente se ha utilizado tanto para designar esa respuesta general como para la situación que la desencadena o los efectos de ésta. No obstante, parece haber cierta unanimidad para atribuir al estrés la responsabilidad de una gran cantidad de trastornos psicológicos y fisiológicos. Episodios depresivos, o brotes esquizofrénicos, deterioro del rendimiento laboral, disfunciones sexuales, problemas de sueño, hipertensión, etc. (Labrador, Crespo, Cruzado y Vallejo, 1995). Últimamente se le han atribuido también alteraciones producidas como consecuencia de una afectación del sistema inmune (enfermedades infecciosas, enfermedades autoinmunes, cáncer, etc.) (Cohen y Williamson, 1991) si bien, la naturaleza de tal relación presenta algunas cuestiones que implican la necesidad de mayor volumen de investigación a fin de unificar resultados y poder obtener datos más concluyentes.

Una de las primeras dificultades la encontramos en la definición del concepto de estrés, pues ella determinará la forma de evaluarlo así como los parámetros que se tendrán en cuenta en las investigaciones que se lleven a cabo para determinar la influencia del estrés en diferentes procesos de salud. Así pues, empezaremos por dar un rápido repaso a las diferentes conceptualizaciones y modelos teóricos que coexisten en el ámbito del estrés, para dar paso a la descripción de los mecanismos fisiológicos que se ponen en marcha una vez que se desencadena un proceso estresante.



El estrés. Conceptualización

La definición que pueda darse de estrés varía en función del modelo teórico en que se enmarque tal definición. Actualmente podemos diferenciar básicamente tres enfoques en el estudio del estrés:

En primer lugar puede hablarse de estrés desde un punto de vista ambientalista, como algo externo que provoca una respuesta de tensión. Esto es, nos referimos a tal tipo de estímulos o acontecimientos que se denominan estresores debido a que desencadenan el estrés, que son fuente de éste. Este enfoque engloba a todas aquellas investigaciones que otorgan especial importancia a situaciones que significan cambio y requieren reajustes en la rutina de una persona debido a que son considerados, generalmente, como acontecimientos indeseables (Holmes y Rahe, 1967).

En segundo lugar, encontramos una masa también considerable de investigación que ha hecho hincapié no en el estímulo sino en la respuesta. Tal es el enfoque del que se ha considerado el padre de las investigaciones sobre el estrés, H. Selye, que consideraba el estrés como el resultado no específico de cualquier demanda sobre el cuerpo que tiene un resultado físico o mental. Dicha reacción la dividió en tres fases: reacción de alarma, fase de resistencia y, finalmente, en caso de que el estrés persista, estadio de agotamiento. Selye consideraba las situaciones de estrés como aquellas que requieren ajuste por parte del organismo. La situación puede ser agradable o desagradable, pero lo que es significativo en la situación es la intensidad de exigencia de ajuste de la conducta.

Finalmente, desde un enfoque más interaccionista, ni estresores ni respuestas estresantes existen separadamente, sino que ambos conforman la llamada experiencia del estrés entendida como un proceso interactivo entre situaciones y características del individuo. Dicho enfoque es el defendido por Lazarus y sus colaboradores quienes han subrayado fuertemente la interacción entre los agentes estresores y el sistema humano de valoración y evaluación. Lazarus y Folkman (1986) presentaron una teoría que define el desarrollo del estrés como un proceso de interacción dinámica, en los términos de un paradigma que se puede denominar “modelo transaccional”, porque su punto central lo constituye la naturaleza de los intercambios, o transacciones entre la persona y su entorno y los procesos cognitivos que intervienen en la relación persona-entorno. Así pues, desde este enfoque se entiende el estrés como una relación particular entre el individuo y su entorno, que es evaluado como amenazante y desbordante de sus recursos y que pone en peligro su bienestar (Lazarus y Folkman, 1986, p. 46).

De acuerdo con este modelo, el estrés psicológico es visto como un producto de la manera en que un individuo aprecia (evalúa) y construye una relación con el entorno. En esta relación, las demandas de éste, las apreciaciones cognitivas, los esfuerzos de afrontamiento y las respuestas emocionales están interrelacionadas de manera recíproca de forma que cada una afecta a las otras. El modelo representa una separación de la perspectiva tradicional de estímulo-respuesta que subrayaba un orden singular de los acontecimientos. La concepción de Lazarus sugiere, pues, una visión subjetiva del estrés, esto es, nada es estresante a menos que el individuo lo defina como tal. En este sentido, no hay acontecimientos universalmente estresantes, sino que sólo existen cuando una persona los define como tales.

Activación fisiológica en el estrés

Las situaciones de estrés producirán un aumento general de la activación del organismo. Aunque inicialmente se consideró que la activación fisiológica en condiciones de estrés era genérica e indiferenciada para cualquier estresor, tal como postulaba Selye, actualmente es evidente la especificidad de las respuestas psicofisiológicas. A nivel fisiológico, se pueden distinguir tres ejes de actuación en la respuesta de estrés (Labrador, Crespo, Cruzado y Vallejo, 1995).



Tabla 2.1 Principales efectos de la activación del eje neural

Eje neural
Dilatación pupilar
Secreción salivar escasa y espesa
Sudoración copiosa
Aumento de la tasa cardíaca
Aumento de la contractibilidad del corazón
Aumento de la rapidez del impulso cardíaco en el corazón
Vasoconstricción de los vasos cerebrales y de la piel
Vasodilatación de los vasos de los músculos
Dilatación de los bronquios
Glucogénesis en el hígado
Contracción del bazo
Disminución de la excreción de orina
Aumento del metabolismo basal

Adaptado de Labrador, Crespo, Cruzado y Vallejo, 1995.

1. *Eje neural*: parece activarse de manera inmediata en todos los casos, lo cual provoca una activación simpática así como un incremento en la activación del sistema nervioso somático. Su actuación no suele provocar trastornos psicofisiológicos. Los únicos problemas pueden deberse a un mantenimiento excesivo de la tensión muscular por activación de este sistema. Véase tabla 2.1.
2. *Eje neuroendocrino*: es más lento para activarse y necesita condiciones de estrés sostenidas. Su arranque implica la activación de la médula y de las glándulas suprarrenales, con la consiguiente secreción de catecolaminas (adrenalina y noradrenalina), lo que ayuda a aumentar y mantener la actividad adrenérgica, lo cual produce resultados similares a los generados por la activación simpática aunque con un efecto más lento y duradero. Las consecuencias de la activación de este eje quedan reflejadas en la tabla 2.2.

La activación de este eje se ha asociado a lo que Canon denominó *respuesta de lucha o huida*. Esto es, un eje que se dispara especialmente cuando la persona percibe que puede hacer algo para controlar la situación estresora, sea hacer frente al estresor, escapar o evitarlo. Por tanto, se considera el eje más relacionado con la puesta en marcha de las conductas motoras de afrontamiento, siempre que éstas impliquen algún tipo de actividad.

La activación sostenida de este eje facilita la aparición de problemas cardiovasculares. De ahí la supuesta relación entre el patrón de personalidad tipo A y los trastornos coronarios.

3. *Eje endocrino*. Es el eje que implica mayor actividad hormonal. Por una parte, las conexiones adrenales-hipofisiarias responden mediante la liberación de glucocorticoides (cortisol y corticoesterona), así como de mineralocorticoides (aldosterona y desoxicorticosterona), lo cual facilita la retención de sodio por los riñones y un incremento de los depósitos de glucógeno en el hígado. Una excesiva liberación de estos mineralocorticoides parece facilitar el desarrollo de problemas como hipertensión, síndrome de Cushing o necrosis de miocardio. Véase tabla 2.3.

Por otra parte, este eje implica también la secreción de hormona del crecimiento y de hormonas tiroideas, en especial la tiroxina, cuyo efecto implica un aumento de la tiroxina y,

Tabla 2.2 Principales efectos de la activación del eje neuroendocrino

Eje neuroendocrino
<i>Aumento de</i>
Presión arterial
Aporte sanguíneo al cerebro
Tasa cardíaca
Estimulación de los músculos estriados
Ácidos grasos, triglicéridos y colesterol en sangre
Secreción de opiáceos endógenos
<i>Disminución de</i>
Riego sanguíneo a los riñones
Riego sanguíneo al sistema gastrointestinal
Riego sanguíneo de la piel

Adaptado de Labrador, Crespo, Cruzado y Vallejo, 1995.

Tabla 2.3 Principales efectos de la activación del eje endocrino

Eje endocrino
<i>Aumento de</i>
Producción de glucosa
Irritación gástrica
Producción de urea
Liberación de ácidos grasos en sangre
Producción de cuerpos cetónicos
Azúcar en sangre
Depósitos de glucógeno en el hígado
<i>Disminución de</i>
Eosinófilos en circulación
Fosfatos y calcio en el riñón
Apetito
Mecanismos inmunológicos
<i>Otros efectos</i>
Exacerbación del herpes simplex
Interferencia en la generación de proteínas
Bloqueo de respuesta inflamatoria
Retención de líquidos en el riñón

Adaptado de Labrador, Crespo, Cruzado y Vallejo, 1995.



en consecuencia, desgaste general. Finalmente, la secreción de vasopresina altera el funcionamiento de los riñones y su consiguiente incremento en la retención de líquidos, lo cual puede colaborar al desarrollo de la hipertensión. Por último, la hipófisis anterior también segrega β -lipotropina y β -endorfina conjuntamente con la estimulación de adenocorticotropa (ACTH) por parte del factor liberador de corticotropina.

El disparo de este tercer eje, más lento que los anteriores y de efectos más duraderos, necesita una situación de estrés más sostenida. A diferencia del segundo eje, este tercer eje parece dispararse selectivamente cuando la persona no dispone de estrategias de afrontamiento, es decir, cuando sólo le queda resistir o soportar el estrés. Sus efectos más importantes tienen que ver con la depresión, la indefensión, la pasividad, la no percepción de control, la inmunosupresión y la sintomatología gastrointestinal.

Estilos de vida. Definición

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 pues-



Lista de hábitos de vida que favorecen el desarrollo de un estilo de vida saludable

Saber utilizar la publicidad, el consumo en general
Empleo adecuado de servicios públicos
Cultura física
Respeto a las normas de tránsito
Higiene personal
Utilización racional del agua y de los recursos energéticos
Hábitos de limpieza urbana
Hábitos alimentarios saludables
Hábitos culturales del empleo del ocio/tiempo libre
Reconocimiento de las conductas positivas
Potenciar redes de apoyo social
Tener prácticas sexuales responsables
Buenos hábitos de convivencia
Hábito de escolarización
Hábito de vacunación
Conciencia de que los accidentes se pueden prevenir

Lista de hábitos que dificultan el desarrollo de un estilo de vida saludable

Abuso de drogas
Consumo de tabaco
Consumo de alcohol
Incultura hacia la valoración de especies animales protegidas
Contaminación del aire por el humo del tabaco
Contaminación del aire por las fábricas
Contaminación acústica

Adaptado de Gil Roales (1998), p. 128.

to 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.

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 simpático-adrenal 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 patogénica. En este sentido,

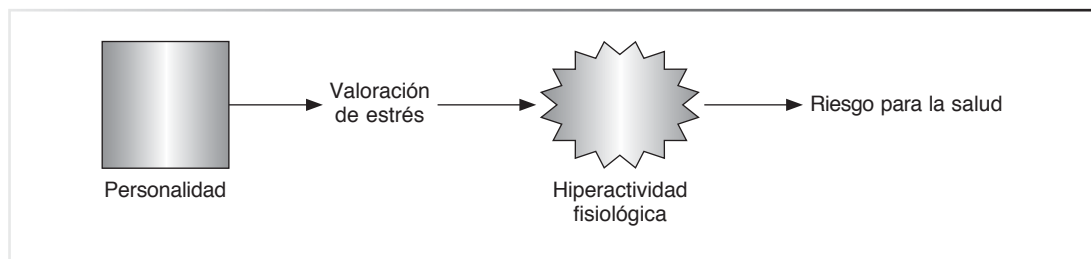


Figura 2.1 Modelo de la hiperactividad inducida por rasgos de personalidad (Adaptado de Suls y Rittenhouse, 1990).



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.

Modelo de la predisposición constitucional

Este modelo, mucho menos estudiado que el anterior, sostiene, básicamente, que las disposiciones de personalidad asociadas con riesgo de enfermedad pueden ser sólo marcadores de alguna debilidad física innata o anomalías orgánicas que aumentan la susceptibilidad a la enfermedad. Asimismo, el estilo de personalidad puede ser por sí mismo inofensivo (desde una perspectiva de la enfermedad física), pues puede servir meramente para indicar la presencia de alguna anomalía suyacente que crea el riesgo de enfermedad. Una representación gráfica de dicho modelo se puede ver en la figura 2.2.

Los postulados de este modelo son, fundamentalmente dos:

1. La disposición de personalidad tiene un fuerte origen constitucional.
2. La predisposición constitucional aumenta la susceptibilidad a los patógenos externos y/o al daño degenerativo de los órganos.

Desde la perspectiva de este modelo podría explicarse, por ejemplo, que el patrón de conducta tipo A es constitucionalmente hiperreactivo según los hallazgos de Krantz y Durel (1983), quienes comprobaron que los sujetos con perfil de personalidad tipo A mostraban mayor reactividad (del sistema nervioso simpático y del sistema adrenomedular), incluso bajo anestesia.

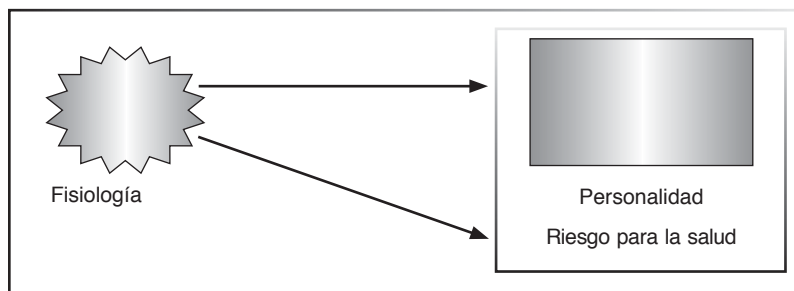
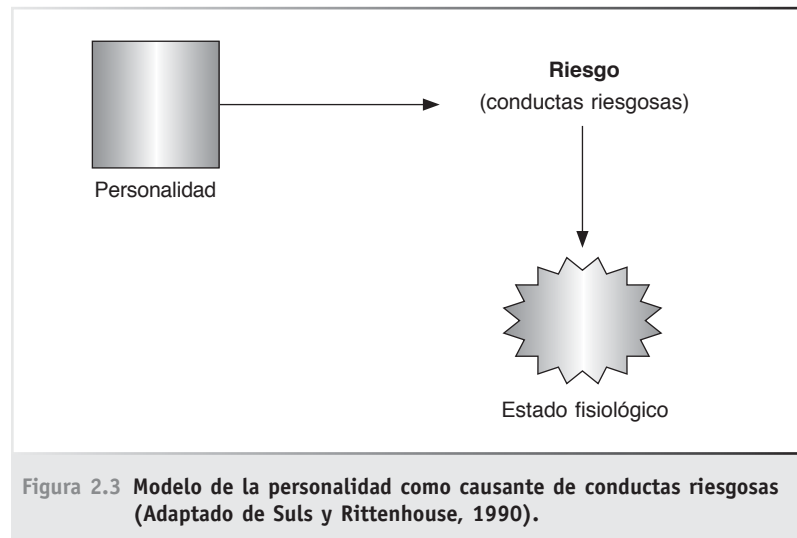


Figura 2.2 Modelo de la predisposición constitucional (Adaptado de Sulz y Rittenhouse, 1990).



Ahora bien, al igual que en el modelo anterior, éste no está exento de problemas. Por una parte, no está claro por qué la personalidad debería ser un marcador de condiciones físicas subyacentes; por otra, saca nuevamente a luz la controversia sobre la heredabilidad de los rasgos.

Personalidad como causante de conductas riesgosas

Este tercer modelo propone que los rasgos de personalidad confieren mayor riesgo de enfermedad pues exponen a los individuos a situaciones y circunstancias riesgosas. En la figura 2.3 presentamos un ejemplo gráfico del modelo.

Los tres modelos no tienen por qué constituir explicaciones individualizadas sino que mantienen efectos bidireccionales y recíprocos. En este sentido, una disposición genética a la infección puede desarrollar un estilo cognitivo pesimista, lo cual, a su vez, puede llevar al individuo a desarrollar conductas de riesgo.

Psiconeuroinmunología como disciplina integradora

Un modelo explicativo de la relación que se establece entre conducta y enfermedad propone una conexión entre la activación fisiológica del individuo y el funcionamiento del sistema inmunitario. En los últimos años ha aumentado el interés por investigar en el campo de la psiconeuroinmunología, disciplina que se encarga de estudiar las relaciones entre conducta, cerebro y sistema inmune. Debido a que se propone como explicación de las relaciones entre psicología y salud, nos parece adecuado detenernos en este punto y analizar sus aportaciones al estudio de la relación entre el comportamiento humano y la salud.

Una historia reciente

La psiconeuroinmunología es una disciplina relativamente reciente. En este sentido cabe señalar, por ejemplo, que en el diccionario *Thesaurus* de la base de datos del Psyclit aparece



como término en 1992. Sin embargo, ya en la antigüedad se había sugerido una relación entre el estado mental y la susceptibilidad a enfermar, tal como expresa la tipología humoral de Hipócrates y Galeno.

Hacia finales del siglo xvii, el médico Papai Pariz Ferenc comentaba: “cuando las partes del cuerpo y sus humores no están en armonía, entonces la mente está desequilibrada y aparece la melancolía; pero, por otra parte, una mente tranquila y feliz hace que todo el cuerpo esté sano” (citado por Solomon, 1993). En el siglo xix, su colega británico J. C. Williams afirmaba que un médico no debe concentrarse exclusivamente en lo mental o en lo orgánico, ya que ambos están siempre en acción y unidos inseparablemente (Solomon, 1993).

Ya en el siglo xx, Ishigami (1918) sostenía que la excitación física en los pacientes tuberculosos inhibe la fagocitosis, y señaló como mecanismo explicativo un dispositivo endocrino: la adrenalina. A principios de los sesenta ya había evidencia empírica de que el estrés afectaba a la susceptibilidad a padecer infecciones virales (Jensen y Rasmussen, 1963). Sin embargo, en opinión de Solomon (1993), la psiconeuroinmunología se inicia en 1926 cuando los investigadores Metalnikov y Chorine, del instituto Pasteur, descubrieron que la intensidad de la inflamación podía modificarse por medio del condicionamiento pavloviano, lo que llevó a considerar a la respuesta inmune como un reflejo defensivo. Estos investigadores asociaron un estímulo neutro (rascado o calentamiento de la piel del cobayo) con una inyección de una suspensión de bacilos. Al cabo de unos 15 días, la aplicación del estímulo neutro desencadenaba la misma inflamación que la inyección de bacterias, aunque de intensidad y duración menores. Sin embargo, pese a este descubrimiento, la psiconeuroinmunología aún era prácticamente desconocida. Lo que llamó la atención de los científicos sobre esta disciplina fueron los trabajos que Ader y Cohen llevaron a cabo en 1975 sobre la posibilidad de aplicar, precisamente, el condicionamiento pavloviano a la respuesta inmune. Estos investigadores estudiaban los efectos de la variación del volumen de ingesta de una solución edulcorada en la adquisición y extinción de una aversión gustatoria condicionada. Para ello, administraron inyecciones intraperitoneales de ciclofosfamida (fármaco que produce molestias gatrointestinales) minutos después de que los roedores ingirieran 1, 5 o 10 ml de solución de sacarina. Como era previsible, la magnitud de la respuesta condicionada y la resistencia a su extinción eran directamente proporcionales al volumen de solución consumida tras una única asociación “sacarina-ciclofosfamida”. Sin embargo, lo realmente interesante de este experimento fue que algunos de los animales condicionados murieron en el transcurso de las pruebas de extinción, en las cuales se administraba una solución edulcorada a los individuos sin inyectarles, en ningún momento, ciclofosfamida. Una vez concluido el experimento, los investigadores se percataron de que la ciclofosfamida, además de sus cualidades aversivas también poseía propiedades inmunosupresoras, lo cual sugirió que durante las pruebas de extinción las ratas habían reaccionado con inmunosupresión condicionada al serles administrada la sacarina. En otra palabras, habían conferido a la sacarina propiedades inmunosupresoras, lo que provocó que los roedores hubieran adquirido vulnerabilidad a los numerosos microorganismos patógenos que se encuentran permanentemente presentes en los laboratorios y que, en circunstancias normales, son eliminados por el sistema inmunitario. Ader y Cohen diseñaron una serie de experimentos con los cuales confirmaron este hallazgo que señalaba una relación íntima y virtualmente no explorada entre el sistema nervioso central y los procesos inmunológicos.



Paralelamente se acumulaba evidencia en favor de una relación entre la mente y la inmunidad, pues empezaba a estudiarse el efecto que el estrés ejercía sobre los procesos inmunológicos, tanto en población animal como humana. En 1965 Solomon y Moos publicaron un trabajo en seres humanos sobre el papel de la personalidad como factor de predisposición a desarrollar la artritis reumatoide, una enfermedad autoinmune. En dicho trabajo tomaron medidas de personalidad y analizaron la presencia o ausencia en la sangre del factor reumatoide en las hermanas sanas de las pacientes artríticas. Los resultados pusieron de manifiesto que las hermanas sanas con factor reumatoide mostraban un perfil que sugería un mejor funcionamiento psicológico, mientras que las hermanas sin factor reumatoide mostraban mayor descompensación emocional. Los autores concluyeron que el mejor ajuste emocional de los familiares con factor reumatoide les protege, de alguna manera, contra la enfermedad. Este trabajo resaltaba una vez más las posibles relaciones entre “lo psicológico” y “lo inmunológico”. Fue precisamente en esta época cuando Solomon y Moos (1964) acuñaron el término psicoinmunología.

A partir de estos trabajos se inició una nueva corriente de elevada productividad científica encaminada a explorar y analizar las relaciones entre aspectos psicológicos y el funcionamiento inmunológico, las cuales deben seguir siendo exploradas, pues aunque actualmente existe una evidencia bastante consolidada sobre la existencia de ellas, los mecanismos a través de los cuales se llevan a cabo no se conocen con exactitud.

Conceptualización del sistema inmunológico.

Generalidades

En el mundo en que vivimos prolifera tal cantidad de agentes infecciosos y de tan variadas formas, tamaños, composición y carácter agresivo, que si no desarrolláramos una serie de mecanismos de defensa tan eficaces e ingeniosos como ellos acabarían por usurpar y devastar todo nuestro organismo. Estos mecanismos de defensa son los que pueden establecer un estado de inmunidad¹ contra la infección, y cuyas operaciones proporcionan la base de esa disciplina llamada **inmunología**.

En términos genéricos, el sistema inmune se concibe como un complejo sistema de respuestas mediante las cuales el cuerpo se defiende de microorganismos invasores o tejidos extraños. Sin embargo, la naturaleza del fenómeno es mucho más compleja.

Hacer una descripción exhaustiva de dicha complejidad es algo que escapa a los objetivos del presente trabajo. El lector interesado específicamente en tales aspectos puede encontrar una completa explicación en los textos de Roitt (1988), Meyer (1985) y Stites *et al.* (1985). Sin embargo, consideramos que para una mejor comprensión de cuanto tratamos de explicar es necesario entender la función básica del sistema inmune. Por ello, en este apartado intentaremos definir, de forma concisa y clara, algunos elementos de este complejo sistema a fin de comprender mejor su funcionamiento.

En primer lugar hablamos de los antígenos, elementos que pueden definirse como moléculas que, introducidas en el organismo, inducen una respuesta inmunitaria, es decir, desencadenan un proceso biológico complejo en el que interviene la proliferación de células linfoides productoras de moléculas de reconocimiento (anticuerpos o receptores celulares) que tienen la propiedad de combinarse específicamente con el antígeno inductor.

Algunas moléculas, llamadas **haptenos**, reaccionan bien con los anticuerpos pero son incapaces de provocar por sí mismas su producción. Para lograrlo deben unirse a un portador (o carrier).

¹ Del latín “*Immunitas*”: libre de.



Los antígenos pueden ser sustancias tan diversas como proteínas, polisacáridos, o ácidos nucleicos. Su peso molecular varía desde varios millones de daltons a menos de mil daltons.

Según su origen se distinguen cuatro tipos de antígenos:

1. Los haptenos, activos únicamente cuando se unen a un portador.
2. Los antígenos naturales, se encuentran en la naturaleza y en los tejidos animales.
3. Los antígenos artificiales obtenidos por modificación química de antígenos naturales.
4. Los antígenos sintéticos, producidos artificialmente.

Tipos de respuesta inmune

El organismo ha desarrollado dos formas de reaccionar a los antígenos:

1. Inmunidad innata o inespecífica: constituye la primera barrera de defensa.
2. Inmunidad específica o adaptativa: constituye un sistema complejo y elaborado constituido por células con receptores específicos capaces de reconocer el universo de agentes extraños que rodean nuestro organismo.

En función de las células que participan en esta última forma de defensa pueden distinguirse dos tipos de respuesta inmunitaria específica:

- a) Inmunidad humoral mediada por moléculas específicas para el antígeno, los llamados anticuerpos, producidos, a veces, lejos del lugar donde actúan, los cuales intervienen, por ejemplo, combinándose directamente con toxinas bacterianas y neutralizándolas, recubriendo a las bacterias y promoviendo su fagocitosis, etcétera.
- b) Inmunidad celular mediada por células que, específicamente sensibilizadas, se acumulan en el tejido implicado en la reacción y liberan a nivel local mediadores farmacológicamente activos.

La inmunidad innata o inespecífica está constituida por las llamadas barreras naturales: la piel, la conjuntiva de los ojos y las membranas mucosas que tapizan los tractos respiratorio, digestivo y genitourinario. Cada una de estas superficies mantiene la esterilidad de los tejidos que recubren mediante diferentes mecanismos de tal manera que, para que se produzca una infección, los microorganismos deben atravesar esta barrera.

La piel está lubricada y humidificada por la secreción de las glándulas sudoríparas y sebáceas las cuales contienen ácidos grasos que inhiben el crecimiento bacteriano. Esta barrera sólo es superada en caso de quemaduras, cortes o heridas. Los microorganismos que atraviesan la piel encuentran por debajo de ella otras poderosas defensas que pierden su eficacia en el momento en que se produce agresión o abrasión de los tejidos. Este tipo de agresión interfiere en la circulación vascular y linfática local y produce, por ejemplo, las llamadas úlceras de decúbito comunes en los pacientes obligados a permanecer durante estancias prolongadas en cama. En estos casos, microorganismos normalmente inofensivos son capaces de producir infecciones.

Las membranas mucosas de la boca, faringe, esófago y tracto urinario inferior están constituidas por varias capas de células epiteliales, a diferencia de las que recubren el tracto respiratorio inferior, el tracto gastrointestinal y el tracto urinario superior que están formadas por una delgada capa de células epiteliales con funciones especializadas. Muchas membranas mucosas están protegidas por una capa de moco que desarrolla una función protectora.

El **moco** es una estructura de tipo gelatinoso constituida por subunidades de glucoproteínas que atrapan las partículas y les impide que se acerquen a la membrana mucosa. Por sus características, es fácilmente desplazado por los cilios del epitelio hacia el exterior, lo cual lo señala como una formidable fuente de limpieza de las mucosas.



Respecto del tipo de células que intervienen, aunque básicamente son los linfocitos y macrófagos los responsables de las clásicas respuestas inmunes (Borysenko, 1987), existen numerosos tipos de células que actúan en las distintas reacciones inmunitarias.

Entre los elementos que componen la inmunidad innata, los fagocitos constituyen la defensa más importante contra los microorganismos (Fainboim y Satz, 1994). Esta respuesta implica la presencia de distintas células: los **neutrófilos**, también llamados **leucocitos polimorfonucleares**, se originan en la médula ósea y pasan a la sangre por la que circulan durante aproximadamente seis horas para luego desaparecer en la red capilar. Los neutrófilos son células con gran poder fagocitario, de ahí su importancia en la defensa contra bacterias. Los **eosinófilos** son células también llamadas **leucocitos eosinófilos** que comparten con los neutrófilos la función de fagocitar y destruir los microorganismos. Sus gránulos contienen proteínas catiónicas, así como enzimas con capacidad de destruir ciertos parásitos. El hecho de aumentar su presencia en la circulación durante infecciones parasitarias hace pensar en una especialización de estas células en inmunidad antiparasitaria. Los **basófilos** constituyen 0.2% de los leucocitos y se caracterizan por poseer gránulos de color azul violeta intensos en las tinciones convencionales. Los mastocitos son otro tipo de células comúnmente encontradas en los tejidos conectivos. Su morfología y funciones son parecidas a la de los basófilos, si bien no se ha podido establecer si pertenecen al mismo linaje celular. Los gránulos de los basófilos y mastocitos contienen histamina y otros mediadores que son liberados por estímulos que inducen su desgranulación (por ejemplo alérgenos). Ambas células están implicadas en el aumento de la permeabilidad vascular durante la inflamación. Las células NK, agresoras naturales, o “natural killer” (NK), son células mononucleadas capaces de destruir a otras que han sido infectadas por virus o han sufrido transformaciones neoplásicas. Esta capacidad pueden manifestarla *in vitro* sin inmunización previa y sin intervención de anticuerpos. Por su poca capacidad de discriminación, y porque aparentemente no requieren una respuesta adaptativa, se les considera parte de la inmunidad inespecífica. Existe una gran heterogeneidad en esta población. Diferentes clones pueden exhibir un comportamiento citotóxico distinto. Su origen también es incierto, aunque se relacionan con algún tipo de células T inmaduras. Por lo que respecta a su probable papel *in vivo*, serían la primera línea de defensa citotóxica antiviral hasta la aparición de los linfocitos T citotóxicos. Una de las pocas situaciones infecciosas en las que se ha demostrado un número importante de células NK es la reacción de injerto contra huésped, enfermedad originada por los linfocitos de un donante de trasplante que reaccionan y atacan los tejidos del huésped. Los monocitos y macrófagos ocupan un lugar importante en el desencadenamiento de las respuestas inmunitarias y en la eliminación del antígeno. Los monocitos se convierten en macrófagos una vez que abandonan la médula ósea y pasan a residir en los tejidos, donde constituyen los macrófagos tisulares. Es por ello que los nombres que se designan ambos tipos de células son utilizados a menudo como sinónimos.

El **macrófago** es una célula altamente versátil con una amplia gama de funciones que abarcan desde la fagocitosis hasta aspectos específicos de la inmunidad. La fagocitosis de los macrófagos es similar a la de los neutrófilos, si bien aquéllos difieren de éstos en su capacidad de seguir madurando fuera de la médula ósea, y en que bajo la influencia de ciertos estímulos pueden “activarse”, momento en el cual tienen la capacidad de fagocitar de forma intensa, tomar más oxígeno y liberar grandes cantidades de enzimas hidrolíticas.

Si bien macrófagos y neutrófilos forman parte de la inmunidad innata por su capacidad fagocítica, sólo los primeros juegan un papel muy importante tanto en la respuesta humoral como en la mediada por células. Asimismo, están implicados en la inmunidad antitumoral.

Una de las reacciones importantes en este tipo de inmunidad es la de inflamación. Una vez que los microorganismos consiguen atravesar las barreras naturales, y mientras se produce la respuesta inmune, deben enfrentarse con la inflamación o respuesta inflamatoria, la cual es constitutiva, ya que no requiere un contacto previo con el microorganismo para accionarse.



La inflamación es el conjunto de cambios que se producen en un tejido como respuesta a una agresión. Este complejo proceso que implica la acción de muchos componentes puede ser originado por factores endógenos (necrosis tisular o rotura ósea) o exógenos, como por ejemplo provocadas por agentes mecánicos (corte, por ej.), físicos (quemaduras), químicos (corrosivos), biológicos (microorganismos) e inmunológicos (reacciones de hipersensibilidad) (Celada, 1994).

Los cuatro signos característicos de la inflamación, descritos en la antigüedad por Paracelso, son rubor (coloración roja), tumor (hinchazón), calor y dolor. Posteriormente, Galeno añadió un quinto signo: pérdida de función. La coloración y el calor se deben a un aumento del flujo sanguíneo en el área traumática y a la constricción de las vénulas. Debido al incremento de la adhesividad que se produce en las células endoteliales, los neutrófilos y monocitos se acumulan en la pared endotelial inflamada. Estas células cruzan la pared capilar y se mueven guiadas por mediadores químicos hacia el lugar de la lesión. La liberación de dichos mediadores aumenta la permeabilidad capilar, debido a lo cual los líquidos y las células sanguíneas pasan al espacio extravascular y provocan hinchazón y aumento de presión local por compresión mecánica de los nervios, lo cual origina el dolor. Como consecuencia de la inflamación se produce un descenso del pH en el lugar de la agresión, con efectos antimicrobianos.

La evolución de esta respuesta inflamatoria depende de la extensión del daño ocasionado por el microorganismo infectante o por la propia respuesta inflamatoria. Estos cambios corresponden a la etapa de inflamación aguda, la cual se inicia rápidamente y puede durar días o incluso algunas semanas. Si esta inflamación no soluciona el problema, puede cambiar de carácter y permanecer durante semanas, meses o incluso años, convirtiéndose en una inflamación crónica.

Hasta ahora hemos descrito las células que intervienen y predominan en la inmunidad innata o inespecífica, pero existen otros tipos de células que intervienen en la respuesta inmunitaria específica caracterizada por su especificidad y memoria, lo que permite a un organismo adquirir inmunidad, esto es, que ante una segunda exposición al mismo agente invasor produzca una respuesta inmune más rápida y más intensa. Las células implicadas en esta inmunidad específica son los linfocitos.

Al igual que en la inmunidad innata, aquí también intervienen varios tipos de células, las más importantes las describiremos a continuación. Los linfocitos se originan en un precursor común en la médula ósea. Existen dos poblaciones diferentes que, a su vez, comprenden múltiples subcategorías. Corresponden a dos linajes diferentes, si bien son morfológicamente indistinguibles. Estos dos tipos de linfocitos son:

1. Los linfocitos B, dependientes de la bolsa de Fabricio en las aves, son los productores de anticuerpos. No se ha determinado claramente cuál es el equivalente de la bolsa de Fabricio en el hombre y en otros mamíferos, pero experimentos con cultivos *in vitro* de médula ósea y de hígado fetal sugieren que probablemente es el mismo tejido hemopoyético que constituye un entorno apropiado para la maduración de las células B a partir de las células madre precursoras (Roitt, 1988). Así son exportados a los órganos linfáticos secundarios como linfocitos B vírgenes (previos al encuentro con el antígeno).



2. Los linfocitos T migran de la médula ósea hacia el timo donde completan su maduración. Los linfocitos T maduros son exportados luego a los órganos linfáticos secundarios, donde ocuparán las denominadas áreas timodependientes.

Ambos tipos de células, al ser estimuladas apropiadamente por un antígeno, proliferan y sufren cambios morfológicos. Los linfocitos B dan lugar a las células plasmáticas, las cuales sintetizan y segregan anticuerpos que pasan a la circulación y pueden cumplir su función a distancia de la célula productora. La célula plasmática se origina a partir de un linfocito B. Debido a que los anticuerpos tienen la propiedad de interactuar con los antígenos en los espacios extracelulares, se supuso que estos linfocitos son responsables de la inmunidad humoral.

Los linfocitos T, por el contrario, se transforman en linfoblastos que, a su vez, sintetizan sus propios componentes (linfocinas). Las funciones efectoras de los linfocitos T tienen lugar, en general, por contacto célula a célula, por lo que se denominó inmunidad celular a la mediada por éstos.

Los anticuerpos o inmunoglobulinas, son aquellas sustancias presentes en el plasma y líquidos intersticiales cuya producción es provocada por la administración de antígenos (o de haptenos unidos a un portador), y que son capaces de ligarse específicamente con este antígeno o hapteno. En general, son glucoproteínas compuestas de 82-96% de polipéptidos y de 4-18% de carbohidratos. El componente polipeptídico posee casi todas las propiedades biológicas asociadas con las moléculas de los anticuerpos. Existen cinco clases de inmunoglobulinas, a saber: IgG, IgA, IgM, IgD e IgE. La función esencial de los anticuerpos es activar mecanismos efectores que permitan la eliminación del antígeno del organismo. Su unión con una toxina bacteriana puede neutralizar su actividad biológica pues bloquea sus sitios activos, así como la unión a una partícula vírica puede neutralizar su actividad infecciosa impidiendo su interacción con las células que infecta. Sin embargo, la eliminación del antígeno del organismo depende de otras funciones efectoras que poseen los anticuerpos.

Una vez visto los tipos de células que intervienen, explicaremos otro concepto importante dentro de este tipo de inmunidad: Respuesta primaria y secundaria.

La respuesta primaria es la reacción observada tras la primera inyección de un antígeno. Existe una fase de latencia entre la administración del antígeno y la aparición de niveles detectables de anticuerpo en el suero. Después sigue una fase de crecimiento exponencial de los títulos de anticuerpo, con su posterior disminución. La secuencia de aparición de anticuerpos es la siguiente: primero aparece la IgM y posteriormente las otras clases. No obstante, algunos antígenos sólo inducen la formación de IgM. En este punto, cabe señalar que en el suero de animales normales, y con independencia de toda inmunización deliberada, existen anticuerpos (generalmente IgM) contra numerosos antígenos. Son los llamados anticuerpos naturales.

La respuesta secundaria es la reacción observada tras una inyección de recuerdo que provoca una elevación rápida de los niveles de anticuerpo (preferentemente IgG), cuyo pico es más elevado y más precoz que el de la respuesta primaria. El periodo de latencia es aproximadamente dos veces más corto y la dosis mínima de antígeno que permite obtener una respuesta significativa es más baja.

Una característica fundamental de la inmunidad específica es lo que se conoce con el nombre de **memoria inmunológica**, esto es, la capacidad de una célula del sistema inmune para reaccionar frente a un antígeno con una respuesta de tipo secundario después de una primera exposición. Aunque hayamos superado con éxito el enfrentamiento contra un agente infeccioso, ese microorganismo no desaparece del ambiente y por tanto podemos volver a enfrentarnos a él. Por ello, es comprensible que los mecanismos inmunológicos implicados en el primer contacto con ese antígeno dejaran algún sistema de memoria que fuera capaz de responder con mayor rapidez y magnitud ante una posterior exposición.

De hecho, así es: raramente sufrimos dos veces enfermedades tales como sarampión, varicela, tos ferina, etc. Y es que el primer contacto imprime claramente algún tipo de infor-



mación, produce alguna memoria de forma que el organismo se encuentra eficazmente preparado para rechazar una invasión posterior por ese antígeno y se establece un estado de inmunidad. La respuesta es máxima cuando el segundo estímulo se aplica, en general, una vez que ha pasado la respuesta primaria. Sin embargo, la memoria inmunológica persiste durante mucho tiempo, incluso cuando la concentración sérica de anticuerpo ha llegado a ser muy baja o nula. En el ratón, por ejemplo, esta memoria es de varios meses, mientras que en el hombre puede llegar a ser de varios años.

Regulación genética de la respuesta inmune

No es nueva la idea según la cual la reactividad inmunitaria depende de factores hereditarios. Los estudios en este sentido han demostrado que, a pesar de la complejidad de los fenómenos inmunitarios y del gran número de antígenos contra los que pueden desarrollarse respuestas específicas, la regulación genética de la capacidad para formar anticuerpos contra antígenos sintéticos de estructura simple se rige por reglas relativamente sencillas (Meyer, 1985).

Existe una región genética en los vertebrados superiores que controla la síntesis de los antígenos que provocan un intenso rechazo inmunitario (Roitt, 1988). Esta región se denomina *complejo principal de histocompatibilidad*.

Son, precisamente, ciertos genes ligados a este complejo en el mismo cromosoma (los llamados genes Ir o genes de la respuesta inmune) los que determinan las respuestas de anticuerpos a ciertos antígenos de estructura sencilla.

Con base en ello, los animales que posean uno de estos genes responden enérgicamente al antígeno correspondiente mediante la producción de anticuerpos y el desarrollo de una hipersensibilidad tardía. Por el contrario, los animales que no poseen este gen no desarrollan reacción celular alguna y, por tanto, serán total o parcialmente incapaces de producir anticuerpos contra el antígeno.

Por otra parte, Biozzi en sus estudios realizados en 1970 viene a corroborar el hecho de que la síntesis de anticuerpos está regulada por un sistema poligénico, y sólo algunos de los genes están asociados con el complejo principal de histocompatibilidad (Biozzi *et al.*, 1980).

Sistemas psicofisiológicos implicados en el complejo psiconeuroinmunológico

Ya antes de que Solomon y Moos acuñaran el término *psicoimmunología* en 1964 (Solomon y Moos, 1964), Metalnikov en 1934 señaló la estrecha relación que podía existir entre el sistema inmune y el resto de sistemas del organismo, tal como se aprecia en las siguientes líneas:

La inmunidad presenta un problema no sólo biológico y fisicoquímico sino también psicológico. En general, no tenemos suficientemente en cuenta el papel que desempeña el sistema nervioso ni tampoco el de la acción psíquica sobre la vida del organismo. Y, a pesar de ello, es incontestable que el debilitamiento de las fuerzas psíquicas no sólo es consecuencia, sino también la causa de diversas afecciones. Es lamentable que, en este aspecto, el estudio del organismo se encuentre tan atrasado. El papel de las fuerzas psíquicas y su influencia sobre la vida del cuerpo son muy grandes, incomparablemente más grandes de lo que se piensa. Todos los órganos: el corazón, los pulmones, los intestinos, las glándulas de secreción interna, se encuentran estrechamente unidos al sistema nervioso. Ésta es la razón de que el estado psíquico del paciente, en todas las enfermedades, tenga tanta importancia. Conociendo todo esto, debemos comprender que en la lucha contra las enfermedades, es tan necesario actuar sobre el psiquismo como prescribir medicaciones. (Metalnikov, S. 1934, tomado de Bayés, 1994.)

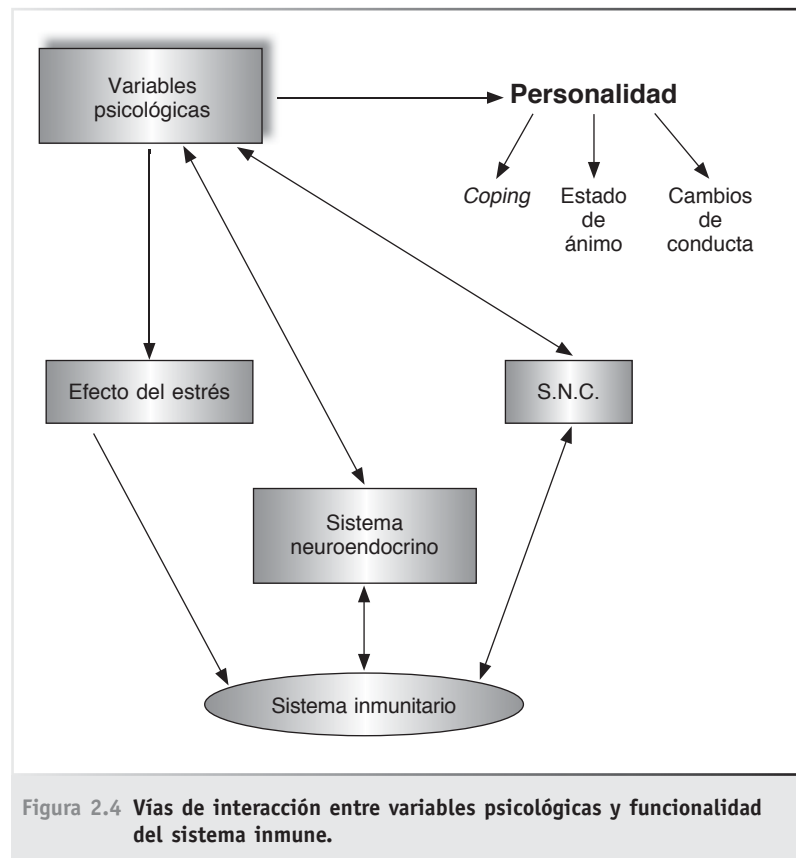
De hecho, la idea básica defendida por la psiconeuroinmunología es que determinadas variables psicológicas pueden ejercer una influencia determinante sobre el sistema inmune (Ader, Felten y Cohen, 1991; Cohen y Herbert, 1996; Bayés, 1991, 1994).

La forma en que tales variables psicológicas, que nosotros entendemos constituyen la personalidad del individuo, influyen en el funcionamiento inmunológico, lo ilustramos en la figura 2.4.

Existen básicamente, tres vías distintas (Vidal y Tous, 1990) por las cuales se puede intuir una relación entre diferentes tipos de personalidad y respuesta inmunológica: 1) por la interrelación entre el sistema neuroendocrino y el sistema inmunológico; 2) por la interrelación entre el sistema nervioso central y el sistema inmune, y 3) por medio de la percepción de situaciones y estímulos estresantes en la que las características cognitivas ligadas a la personalidad del individuo tiene un papel importante.

Relación entre el sistema neuroendocrino y la respuesta inmune

En fechas relativamente recientes se han descubierto vías anatómicas que relacionan al sistema inmune con el resto del organismo. Por el contrario, han sido claramente establecidas las relaciones entre el sistema inmune y el sistema neuroendocrino (Basedovsky, Sorkin, Felix y Haas, 1977; Munck y Guyre, 1991; Reichlin, 1993), lo cual constituye un primer mecanismo que nos permite presuponer una vía de interacción entre distintos patrones de conducta y respuesta inmune.



Una de las primeras evidencias de que la hipófisis, como órgano central de la actividad neuroendocrina del organismo, ejercía efectos inmunorreguladores proviene de los experimentos realizados en el campo animal, concretamente con ratones Snell-Bagg. Dichos animales presentan hipopituitarismo y además de padecer deficiencias metabólicas sufren una capacidad de producción de anticuerpos disminuida con respecto a la de los ratones normales, por lo que se pensó en un efecto permisivo de la pituitaria para la respuesta inmune (Baroni, Fabris y Bertoli, 1969). Este efecto inmunopermisivo fue estudiado posteriormente mediante la hipofisectomía en el ratón adulto. Sin embargo, los resultados obtenidos respecto al efecto sobre la respuesta inmune no son sólidos.

Los efectos de la hipofisectomía sobre la inmunidad celular han sido más sólidos: si ésta se practica sobre el animal joven, la reacción de sensibilidad de contacto al 2,4-dinitro-1-clorobenceno se ve disminuida, mientras que si se practica sobre el animal viejo, la respuesta inmune se potencia (Berczi y Nagy, 1991).

El estudio de las relaciones entre los sistemas inmune y neuroendocrino también se ha centrado en el análisis del papel que las distintas hormonas y péptidos tienen sobre el primero de ellos. Así, por ejemplo, se ha comprobado que la hormona del crecimiento es necesaria para que tenga lugar, *in vivo*, una respuesta inmune normal o lo que es lo mismo, la somatotropina es una hormona inmunopermisiva (Kelley, 1991). Asimismo, la prolactina, cuyo parecido estructural y funcional con la hormona del crecimiento es elevado, también presenta una función estimulante de la respuesta inmune. Concretamente, se demostró que la secreción de prolactina por bromocriptina (agonista dopaminérgico que actúa sobre los receptores dopamin-2) disminuyó la resistencia del ratón a la infección con el parásito intracelular *Listeria monocytogenes* y la proliferación del linfocito T inducida por mitógenos (Bernton, Bryant y Holaday, 1991).

El efecto que las restantes hormonas hipofisarias así como de algunos péptidos tienen sobre la función inmune puede verse resumido en la tabla 2.4 y su estudio ha contribuido a esclarecer las vías de interacción entre los sistemas endocrino e inmune.

Sin embargo, la actividad del sistema endocrino tampoco actúa al margen del efecto del sistema inmune. En este sentido, por ejemplo, se demostró que al tiempo de la máxima producción de anticuerpos tenían lugar cambios en los niveles sanguíneos de ciertas hormonas: se producía un incremento del nivel de corticosterona y un descenso del nivel de tiroxina, el cual regresaba a sus índices normales cuando se extinguía la respuesta inmune (Besedovsky y Sorkin, 1977). Por ello, actualmente, se defiende una influencia bidireccional entre ambos sistemas.

Relación entre el sistema nervioso central y la respuesta inmune

La relación entre el sistema nervioso central y el sistema inmune se ha evidenciado desde varios campos de investigación: 1) estudiando el efecto que algunas lesiones cerebrales tienen sobre la respuesta inmune, 2) analizando el papel que juegan el efecto de algunos neurotransmisores sobre dicha respuesta y 3) por uno de los hallazgos más importantes que ha habido en la psicoimmunología, esto es, el condicionamiento de la respuesta inmune. Revisemos ahora, las conclusiones más relevantes que se han encontrado en cada uno de los ámbitos de investigación mencionados.

Por lo que respecta al efecto que las lesiones cerebrales tienen en la respuesta inmune, se ha podido comprobar que cuando se producen sobre distintas áreas de una misma estructura anatómica, la afectan de manera distinta. Así, se cree que el hipotálamo anterior activa la respuesta inmune debido a que lesiones en esta área producen una disminución del número de timocitos así como de la proliferación del linfocito T inducida por el mitógeno concavalina A, de la actividad de las células NK y de la respuesta de anticuerpos (Cross, Markes-



Tabla 2.4. Efectos inmunorreguladores de diversas hormonas y péptidos*

Hormona o péptido	Función inmune afectada
Inhibidora	
Glucocorticoides	Síntesis de linfocinas, inflamación
Corticotropina	Activación de macrófagos, síntesis de IgG e Interferón
Gonadotropina coriónica	Actividad de las células T y NK
α -Endorfina	Síntesis de IgG, proliferación de células T
Somatostatina	Proliferación de células T, proceso inflamatorio
Péptido intestinal vasoactivo	Proliferación y migración de células T
Hormona estimulante del Melanocito	Fiebre, síntesis de prostaglandinas, secreción de interleuquina-2
Estimulante	
Estrógenos	Proliferación y secreción de linfocitos
Hormona del crecimiento	Crecimiento tímico, reactividad de los linfocitos
Prolactina	Actividad tímica, proliferación de los linfocitos
Tirotropina	Síntesis de IgG
β -Endorfina	Actividad de las células T, B y NK
Sustancia P	Proliferación de las células T y macrófagos, proceso inflamatorio.
Hormona precursora de la corticotropina	Proliferación y activación de linfocitos y monocitos

* Tomado de Reichlin (1993).

bery, Brooks y Roszman, 1980; Stein, Schleifer y Keller, 1981). Contrariamente, el efecto del hipotálamo medio o posterior sobre la respuesta inmune no está sólidamente establecido ya que lesiones en estas áreas han producido efectos variables sobre dicha respuesta.

Respecto del sistema límbico, si bien existe cierta evidencia de que las lesiones en la amígdala y en el hipocampo pueden no afectar la respuesta inmune (Felten, Cohen, Ader, Felten, Carlson y Roszman, 1991), también hay pruebas de que las lesiones en estas áreas pueden potenciar la respuesta inmune y provocan un aumento del número de esplenocitos y timocitos, a la vez que potencian la proliferación del linfocito T inducida por el mitógeno concavalina A, por lo que algunos autores consideran que la amígdala y el hipocampo tienen un efecto depresor sobre la respuesta inmune (Cross, Brooks, Roszman y Markesbery, 1982).

Otra de las estructuras estudiadas con relación al sistema inmune ha sido la formación reticular, la cual produce efectos distintos en función de la zona que se estimule. Así, las lesiones en la región caudal de ella provocan una reducción de la respuesta inflamatoria en la reacción de hipersensibilidad retardada, debido a lo que se dedujo que activaba la respuesta inmune (Masek, Kadlecova y Petrovicky, 1983). Sin embargo, existen también trabajos que demuestran que lesiones en la región rostral aumentan la respuesta inmune en la reacción de hipersensibilidad retardada, por lo cual se argumenta que la estructura mencionada tiene una función inhibitoria sobre la respuesta inmune (Jankovic e Isakovic, 1973).

Finalmente, el efecto del cortex depende del hemisferio que se estimule. Así, se cree que la activación del hemisferio izquierdo incrementa la inmunidad celular ya que los experimentos con ratones demostraron que cuando se lesiona dicho hemisferio se provoca un descenso del número de linfocitos T, una disminución de la respuesta del linfocito T a antígenos



y una reducción de la actividad de las NK; por el contrario, el hemisferio derecho parece tener una función inhibitoria sobre la inmunidad celular ya que las lesiones en él producen un incremento del número de linfocitos T y de su respuesta a antígenos (Neveu, 1992).

El segundo gran grupo de investigaciones que aporta evidencia sobre las relaciones entre el sistema nervioso central y el sistema inmune lo constituye el trabajo con neurotransmisores, cuyos resultados acerca de la dirección que debe tomar la relación entre éstos y el sistema inmune son poco convincentes. En este sentido se ha demostrado que las catecolaminas (dopamina y noradrenalina) tienen efectos variables sobre la respuesta inmune en función de la zona del sistema nervioso que se tome en cuenta. Así, por ejemplo, la depleción de catecolaminas centrales por medio de la administración de 6OHDA (6-hidroxi-dopamina) produjo efectos variables sobre la respuesta en anticuerpos disminuyéndola (Cross, Jackson, Brooks, Markesbery y Roszman, 1986) o no afectándola (Vidal, 1990).

El papel de la serotonina sobre la respuesta inmune parece presentar resultados más sólidos, que señalan su papel depresor sobre la respuesta en anticuerpos (Vidal, 1989) mediante un mecanismo periférico. Sin embargo, también existen divergencias sobre la acción central de dicho compuesto sobre la respuesta inmunitaria.

Relación entre el sistema neuroendocrino, sistema nervioso, variables de personalidad y respuesta inmune

Dentro del emergente campo de la psiconeuroinmunología, varias son las investigaciones que ponen de manifiesto la influencia de factores psicosociales sobre la respuesta del sistema inmunológico (Ader, Felten y Cohen, 1991). Uno de los más estudiados ha sido el estrés (véase para una revisión Ader y Cohen, 1993; Cohen y Williamson, 1991; y Borrás, 1995), el cual, asociado con la secreción de diversas hormonas tales como los glucocorticoides (cortisol y corticoesterona) cuyos efectos inmunosupresores han sido ampliamente demostrados (Munck y Guyre, 1991), se supone tiene un efecto depresor sobre el sistema inmunológico. De hecho, la literatura nos ofrece trabajos en los que se constata dicho efecto a pesar de utilizar diferentes tipos de situación estresante. Así, encontramos trabajos que se centran en el estrés provocado por situaciones de pérdida (Pettingale, Hussein, Inayat, Tee, 1994), circunstancias laborales (Vaernes, Myhre, Aas, Hommes, Hansen y Tonder, 1991), conflictos interpersonales (Kiecolt-Glaser, 1999), problemas clínicamente amenazantes (Borrás, Bayés y Casas, 1993), situaciones académicas (Glaser, Pearson, Bonneau, Esterling, Atkinson y Kiecolt-Glaser 1991), e incluso por estrés inducido experimentalmente en situaciones de laboratorio (Herbert, Cohen, Marsland, Bachen, Rabin *et al.*, 1994). Ahora bien, la revisión de la literatura también pone de manifiesto resultados poco coherentes acerca de la dirección que seguirá esta relación, si bien lo que parece comprobado es que ante diversas situaciones estresantes parece presentarse una alteración de la función inmunológica. Uno de los argumentos que se propusieron en un principio para explicar esta falta de homogeneidad en los resultados fue la diferencia del tipo de estrés estudiado: estrés agudo *vs.* estrés crónico (Vassend y Halvorsen, 1987). Sin embargo, dicho argumento parece hoy superado pues en ambos tipos de condiciones estresantes encontramos resultados discordantes. Así, mientras Herbert y Cohen (1993) sugieren que el estrés agudo implica una inmunosupresión, Naliboff, Solomon, Gilmore, Fahey, Benton y Pine (1995) detectaron diferencias en el comportamiento de distintos parámetros del sistema inmune en una situación de estrés agudo. Más recientemente, Benschop, Jabaaij, Oostveen, Vingerhoets y Baillieux (1998) no encontraron diferencias entre niveles de estrés y títulos de anticuerpos contra el virus Epstein-Barr. Por su parte, numerosos trabajos sobre el estrés crónico sostienen con cierta solidez la idea de que personas sometidas a acontecimientos vitales estresantes clasificables como crónicos (cuidado de enfermos crónicos, situaciones de duelo, paro laboral) presentan un estado de inmunodeficiencia (véase Borrás, 1995 para una revisión). Sin embargo, también existen trabajos metodológicamente correctos cuyos resultados no se ajustan a esta idea y presentan datos contrarios que mues-



tran que el estrés crónico potencia la respuesta inmune o bien no tiene efecto sobre ella (Stein, Keller y Schleifer, 1985; Vingerhoets, Jeninga, Jabaaij, Ratliff-Crain, Moleman y Menges, 1990; Lindstrom, 1997). Parámetros tales como la duración, la intensidad, y el tiempo que transcurre desde el acontecimiento estresante hasta la medida de la inmunidad pueden ser posibles aspectos a tener en cuenta en la explicación de las razones de estos resultados discordantes (Herbert y Cohen, 1993).

Por otra parte, uno de los argumentos que está cobrando importancia en los últimos años es el papel de las diferencias individuales en la relación estrés-sistema inmunitario, las cuales deben ser entendidas como las características idiosincráticas de un individuo que definen sus patrones afectivos, cognitivos y conductuales. Ya en 1984, Jemmott y Locke sugirieron la idea de valorar dichas características en las investigaciones sobre psicoinmunología (Jemmott y Locke, 1984). Sin embargo, es en fechas recientes que se pone de manifiesto con mayor peso la necesidad de analizar el papel que juegan las diferencias individuales en la psiconeuroinmunología (Benschop, Jabaaij, Oostveen, Vingerhoets y Baillieux 1998) y más aún como herramienta para entender mejor las relaciones entre estrés, conducta y respuesta inmunológica, pues algunos autores aluden a estas diferencias individuales como posible explicación del escaso efecto de algunos estresores sobre la respuesta inmune (Kwang, Han, Byung, Seok, Chul, Sik, Yeon, Woo, Hong y San, 1998; Kemeny y Laudenslager, 1999). Estas diferencias individuales se ponen de manifiesto en la percepción de un estresor particular y en la naturaleza de la respuesta que los individuos dan a una misma experiencia estresante. Así, por ejemplo, el duelo es una experiencia altamente estresante que ha sido asociada con cambios en la actividad en las células *natural killer*, en la respuesta proliferativa y en otros procesos inmunológicos (O'Leary, 1990). Sin embargo, sujetos que responden a esta situación de pérdida con depresión muestran alteraciones neurohormonales e inmunológicas diferentes a aquellos que no lo hacen (Irwin, Daniels, Bloom y Weiner, 1986). Más aún, se han descubierto distintos correlatos fisiológicos en sujetos que responden a dicha situación con respuestas negativas diferentes (Kemeny y Dean, 1995).

Parece claro que la personalidad puede jugar un papel importante en la caracterización de las respuestas psicológicas ante las distintas situaciones a las que se enfrentan. Así, desde el punto de vista de los modelos biológicos de personalidad (Eysenck, Gray) la respuesta ante una determinada situación amenazante estará determinada por el grado de labilidad emocional del sujeto (nivel de neuroticismo para Eysenck) el cual, hemos visto, responde a una predisposición biológica a reaccionar con una hiperactivación del sistema nervioso vegetativo. Pero también, como defiende Eysenck (1973), el nivel de ansiedad que pueda experimentar un individuo estará en función del nivel de preocupación que sienta, componente cognitivo de la ansiedad y mucho más ligado a la dimensión de extroversión que a la de neuroticismo. Asimismo, la respuesta a una amenaza también estará determinada por el grado de susceptibilidad del sujeto a determinado tipo de estímulos (nivel de *ansiedad* para Gray), el será condicionado por el nivel de activación del Sistema de Inhibición Conductual (SIC). De igual forma, desde el punto de vista de los modelos biológico-cognitivos, tal respuesta estará determinada por la predominancia hemisférica y la forma de procesar los estímulos amenazantes: Esto es, uso de una atención selectiva, un procesamiento en paralelo y una inhibición neural en los procesos de ejecución, como consecuencia de un predominio de activación fásica de carácter emocional propia del límbico.

Por otra parte, desde un enfoque puramente cognitivo, el efecto que el estrés puede ejercer sobre un individuo está decidido por el grado en que el sujeto se ve capaz de hacerle frente, esto es, por los mecanismos de *coping* o afrontamiento (Lazarus y Folkman, 1986; Lazarus, 1990), los cuales, a su vez, dependen de los procesos de valoración en los cuales tienen un papel fundamental aspectos derivados de la personalidad del sujeto tales como las creencias, actitudes, intereses, etc. El resultado de esta valoración determinará la respuesta emocional así como los procesos de afrontamiento que se llevarán a cabo sin olvidar la respuesta fisiológica que abarca desde los movimientos musculares hasta una activación neuroendocrina (Lazarus, 1990).



Por otra parte, también se ha comprobado en distintas investigaciones (McCrae y Costa, 1986; Amirkhan, Risinger y Swickert, 1995; Vollrath, Torgersen y Alnaes, 1995; Fusté y Tous, 1995) que ciertas estrategias de afrontamiento (confrontación, planificación de la respuesta, evitación) están asociadas de una forma sólida y estable con determinadas dimensiones de personalidad, concretamente a la extroversión y al neuroticismo. Vemos, por tanto, un círculo cerrado en el que la interpretación que el sujeto hace de la situación determina la consecuente manifestación emocional y la activación fisiológica subsiguiente, todo ello mediado por las características idiosincráticas del individuo, esto es, su personalidad, véase figura 2.4. En este punto percibimos una primera posibilidad de relación entre personalidad y respuesta inmune, la que es mediada, a su vez, por la actividad del sistema neuroendocrino. Esto es, el mecanismo por el cual los estresores pueden afectar a la inmunocompetencia es la activación, por una parte, del eje *hipotálamo-hipofisario-córtico-adrenal*, cuyo funcionamiento, iniciado con la estimulación del hipotálamo por causas emocionales, entre otras, termina en la secreción de diversas hormonas tales como los glucocorticoides (cortisol y corticoesterona) cuyos efectos inmunosupresores a altas dosis han sido ampliamente demostrados (Munck y Guyre, 1991).

Por ello podemos suponer que aquellas personas que habitualmente mantienen una alta actividad del cerebro visceral, incrementarán su nivel de glucocorticoides en sangre con las consiguientes alteraciones de su inmunocompetencia. Tal es el caso de los sujetos con altas puntuaciones en la escala de neuroticismo de Eysenck, o que tienen activado el sistema de activación conductual o el de huida-ataque de Gray.

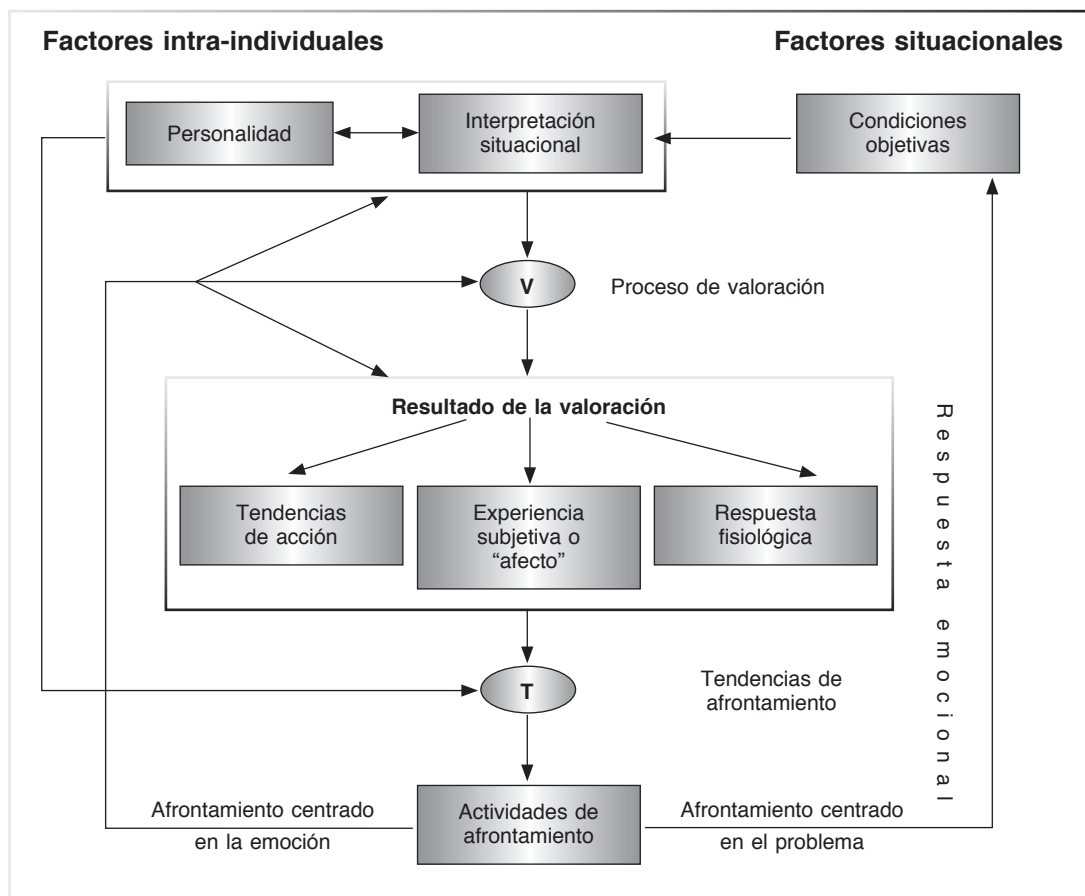


Figura 2.4 Modelo del "sistema cognitivo-emotivo-motivacional" (Smith y Lazarus, 1990)

De la misma manera, algunos autores (Ballenger, Post, Jimerson, Lake, Murphy, Zuckerman y Corin, 1983) han comprobado la existencia de correlaciones negativas entre niveles de cortisol en el líquido cefalorraquídeo y las puntuaciones en la escala de psicoticismo de Eysenck, con lo cual la función inmune de estos sujetos puede verse también alterada.

Por otra parte, la activación del eje *hipotálamo-médula-adrenal*, cuyo funcionamiento también se activa por medio de la estimulación de centros corticales e hipotalámicos, provoca en la médula adrenal la liberación de catecolaminas (adrenalina y noradrenalina), con funciones neurotransmisoras implicadas en la expresión de conductas emocionales relacionadas con la dimensión de neuroticismo de Eysenck. Como ya se ha visto, algunos autores sostienen que la noradrenalina posee efectos inmunosupresores, por lo que podría esperarse una función inmune alterada en los sujetos con elevadas puntuaciones en la escala de neuroticismo de Eysenck.

Si nos referimos a otros neurotransmisores (dopamina, serotonina) implicados en la expresión de conductas propias de determinadas dimensiones de personalidad, podemos relacionar la personalidad con la actividad inmunológica. Así, respecto de la dopamina, involucrada en la dimensión de impulsividad de Gray y en la dimensión esfuerzo-impulsividad de Tous, y cuyo aumento o disminución altera la funcionalidad inmunológica (Roszman y Brooks, 1985), podemos esperar respuestas inmunes alteradas en sujetos con puntuaciones altas en dichas dimensiones. En esta misma línea, y respecto de la serotonina, como se ha comentado anteriormente, también se han observado sus efectos sobre el sistema inmune (Roszman y Brooks, 1985). En razón de que es un neurotransmisor implicado en la dimensión de ansiedad de Gray y en la de estrés-ansiedad de Tous, pensamos en la posibilidad de que puntuaciones extremas en ellas presenten alteraciones en la respuesta inmunológica.

Finalmente, estructuras anatómicas tales como la formación reticular, el sistema límbico, el hipotálamo, el hipocampo y la amígdala, implicadas en sustratos neurofisiológicos de determinadas dimensiones de personalidad (extroversión, neuroticismo), tienen un papel importante también en la regulación de la inmunocompetencia (Fauman, 1982; Felten, Cohen, Ader, Felten, Carlson y Roszman, 1991) por lo que podemos establecer una tercera vía de interacción entre personalidad y respuesta inmune. Asimismo, la diferenciación hemisférica, estrechamente relacionada con la personalidad, de acuerdo con el modelo propuesto por Tous (1986), puede relacionarse también con la respuesta inmune del sujeto a tenor de los trabajos que demuestran que los hemisferios izquierdo y derecho tienen un efecto diferencial sobre la respuesta inmune (Neveu, 1992), por lo que cabría esperar un funcionamiento inmune distinto entre introvertidos y extrovertidos.

En resumen, vislumbramos la existencia de distintos mecanismos por los cuales se puede intuir una relación entre diferentes tipos de personalidad y respuesta inmunológica.

Personalidad y respuesta inmune: evidencia empírica

La relación entre variables de personalidad y respuesta del sistema inmunitario puede darse a través de las diferentes vías que integran el sistema que podríamos denominar *psico-neuro-endocrino-inmunitario*, lo expusimos debido a que el análisis de tal interrelación es el objeto de estudio de la psiconeuroinmunología, consideramos necesario revisar los estudios que en esta nueva disciplina han intentado constatar la asociación que pueda existir entre diversas variables psicológicas y la actividad del sistema inmunitario.

Por otra parte, en razón de la complejidad que entrañan tales estudios y de la diversidad de resultados a que han dado lugar, consideramos conveniente anticipar que el estado actual de la cuestión evidencia una gran heterogeneidad en cuanto a las variables psicológicas utilizadas como criterio para analizar la relación entre éstas y el sistema inmunitario.



Por lo que respecta a los estudios que se han centrado explícitamente en el análisis de la naturaleza de la relación entre variables de personalidad y sistema inmunitario, hemos de decir que éstos comenzaron a plantearse hace apenas dos décadas. La revisión bibliográfica de ellos nos permite, a efectos de una mejor comprensión, clasificarlos en diversas áreas de estudio, de acuerdo con las diferentes modalidades de la respuesta inmune en la que se han centrado. Así, encontramos estudios que analizan la relación entre variables de personalidad e incidencia sintomatológica de determinadas infecciones virales inducidas experimentalmente, otras investigaciones que estudian la asociación entre personalidad y diferentes parámetros de la respuesta inmune (niveles de células NK, linfocitos, inmunoglobulinas) y, por último, aquellas que se centran de manera específica en la relación entre personalidad y respuesta inmune propiamente dicha, entendida ésta como reacción a agentes patógenos inoculados de forma experimental.

Veamos a continuación los resultados más relevantes obtenidos en cada una de las áreas de estudio.

Personalidad y aficciones virales

Una de las primeras referencias a este tipo de trabajos la encontramos a principios de la década de los setenta en un estudio de Roark (1971), quien comparó las características psicológicas y de personalidad de un grupo de estudiantes diagnosticados con mononucleosis infecciosa (trastorno provocado por el virus de Epstein-Varr), con las correspondientes características psicológicas y de personalidad de diferentes grupos control diagnosticados con otro tipo de enfermedades. Los resultados mostraron escasas diferencias en cuanto a medidas de personalidad (valorada con el *California Personality Inventory*) y estado de ansiedad (registrada con la escala de Ansiedad Estado de Spielberger) entre los sujetos con mononucleosis y el resto de los grupos, por lo que no se pudo determinar ninguna asociación entre la enfermedad vírica y características de personalidad.

En 1980, Totman, Kiff, Reed y Craig intentaron averiguar qué indicadores de personalidad y estrés ayudan a predecir la sintomatología provocada por la inoculación de rinovirus (virus que causa la rinitis infecciosa). Para ello, después de administrar a una muestra de 52 voluntarios el cuestionario EPI de personalidad y el *Holmes-Rabe Schedule of Recent Experiences*, inocularon vía nasal distintas dosis de rinovirus. Los resultados demostraron una relación significativa y negativa entre las puntuaciones obtenidas en la escala de introversión-extroversión del EPI y la cantidad y severidad de los síntomas presentados por los sujetos, afirmando que fueron los individuos introvertidos los que mostraron síntomas más intensos así como una mayor afectación vírica y cantidad de virus (medidas a través de lavados nasales) comparados con los extrovertidos. Con respecto a la dimensión de neuroticismo, los autores no encontraron ninguna asociación significativa.

Tales resultados fueron parcialmente replicados en un estudio posterior realizado por Broadbent, Broadbent, Phillpotts y Wallace (1984), en el que se aplicó el mismo procedimiento y se utilizó, además, el virus de la gripe. En esta investigación se confirmó la asociación entre la introversión y la cantidad de virus hallada en los lavados nasales. Sin embargo, fueron los sujetos con altos niveles de síntomas obsesivos los que produjeron mayores niveles de secreción nasal. Por otra parte, esta vinculación entre personalidad y síntomas de rinitis infecciosa no pudo ser replicada con el virus de la gripe.

En un intento de aportar nuevos datos a esta relación entre personalidad e infección, Smith, Tyrrell, Coyle, Higgins y Willman (1990) analizaron en dos experimentos distintos, si la susceptibilidad a padecer infecciones por rinovirus (inducidas experimentalmente), está relacionada con medidas de personalidad, estados fisiológicos, motivación y eficiencia en la ejecución de diversas tareas experimentales de tiempo de reacción. Los resultados obtenidos no corroboraron los resultados obtenidos en las investigaciones anteriores. Sólo en el segundo de los experimentos, los individuos con infección subclínica (es decir, presentaban el virus



pero no desarrollaron la enfermedad), eran significativamente más introvertidos que el resto de los sujetos. Dichos resultados llevaron a los autores a concluir que la personalidad, medida con las escalas de extroversión y neuroticismo del EPI, es un pobre predictor de infecciones producidas por rinovirus. Finalmente, Cohen, Tyrrell y Smith (1993) corroboraron esta hipótesis pues no encontraron relación entre las escalas de introversión-extroversión y los síntomas y gravedad de los resfriados inducidos experimentalmente por rinovirus.

Personalidad y diferencias individuales en parámetros del sistema inmunitario

Los trabajos que podemos incluir en esta área de estudio muestran una gran heterogeneidad tanto por lo que respecta a las medidas de personalidad empleadas como por los indicadores del sistema inmunitario registrados. Así, por ejemplo, utilizando el MMPI como medida de personalidad, Heisel, Locke, Krau y Williams (1986) compararon la actividad de las células *Natural killer* (NK) con las puntuaciones obtenidas en dicho cuestionario por 111 estudiantes universitarios. Los resultados muestran correlaciones bajas pero estadísticamente significativas entre algunas de las escalas y la actividad de las NK, pero diferentes en función del sexo. Así, por ejemplo, en los varones, la actividad de las NK correlacionaba negativamente con las escalas de hipocondría, desviación psicopática, psicastenia, manía y desajuste. En las mujeres se encontró una correlación también negativa entre la actividad de las NK y las escalas de paranoia y desajuste, y una correlación positiva con la escala de fuerza del yo. Asimismo, los estudiantes con mayor actividad de NK presentaban un perfil en el MMPI más saludable que aquellos que mostraban un nivel más bajo de actividad celular. Finalmente, los sujetos con puntuaciones altas en el MMPI ($T > 70$) ostentaban valores de NK por debajo de la media.

Otra medida de personalidad utilizada en algunos estudios ha sido el Test de Apercepción Temática (TAT). En un estudio, Jemmott, Borysenko, Borysenko, McClelland, Chapman, Meyer y Benson (1983) relacionaron las diferencias individuales de personalidad, medida con dicho protocolo, con la cantidad de inmunoglobulina A (IgA) salivar registrada en diferentes momentos antes, durante y después de un periodo de exámenes académicos. Los resultados demostraron que los sujetos (estudiantes universitarios de primer curso de odontología) caracterizados por una gran necesidad de establecer y mantener relaciones interpersonales secretaron mayor cantidad de IgA salivar en cada una de las mediciones tomadas, comparados con el resto de los participantes. Contrariamente, aquellos con una alta necesidad de poder exhibieron un descenso del nivel de IgA salivar secretado a lo largo de los distintos puntos de medida. Asimismo, estos sujetos experimentaron un descenso en dicho nivel de anticuerpos en la última medición realizada correspondiente a un periodo de bajo estrés.

Estos resultados fueron reproducidos en un estudio posterior (McClelland, Ross y Patel, 1985) en el que se analizaron las posibles relaciones entre el efecto inmunosupresor del estrés (provocado por un examen académico), la necesidad de poder y la estimulación de la actividad adrenérgica. Para ello, los autores evaluaron el nivel de IgA salivar y la concentración de norepinefrina en saliva (medida que tomaron como indicador de la actividad adrenérgica del sujeto) a una muestra de 46 estudiantes después de haber realizado un examen académico. Dichos sujetos fueron clasificados según su grado de “necesidad de poder” y “necesidad de afiliación” mediante el TAT. Los resultados mostraron que 1 hora y 45 minutos después del examen, los sujetos experimentaron un descenso en el nivel de IgA salivar. Sin embargo, este descenso fue mucho más acusado en aquellos sujetos que mostraban una mayor “necesidad de poder”, e iba asociado, además, con un mayor aumento en las concentraciones de norepinefrina en saliva. Por todo ello, los autores concluyeron que aquellos sujetos cuya conducta es guiada por motivos de poder presentan un nivel de activación adrenérgica superior al resto de la población, activación que a medio plazo tiene efectos inmunosupresores.



Sin embargo, a pesar de la concordancia de resultados, estos estudios presentan defectos tanto a nivel conceptual como metodológico. Por ejemplo, el tratamiento estadístico de los datos no siempre es el más adecuado —aplicación de estadística multivariada con pocos sujetos (Short y Horn, 1984), mala utilización del coeficiente de correlación, etc.— con lo que las conclusiones que se extraen se derivan de técnicas incorrectamente aplicadas. Además, las medidas de estrés registradas se basan en valoraciones subjetivas, y el parámetro de la actividad inmunológica registrado (IgA salivar) no es un buen indicador de los cambios inmunológicos producidos por un evento estresante (Mouton, Fillion, Tawadros y Tessier, 1989).

Utilizando también anticuerpos como medida de la actividad inmunológica y el examen académico como fuente de estrés, los trabajos de Vassend y Halvorsen (1987) estudian las relaciones entre personalidad, el estrés provocado por un examen académico y las concentraciones en suero sanguíneo de anticuerpos. A diferencia de las investigaciones anteriores, no obstante, Vassend y Halvorsen (1987) emplearon como medidas psicológicas de personalidad pruebas derivadas psicométricamente y fundamentadas en modelos biológicos de personalidad establecidos empíricamente de manera sólida (EPI). Asimismo, no redujeron el indicador inmunológico a una única clase de anticuerpo sino que registraron las concentraciones en suero sanguíneo de cuatro tipos de inmunoglobulinas (IgA, IgE, IgG e IgM).

El estudio de Vassen y Halvorsen (1987) está dividido en dos fases: en la primera se intenta analizar el efecto que el examen académico tiene sobre la concentración de anticuerpos. Para ello deben obtenerse medidas psicológicas e inmunológicas de los 23 sujetos participantes en tres momentos distintos en un intervalo de 2 meses, y se hace coincidir la segunda medición con el día previo al suceso estresante. La segunda fase del trabajo tiene como objeto hacer un estudio correlacional de las variables psicológicas e inmunológicas registradas. Los resultados mostraron una correlación positiva y significativa entre las puntuaciones obtenidas en la escala de neuroticismo del EPI y el nivel medio de IgM en sangre. Además, los sujetos que presentaban un patrón de conducta “inhibido” y “sensitivo” evaluado por medio del *Millon Behavioural Health Inventory* (MBHI) presentaron un nivel mayor de IgM que el resto de los participantes. Finalmente, los sujetos que según dicho cuestionario exhibían un perfil “sociable” de personalidad presentaron una menor concentración media de IgM en sangre. El resto de anticuerpos medidos no correlacionó significativamente con ninguna variable psicológica.

Resultados similares fueron obtenidos en un estudio previo llevado a cabo por Ursin, Mykletun, Tonder, Vaernes, Relling, Isaksen y Murison (1984), en el que hallaron correlaciones negativas entre medidas de personalidad (neuroticismo medido con el EPI, defensa medida con la Escala de Plutchik y control interno según la Escala de Rotter) y concentraciones de IgA, IgG e IgM en una muestra consistente en maestras sometidas a un trabajo estresante durante un largo periodo.

Más recientemente, y desde un punto de vista más cognitivo, se realizaron trabajos que inducen a pensar que el estilo explicativo del sujeto y sus atribuciones causales pueden estar relacionadas con la función inmunitaria. En esta línea se encuadra el trabajo de Kamen-Siegel, Rodin, Seligman y Dwyer (1991), en el que intentan averiguar si el estilo explicativo pesimista puede estar relacionado con la función inmune en una muestra de ancianos sanos. Para ello, se les evaluó el estilo explicativo y se les extrajo una muestra de sangre a partir de la cual se calculó el cociente T₄/T₈ y se midió la actividad del linfocito T estimulado *in vitro* con fitohemaglutinina. Los resultados pusieron de manifiesto que los sujetos con un estilo explicativo pesimista, es decir, que se atribuyen la responsabilidad de los sucesos negativos y que consideran a éstos como persistentes y de largo alcance dieron un menor cociente T₄/T₈. Además, la actividad de sus linfocitos estimulados con fitohemaglutinina fue menor comparada con la presentada por los sujetos con estilo explicativo más optimista. Si bien los autores no proponen ningún mecanismo para explicar esta relación, afirman que el estilo explicativo y atribucional puede ser considerado un factor de riesgo importante para el desarrollo de ciertas enfermedades mediadas por el sistema inmune.



Estos resultados son paralelos a los obtenidos por Dykema, Bergbower y Peterson (1995). Estos autores, sin medir directamente la función inmunitaria, intentan estudiar la relación entre el estilo explicativo, la indefensión y la susceptibilidad a la enfermedad, esta última medida con base en autoinformes. Los resultados obtenidos ponen de manifiesto que la ocurrencia de sucesos negativos no interactúa con el estilo explicativo para provocar un peor estado de salud. Sin embargo, afirman que la tendencia a explicar los sucesos negativos con un estilo pesimista está relacionado con la percepción de problemas, la cual, a su vez, puede estar vinculada con un peor estado de salud.

Finalmente, uno de los últimos trabajos publicados desde esta perspectiva teórica intenta estudiar la posible relación entre el neuroticismo, medido con el EPQ y la cantidad de leucocitos circulantes en suero sanguíneo (Daruna, 1996). Una muestra de 43 sujetos adultos sanos cumplimentaron dicho cuestionario y fueron sometidos a una extracción sanguínea la cual sirvió para realizar el conteo de células. Los resultados muestran una correlación positiva y significativa entre las puntuaciones en neuroticismo y el número de leucocitos. Además, los autores obtuvieron una puntuación de cada sujeto en los componentes de las escalas de inestabilidad, irritabilidad, depresión y ansiedad, puntuación que se correlaciona con las subpoblaciones de leucocitos. Los resultados pusieron de manifiesto que los ítems de neuroticismo que describen depresión se correlacionan positiva y significativamente con la cantidad de neutrófilos; los ítems de la escala que manifiestan irritabilidad predicen de una forma positiva la cantidad de linfocitos; los ítems descriptores de ansiedad también se correlacionan positivamente con la cantidad de monocitos y, finalmente, los de la escala que describen inestabilidad predicen con signo positivo la cantidad de basófilos. La explicación que propone el autor para dar cuenta de tales relaciones se centra en la activación simpática, propia de los sujetos con altas puntuaciones en neuroticismo, y reconoce que pueden existir otros mecanismos de interacción capaces de explicar las relaciones halladas en su trabajo.

En cualquier caso, estos resultados sugieren que el afecto negativo puede jugar un papel importante en el posterior desarrollo de alteraciones mediadas por el sistema inmune y, desde el punto de vista que guía nuestro estudio, estos resultados constituyen un indicador más de la posible relación que puede establecerse entre distintos “tipos” o dimensiones de personalidad y la actividad inmunitaria.

Personalidad y diferencias individuales en respuesta inmune específica

El número de trabajos experimentales que han examinado, en población humana, los posibles correlatos entre variables de personalidad (normal) y respuesta inmune propiamente dicha, es extremadamente escaso. De la revisión bibliográfica realizada, el único trabajo que pensamos podría incluirse en este apartado es el de Sokhey, Vasudeva y Kumar (1989), mediante el cual intentaron averiguar cuáles eran las características de personalidad asociadas con un grupo de sujetos con alergia respiratoria (asma y rinitis) y con distintos grados de reactividad cutánea. Para ello clasificaron una muestra de 144 pacientes alérgicos según el tamaño del diámetro y eritema provocado por una prueba estándar de reactividad cutánea. Una vez clasificados les administraron distintas pruebas de personalidad a fin de estudiar las posibles diferencias en cada uno de los grupos. Los resultados no mostraron divergencias estadísticamente significativas en ninguna de las características psicológicas estudiadas, por lo que afirmaron que las diferencias en hipersensibilidad en pacientes alérgicos, medidas mediante un test de reactividad cutánea, no están asociadas con un perfil determinado de personalidad.

Recientemente se ha intentado relacionar las dimensiones eysenckianas de personalidad con la respuesta inmune provocada por la inoculación del virus de la hepatitis A y B (Fusté, 1997; Fusté y Tous, 1998). En este experimento se inoculó una vacuna combinada contra la hepatitis A y B a una muestra de 83 estudiantes de acuerdo con la pauta habitual de la vacuna, es decir, una dosis a los 0, 1 y 6 meses. En cada una de las inoculaciones, y previo a ellas,



los sujetos fueron evaluados en medidas de personalidad, estado de ánimo y afrontamiento. Un mes después de recibir cada una de las dosis, los sujetos fueron sangrados y se valoró por medio de la técnica ELISA, el nivel sanguíneo de anticuerpos anti-VHA y anti-HBs. El estudio correlacional mostró una relación negativa entre la respuesta en anticuerpos y las características propias de un temperamento extrovertido. Así, los sujetos extrovertidos con un patrón de afrontamiento activo, enérgico y centrado en el problema, así como con una autopercepción positiva de su estado de ánimo, presentaron una peor respuesta inmunitaria a la vacuna de la hepatitis A y B, si bien es necesario señalar que dicha relación significativa fue de baja magnitud y fluctuante, es decir, dependía de los anticuerpos medidos (anti-VHA o anti-HBs), del momento en que se extrajo la muestra de anticuerpos y del sexo de los sujetos.

Por otra parte, los resultados pusieron en evidencia una relación negativa entre las puntuaciones en psicoticismo y la producción de anticuerpos anti-A registrada en la última medición sérica. Si se considera que tal variable psicológica presenta correlaciones negativas con la escala de mendacidad, y puesto que ésta muestra una asociación positiva con la producción de anticuerpos anti-VHA, los autores sugieren que podría hablarse de una dimensión bipolar cuyo extremo superior (psicoticismo) estaría asociada con una peor respuesta en anticuerpos elaborada después de la última dosis de recuerdo de la vacuna contra la hepatitis A.

Una vez realizada la revisión de los trabajos que intentan medir la existencia de una relación entre personalidad y respuesta inmune, ¿podemos afirmar de una forma categórica que existe relación entre personalidad y respuesta inmune? Consideramos que la respuesta a esta cuestión se inclina en favor del “sí” y es que existen demasiados trabajos que sugieren dicha vinculación. Ahora bien, para responder afirmativamente a esta cuestión es necesario considerar no sólo la especificidad de la respuesta inmunitaria en relación con las diferencias individuales en personalidad, sino también con las diferencias ligadas al sexo, así como respecto al empleo de un antígeno determinado. Es decir, la relación entre personalidad y respuesta inmune se hará tanto más evidente cuanto más específicas sean las variables psicológicas e inmunitarias analizadas. En este sentido, es fácil constatar, por ejemplo, cómo dentro de un mismo grupo de sujetos definidos extrovertidos existen diferencias individuales respecto de los rasgos que componen dicha extraversión. Así, un individuo extrovertido cuyo grado de extraversión se caracterice fundamentalmente por el componente de impulsividad presentará diferencias de conducta, e incluso en parámetros fisiológicos, frente a otro de la misma clase cuya conducta manifiesta esté definida fundamentalmente por el componente de sociabilidad. En este sentido, es necesario precisar muy bien la valoración psicológica mediante el empleo de medidas más precisas en lo que se refiere a personalidad, esto es, medición de rasgos *vs.* medición de tipos.

Por otra parte, si se considera que frente a un estímulo antigénico se sintetizan diversas clases de anticuerpos y con distinta cinética, y que la actividad de ellas es también diferente, esta concreción debe extenderse a las medidas fisiológicas y valorar la funcionalidad inmunológica de determinados anticuerpos, por ejemplo, de IgM e IgG, más que de un conglomerado de éstos y más que parámetros enumerativos. Ello permitiría verificar con más precisión las relaciones entre variables de personalidad y respuesta, y tomar ésta como una medida de funcionalidad del sistema inmunológico.

Relaciones entre comportamiento y salud desde una perspectiva psiconeuroinmunológica

Hemos visto anteriormente la forma en que se interrelacionan los sistemas psicológicos y fisiológicos, de tal manera que los cambios en uno afectan a menudo al otro. De hecho,



ambos forman un circuito de *feedback*: los sistemas endocrinos y nerviosos envían mensajes químicos en forma de neurotransmisores y hormonas que aumentan o deprimen la función inmune y, a su vez, células del sistema inmune segregan sustancias tales como la ACTH que devuelven información al cerebro. Por su parte, éste aparece como el centro de control para mantener un balance en la función inmune, y es que una escasa actividad inmunológica deja al individuo al acecho de diversas infecciones y una excesiva actividad inmunológica ocasiona las enfermedades autoinmunes.

Los factores psicosociales están muy relacionados con el estrés que un individuo experimenta. Se cree que tales factores afectan también a la función inmunológica. Por ejemplo, diversas investigaciones han demostrado que los individuos bajo un estrés de larga duración e intensidad, que gozan de una fuerte red de apoyo social, presentan un sistema inmune más eficaz en comparación con otros individuos que soportan el mismo tipo de estrés pero que no gozan de ella (Esterling, Kiecolt-Glaser y Glaser, 1996). Además, que el entrenamiento en ejercicio aeróbico y la terapia para reducir el estrés puede aumentar la función inmune en pacientes afectados por el virus VIH (Antoni *et al.*, 1990).

Uno de los factores psicosociales estudiados en los últimos años es el que implica describir los sentimientos propios acerca de los acontecimientos estresantes. Un experimento llevado a cabo mediante el empleo de este enfoque examinó el efecto que tiene expresar tales sentimientos en las concentraciones séricas de anticuerpos contra el virus Epstein-Barr, causante de la mononucleosis infecciosa en la mayoría de personas afectadas (Esterling *et al.*, 1994). Estudiantes universitarios fueron asignados de forma aleatoria a tres grupos que mantuvieron durante tres semanas sesiones de 20 minutos en las cuales el primer grupo describía verbalmente un evento altamente estresante que hubiera experimentado, el segundo describía de forma escrita un evento con esas características, mientras que el tercero escribía acerca de tópicos triviales no estresantes. Todos los sujetos tenían el mismo nivel inmunológico respecto del virus, pero los análisis de las muestras sanguíneas tomadas una semana más tarde de la última sesión, revelaron que el control inmunológico aumentó sustancialmente en la condición verbal, moderadamente en la condición escrita y disminuyó ligeramente en la condición control (tópicos triviales). Dichos resultados han sido reproducidos por otros trabajos (Christensen *et al.*, 1996), que señalan la importancia de la terapia o el apoyo psicológico en procesos en los que la salud física del individuo puede verse comprometida.

Una de las cuestiones que desde la psicología de la salud preocupa a los investigadores es si los distintos estilos de vida pueden afectar el funcionamiento del sistema inmunológico. Existe evidencia de que realmente puede ser así. Kusaka, Kondou y Morimito (1992) pusieron de manifiesto que individuos con estilos de vida saludables, esto es, que incluían ejercicio, un patrón adecuado de sueño, nutrición equilibrada y ausencia de consumo de tabaco, mostraban un funcionamiento inmunológico más potente que aquellos con estilos de vida menos saludables. Otros estudios han demostrado que un patrón de escasas horas de sueño tiene efectos perjudiciales en el sistema inmune que se hacen evidentes durante el día siguiente (Irwin *et al.*, 1994), así como la relación que existe entre el consumo habitual de tabaco y la susceptibilidad a padecer resfriados (Cohen, Tyrrell, Russell, Jarvis y Smith, 1993).

Comportamiento y cáncer. La personalidad tipo C

Uno de los temas que más ha preocupado a la psicología de la salud desde que se puso en evidencia la posible relación entre conducta, mente y sistema inmune, ha sido el estudio de la posible conexión entre factores psicológicos y cáncer. En este sentido, la vinculación entre personalidad e inmunidad puede tomar como ejemplo las investigaciones que sobre personalidad y la posibilidad de desarrollar cáncer se han realizado desde que en 1980 Morris y Greer acuñaran el término personalidad "tipo C".

El sistema inmune juega un papel importante en la defensa contra el cáncer (Bayés, 1985; 1995), si bien los mecanismos no son todavía del todo conocidos (Contrada, Leventhal



y O'Leary, 1990). Por otra parte, la especulación de que la personalidad ejerce una influencia en el inicio y desarrollo del cáncer es ya antigua, véase figura 2.5. Además, en la actualidad existe un número considerable de investigaciones que implican distintos tipos de variables psicosociales como predictoras de la aparición de esta afección (Sklar y Anisman, 1991). Aunque la evidencia de la mayoría de ellas es variable y los estudios han sido duramente criticados desde un punto de vista metodológico (Pelosi y Appleby, 1993), tomados en conjunto, proporcionan la imagen de una constelación de rasgos y estilos de afrontamiento que pueden constituir la personalidad tipo C, o proclive a desarrollar cáncer.

No es nuestro objetivo revisar ni cuestionar la validez de los estudios sobre personalidad tipo C ni sobre factores psicológicos y cáncer. Para ello, el lector puede consultar las obras de Fox (1978) o más recientemente Ibáñez, Romero y Andreu (1992) o el trabajo de Gil Roales-Nieto y López Ríos (2000). Nuestro interés reside en presentar al lector uno de los modelos explicativos que intenta dar cuenta de la relación entre las diferencias individuales en personalidad biológicamente explicadas y la aparición de enfermedad cancerígena, como ejemplo de la posible relación entre personalidad e inmunidad.

Dicho modelo, el elaborado por Eysenck (1985), establece la hipótesis del “efecto inoculación”, según el cual, el individuo con riesgo de cáncer presenta puntuaciones bajas en neuroticismo, psicoticismo y puntuaciones altas en extraversión (Eysenck, 1985; 1995). Además, sostiene que determinadas hormonas como la ACTH y los péptidos opiáceos endógenos tie-

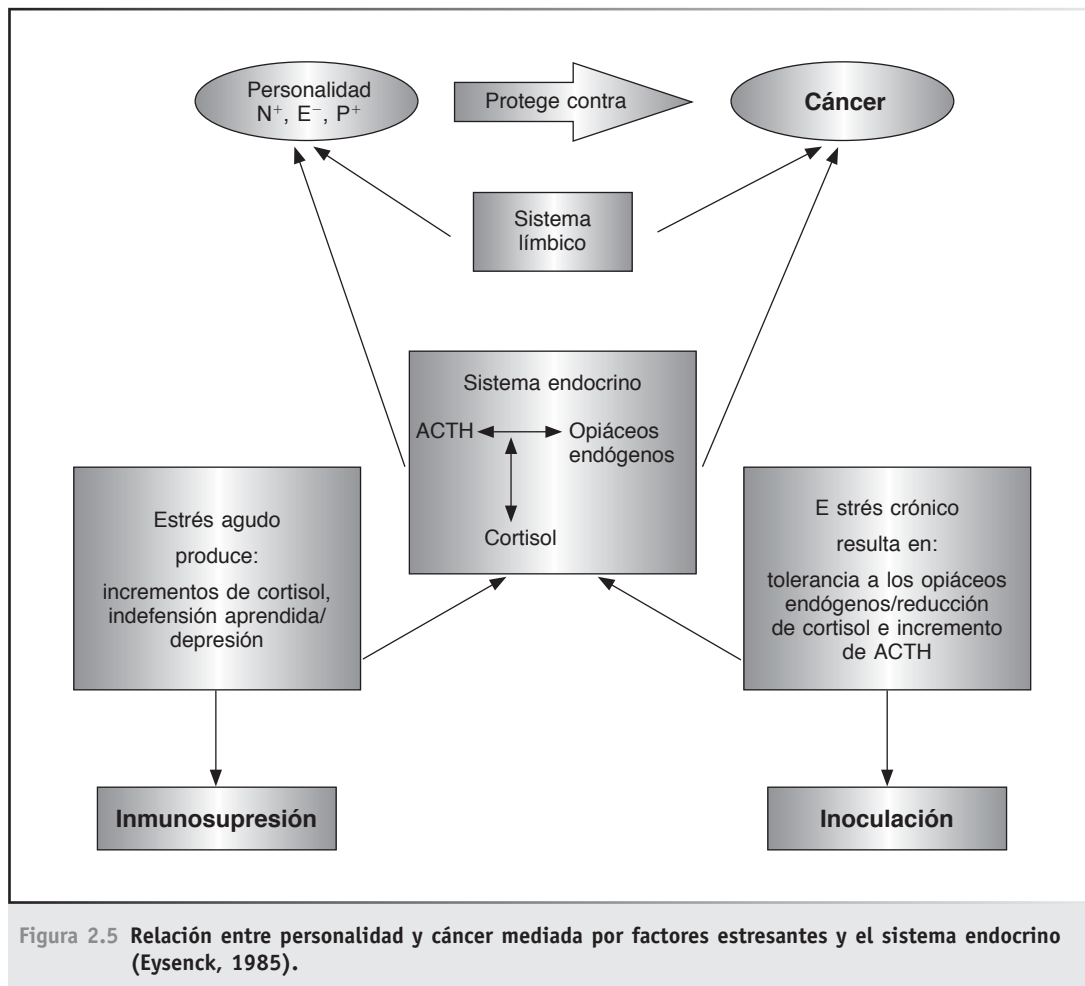


Figura 2.5 Relación entre personalidad y cáncer mediada por factores estresantes y el sistema endocrino (Eysenck, 1985).

nen un efecto tanto en la personalidad como en el sistema inmunológico. Asimismo, el sistema endocrino se ve influido por el estrés, que Eysenck (1973) diferencia en agudo y crónico, debido a que producen efectos diferenciales sobre el sistema neuroendocrino. Así, el estrés agudo provoca un aumento de los niveles de cortisol que redundan en un efecto de inmunosupresión. Por el contrario, el estrés crónico, que genera patrones adaptativos de conducta, provoca una reducción de cortisol y una tolerancia a los opiáceos endógenos lo cual puede tener un efecto protector contra el cáncer (efecto inoculación).

Así, Eysenck concluye que las personas con bajas puntuaciones en neuroticismo, altas puntuaciones en extraversión y bajas en psicoticismo están genéticamente predispuestas a presentar patrones de depresión e indefensión ante situaciones estresantes, lo cual les provoca aumentos del nivel de cortisol en sangre, lo que tiene un efecto inmunosupresor que incrementa el riesgo a desarrollar neoplasias cancerígenas. Si bien el modelo es sugerente, la investigación sobre el cáncer pone de manifiesto que la etiología de esta enfermedad es una cuestión altamente compleja y difícil de reducir a un modelo causal como el planteado por el autor. Ahora bien, tal como afirma el mismo Eysenck (1985) “. . . parece estar claro que la psicología, y el estudio de la personalidad en particular, es relevante no sólo para la psiquiatría, sino para toda la medicina, donde ahora es común decir que debemos tratar a la persona, no únicamente a la enfermedad. Para tal propósito, una comprensión clara de la estructura y dinámica de la personalidad debe tener absoluta prioridad” (Eysenck, 1985, p. 551).

Sirva, pues, como ejemplo de la aplicabilidad y la importancia que tienen los estudios sobre personalidad y sistema inmunitario en un área tan importante y emergente como es la psicología de la salud.



Capítulo Tres

Conductas de la salud

María Teresa Fiorentino

Universidad Nacional de San Luis, Argentina



Promoción de la salud

En 1987, la OMS definió la promoción de la salud como “el proceso de capacitar a la población para que aumente el control sobre su propia salud y la mejore”.

En este sentido, podríamos señalar, de acuerdo con Turabián (1993), los siguientes objetivos específicos que se propone cualquier proceso de promoción de la salud:

- Cambiar conocimientos y creencias.
- Modificar actitudes y valores.
- Aumentar la capacidad para tomar decisiones.
- Cambiar comportamientos.
- Establecer ambientes sanos.
- Conseguir cambios sociales hacia la salud.
- Favorecer la capacidad y el poder de individuos, grupos y comunidades.

En la actualidad, el paradigma hegemónico que considera la salud como ausencia de enfermedad se confronta con uno nuevo, que la entiende como el goce de un alto nivel de bienestar físico, mental y social. Este nuevo modelo implica una perspectiva positiva de la salud, que comprende el bienestar y el desarrollo humanos y la dimensión de calidad de vida. Se considera, además, que los seres humanos no pueden clasificarse simplemente como sanos y enfermos, pues no se trata de un asunto dicotómico, sino que el estado de salud es un proceso continuo, que va desde un estado mínimo hasta uno óptimo.

Reynaga (2001) define, también desde un punto de vista positivo, la salud psicológica o mental, considerando que debe retomarse una concepción integral o multidimensional de la salud, como un proceso complejo y dinámico, ligada a factores biopsicosociales, económicos, culturales, etc. En coherencia con este concepto de salud integral, entendemos la salud psicológica o mental como el estado psicológico de bienestar percibido (Sánchez, 1996), acompañado por una sensación subjetiva de bienestar general y de satisfacción con la vida.

Con base en estos conceptos, promoción de la salud es toda acción orientada a impulsar a un individuo o a una comunidad hacia un alto nivel de bienestar, una mejor calidad

de vida, el disfrute de la plena expresión de su desarrollo humano y el más alto nivel de salud posible. Ello implica controlar los determinantes externos del bienestar, que satisfacen las necesidades básicas de los seres humanos (empleo, ingreso económico estable, alimentación, vivienda, recreación, capacitación, justicia y un ecosistema apto para la vida), y los determinantes internos (creencias, convicciones, atribuciones, expectativas y emociones). De tal manera, podemos decir que la promoción de la salud involucra, fundamentalmente, una acción educativa, persuasiva y motivacional orientada a alentar el conocimiento y la preferencia por los comportamientos saludables.

Promoción de la salud y educación para la salud

Costa y López (1996) consideran que la educación para la salud constituye un instrumento más para lograr los objetivos de su promoción y que no es posible definir en qué consiste esta última, si previamente no tenemos una idea clara de lo que significa aquélla a la que conceptualizan como “un proceso planificado y sistemático de comunicación y de enseñanza-aprendizaje orientado a hacer fácil la adquisición, elección y mantenimiento de las prácticas saludables y hacer difíciles las prácticas de riesgo”. Por su parte, la promoción de la salud es considerada “como cualquier combinación de educación para la salud y apoyos de tipo organizativo, legislativo o normativo, económico y ambiental que faciliten las prácticas saludables”, es decir, un proceso amplio por medio del cual los individuos, los grupos y las comunidades mejoran su control sobre los determinantes personales y ambientales de la salud.

Stokols (1992) hace hincapié no tanto en programas centrados en las personas o en grupos sino en estrategias de carácter ambiental que proporcionen los recursos necesarios para promover la salud y el bienestar de la población. En la actualidad son evidentes los efectos que sobre la salud ejercen determinados factores ambientales. La salud ambiental se fundamenta en la identificación, evaluación, gestión, comunicación y eliminación de los riesgos para la salud humana que se derivan de factores físicos, químicos y biológicos del medio ambiente, con base en la promoción de entornos y conductas saludables que permitan la disminución de riesgos evitables.

Promoción de la salud y prevención de la salud

Es frecuente hablar de promoción y prevención como si fueran una misma cosa, pero razones de tipo operacional, administrativo y sobre todo financiero, justifican una diferenciación.

Los profesionales que se ocupan de prevenir la enfermedad consideran exitosa su gestión en tanto logren que los individuos estén exentos de ella. Sin embargo, sabemos que, además, dichas personas pueden progresar hacia estados de mayor fortaleza estructural, mayor capacidad funcional y mayores sensaciones subjetivas de bienestar. Éste es, en esencia, el verdadero sentido de la promoción de la salud, es decir, tratar de que ésta alcance un nivel óptimo.

La prevención es relativa a la enfermedad, es decir, enfoca la salud pero con una visión negativa; la promoción, en cambio, se refiere a la salud en un sentido positivo, pues apunta hacia la vida, el desarrollo y la realización del ser humano.

La prevención pertenece a ámbitos clínicos y su objetivo es evitar una enfermedad específica; por ejemplo, una vacuna previene una enfermedad particular o una prueba diagnóstica trata de detectar de manera temprana una enfermedad. Por el contrario, la promoción de la salud está más relacionada con los ámbitos sociales y apunta hacia el bienestar comunitario, estimula la exposición a factores protectores de la salud y promueve la adopción de estilos de vida saludables por parte de grupos humanos extensos, por lo cual intenta construir ambientes en los cuales se faciliten, al máximo, las mejores opciones para la salud.



Por el contrario, Gil (1996) señala que los conceptos de promoción de la salud y prevención de la enfermedad se presentan como dos caras de una misma moneda. Especialmente, en prevención primaria (prevención de la enfermedad en personas sanas), resultaría difícil encontrar que una determinada estrategia no favoreciese, al mismo tiempo, la promoción de la salud y, por otra parte, que cualquier intervención destinada a favorecer ésta no sirviese para prevenir la enfermedad. Por otra parte, Amigo y Fernández (1998) consideran que la prevención consiste en aquellas intervenciones dirigidas a reducir o eliminar los comportamientos riesgosos para el desarrollo de algún tipo de enfermedad, mientras que las intervenciones referidas a la promoción tienen como objetivo adquirir y mantener comportamientos saludables y, por consiguiente, mejorar la calidad de vida.

Belloc y Breslow (1972) señalan siete comportamientos (hábitos) que permiten reducir el riesgo de enfermar:

- Dormir siete u ocho horas diarias.
- Desayunar diariamente.
- No comer alimentos entre comidas.
- Mantener el peso adecuado a la talla.
- No fumar.
- Tomar alcohol moderadamente.
- Practicar una actividad física regular.

Se han elaborado diversos proyectos en diferentes países con el fin de promover la salud. En este sentido, Colón (1998) señala, con respecto a la promoción de la salud en Costa Rica, que durante 1997 se brindó apoyo técnico y financiero a distintos programas, entre los que se pueden destacar:

1. Formación de educadores comunitarios en salud.
2. Ferias de promoción de la salud. Constituyen una actividad educativa y recreativa, organizada conjuntamente con el personal de salud, prevención y detección de situaciones de riesgo. Su objetivo es fortalecer el autocuidado en el ámbito preventivo y de promoción de conductas saludables.
3. Centros de trabajo saludables. Impulsa procesos de promoción de salud en centros de trabajo con el fin de estimular conductas saludables y prevenir problemas de salud laboral entre los trabajadores.
4. Cantones saludables. Se orienta hacia el establecimiento de redes cuyos integrantes se constituyen en organizadores de actividades de promoción de la salud, en coordinación con otras instituciones, grupos y asociaciones públicas y privadas.
5. Promoción de la salud en problemas prevalentes y emergentes. Se concentra en impulsar y desarrollar acciones de participación social, educación para la salud y comunicación.
6. Centros educativos promotores de salud. Desarrollan un proceso de promoción de la salud en tres áreas: educación para la salud, ambientes y entornos saludables y servicios de salud y alimentación, mediante el desarrollo de políticas conjuntas entre los sectores salud y educación.
7. Jornadas de promoción de estilos de vida saludables. Realizan actividades para impulsar el análisis sobre conductas y hábitos que afectan la salud de la población. Está dirigido a padres de familia, docentes y escolares, grupos de mujeres y funcionarios de atención integral del Ministerio de Salud.
8. Violencia intrafamiliar. Consiste en el impulso y desarrollo de acciones de capacitación dirigidos a prevenir este tipo de violencia. Participan padres y madres de familia, líderes, estudiantes, mujeres agredidas, docentes, escolares, y organizaciones comunales.
9. Organización comunal. El fortalecimiento de la participación comunitaria es una de las grandes líneas de acción de la promoción de la salud.
10. Lucha contra el tabaquismo.



11. Atención integral de salud a la población indígena.
12. Apoyo al programa de desastres. Se promueve la organización de la comunidad en medidas de prevención y atención de emergencias.

En resumen, en materia de promoción de la salud pueden emprenderse acciones en dos grandes áreas:

- a) Actividad sociopolítica para la defensa de la salud-ambiente. En este sentido se toman medidas orientadas hacia el mejoramiento de las condiciones de vida de todos los individuos de una comunidad. En este campo se llevan a cabo acciones de carácter político cuya implementación está supeditada a la concertación entre diversas fuerzas sociales, a la acción intersectorial y, ante todo, al desarrollo económico y social de cada país. Se enmarcan aquí políticas como la de los “municipios saludables”, impulsada desde la misma OMS.
- b) Educación en salud-estilo de vida. Comprende acciones reeducativas del comportamiento de los individuos, destinadas a evitar el consumo de sustancias tóxicas como el cigarrillo y las drogas, se recomienda el consumo moderado del alcohol, se estimula el consumo de los alimentos más saludables, se promociona la actividad física y se motiva la generación de pensamientos positivos hacia la tolerancia, el respeto, la amistad y el afecto. Se inculca la valoración de la vida, su preservación y su construcción cotidiana.

Prevención de la enfermedad y promoción de la salud

Los psicólogos sociales han realizado numerosas investigaciones acerca de la formación y cambio de actitudes y su relación con hábitos de conducta que pueden contribuir a generar un estado óptimo de salud. Los resultados obtenidos tienden a señalar como los procedimientos más exitosos para modificar comportamientos nocivos para la salud, a las técnicas relacionadas con el aprendizaje vicario u observacional (Bandura, 1982). La exposición a modelos que presentan conductas saludables ha resultado sumamente eficaz para reducir, por ejemplo, hábitos nocivos como fumar (Fraga, 1991). En este sentido, se han diseñado campañas y programas de intervención para promocionar hábitos y estilos de vida sanos vía la presentación de modelos con cierto prestigio (deportistas y cantantes famosos) o bien semejantes a los observadores, quienes al actuar rechazan aquellas conductas que resultan lesivas para la salud. De acuerdo con Gil *et al.* (1995), los resultados obtenidos con estas campañas han sido inferiores a lo esperado, debido, probablemente, a que no reúnen las características que deben regir la educación sanitaria relacionadas con una planificación respetuosa de los valores de los individuos y de la comunidad.

Introducción a las conductas de salud

Las conductas de salud son definidas como “aquellas que las personas manifiestan mientras se encuentran sanas, con la finalidad de prevenir la enfermedad” (Kasl y Cobb, 1966); o bien, de acuerdo con Matarazzo (1984), “los esfuerzos de las personas por reducir sus patógenos conductuales y practicar conductas que sirvan como inmunógenos conductuales”.

Según Amigo y Fernández (1998), distintos tipos de variables determinan las conductas de salud, a saber:

1. *La clase y el entorno sociales* pueden ejercer una notable influencia sobre los hábitos de salud de una persona. Por ejemplo, el grupo de iguales puede ser un notable condicionante para que los adolescentes comiencen a fumar.



2. *La percepción del síntoma* influye para que las personas decidan realizar un cambio en sus conductas de salud (por ejemplo, en sus hábitos alimenticios luego de haber tenido hipertensión), aunque estas modificaciones suelen ser transitorias. Sin embargo, cuando dichos síntomas se repiten, implementan estrategias de modificación definitivas. El síntoma cumple la función de señal de un problema de salud y los cambios que se intentan tienden a reducir el riesgo de sufrir una determinada enfermedad.
3. *Los estados emocionales* (ansiedad, aburrimiento) suelen desencadenar conductas perjudiciales para la salud (comer en exceso, beber demasiado alcohol, fumar, sedentarismo, etc.). Según Leventhal *et al.* (1985) se ha comprobado que un alto arousal emocional interfiere con los hábitos saludables de una persona.
4. *Las creencias* sobre la salud influyen marcadamente sobre los hábitos de las personas. Cada cual construye un modelo explicativo acerca de la salud, de las causas de las enfermedades, el significado que le otorga a la misma, así como el concepto acerca de la forma en que se deben implementar los cambios. Una persona puede creer que, mediante una dieta vegetariana y actividad física regular, puede evitar el riesgo de contraer cáncer, o bien que, independientemente del estilo de vida que se lleve, mediante estudios médicos periódicos se elimina el riesgo de padecer cierto tipo de enfermedad.

En general, los programas de salud dirigidos a niños y adolescentes se proponen como objetivos:

- Disminuir las tasas de mortalidad y morbilidad mediante el incremento de hábitos y conductas saludables.
- Modificar comportamientos de riesgo.
- Ofrecer atención oportuna a los casos detectados.
- Promover comportamientos de autocuidado de la salud.
- Prevenir prácticas de riesgo.
- Brindar servicios de atención integral de salud.
- Formar redes de apoyo para asegurar la atención integral de la salud.

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 3.1).

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 gene-



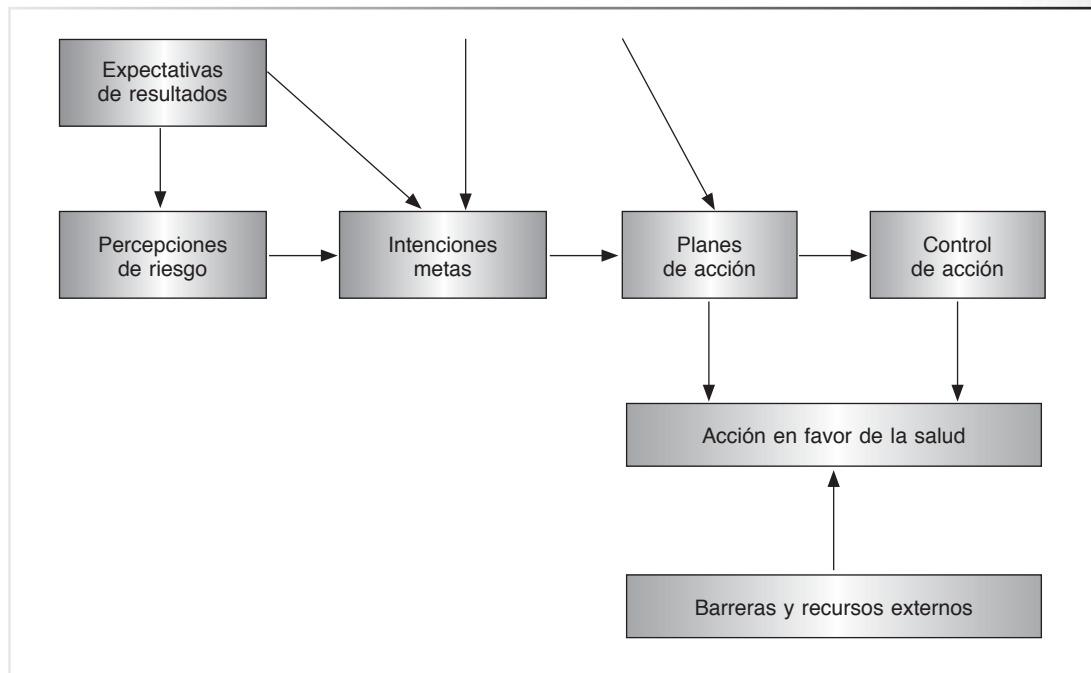


Figura 3.1 El enfoque del proceso de acción en favor de la salud (Schwarzer y Fuchs, 1999).

ral, 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, realiza-



rán 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).

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 desadap-

tativas 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.



Los tratamientos cognitivos comportamentales deben incluir:

1. Planes y metas realistas determinados en forma conjunta entre el terapeuta y el individuo o el grupo, después de recabar información inicial.
2. Los comportamientos adaptativos deben ser reforzados a la vez que se eliminan los desadaptativos.
3. Las actividades diarias deben ser establecidas en forma gradual y reforzadas contingentemente, lo cual permite a los individuos obtener experiencias exitosas y evitar los fracasos.
4. Es necesario que a los miembros de la familia y otras personas significativas para el paciente, se les enseñen los principios básicos de la modificación del comportamiento para posibilitar la ayuda adecuada y reemplazar el comportamiento desadaptativo por otros más saludables.
5. A los sujetos se les debe enseñar diversas técnicas para el manejo de situaciones problemáticas, para que las practiquen en situaciones diarias (en el hogar, medio social y en el trabajo).
6. Se les debe ayudar a reconocer sus comportamientos no saludables específicos y a diferenciarlos de aquellos que sí lo son.

Vera y Fernández (1989) proponen un modelo cognitivo-comportamental para el tratamiento de la obesidad, que tiene como objetivo alcanzar el autocontrol, es decir, se pretende proporcionar al sujeto una serie de habilidades de automanejo (cognitivas, afectivas y conductuales) que le permitan modificar su conducta de comer excesivamente.

Las técnicas utilizadas son:

- Autoobservación. Con frecuencia los sujetos desconocen su forma de ingerir alimentos (por ejemplo, comen automáticamente). Se le enseña a observar su conducta, cómo, dónde, qué y en qué situaciones comen en exceso.
- Autoregistro. Implica el registro diario de los hábitos alimenticios y de la actividad física.
- Análisis funcional. Identificación de las variables ambientales que funcionan como antecedentes y consecuentes de la conducta excesiva de ingesta de alimentos.
- Reestructuración cognitiva.

Se identifican los siguientes estímulos antecedentes:

1. Estímulos que desencadenan respuestas emocionales y automáticas.
2. Estímulos que actúan como señales discriminativas que provocan respuestas de comer.
 - a) Estímulos ambientales externos.
 - Horario de comidas.
 - Características de los alimentos: olor, color, sabor.
 - Hábitos de compras de alimentos.
 - Hábitos de almacenamiento: disponibilidad.
 - Lugar donde se consumen los alimentos.
 - En presencia de quién se consumen.
 - Actividad que se realiza simultáneamente con la ingesta.
 - Hábitos de familiares, amigos y compañeros.
 - b) Estímulos internos.
 - Cognitivos.
 - Estados emocionales (aburrimiento, tensión, ansiedad, enfado, pesimismo).
 - Falsas creencias sobre pérdida de peso.
 - Expectativas del sujeto, por ejemplo, interacción con los demás, con la pareja, etcétera.

- c) Biológicos.
 - Deficiencias nutricionales temporales, problemas médicos, diabetes, artritis.
- d) Fisiológicos.
 - Presencia o ausencia de sensación física de hambre o saciedad.

En cuanto al tratamiento, una vez realizado el análisis de los autoregistros se procede a llevar a cabo la planificación ambiental con el fin de lograr un adecuado control de estímulos. En este sentido se prescriben las siguientes pautas de comportamiento:

 - ▶ Comer en un solo lugar de la casa.
 - ▶ Establecer horarios fijos de comida.
 - ▶ No realizar ninguna otra actividad mientras se come (no ver TV, no leer, etc.).
 - ▶ Planificar de antemano lo que se va a comer.
 - ▶ Guardar en lugares no accesibles, o bien, no comprar alimentos con altas calorías.
 - ▶ Ir de compras después de comer, a fin de evitar tentaciones, etcétera.

Con respecto a la modificación de la conducta problema se aconseja:

 - ▶ Comer despacio.
 - ▶ Masticar bien los alimentos.
 - ▶ Disminuir la cantidad de alimento por bocado.
 - ▶ Poner los cubiertos en la mesa entre bocados.
 - ▶ Comer menor cantidad de alimentos, servirse en platos pequeños.
 - ▶ Servir las comidas y retirar las fuentes.
 - ▶ Dejar algo de comida en los platos.
 - ▶ No repetir.
 - ▶ Retirarse de la mesa en el momento en que se ha terminado de comer.

Con respecto a las consecuencias, se alienta a los sujetos a desarrollar conductas alternativas y/o incompatibles y se les enseña a identificar la cadena de comportamientos que le llevan a sobrecomer (sentimientos de soledad, amargura, opresión, frustración, etc.) y elaborar posibles soluciones alternativas (llamar a un amigo a dar un paseo, hacer ejercicios, relajarse). También se planea aumentar la actividad física, como un intento de cambiar el estilo de vida sedentario, mediante el aumento de la actividad cotidiana (uso de escaleras, estacionar el auto lejos, bajar del autobús una parada antes) y la actividad física sistemática y estructurada (yoga, ejercicios aeróbicos, natación, etcétera).

En cuanto a la reestructuración cognitiva se llevan a cabo las siguientes intervenciones:

1. Registro, identificación y análisis de pensamientos automáticos o disfuncionales que aparecen en situaciones de “alto riesgo” y que conducen a caer en tentaciones.
2. Modificación del autodiálogo negativo y reemplazo por pensamientos e imágenes alternativos que colaboren con la consecución de las metas propuestas.
3. Sustitución de creencias dogmáticas y absolutistas que conduzcan a la aparición de emociones negativas apropiadas cuando las cosas no suceden como lo deseáramos; por ejemplo, “debo perder peso todas las semanas”, “necesito seguir estrictamente la dieta”, etc., por cogniciones preferenciales: “me gustaría perder peso semanalmente”, “desearía mantenerme en la dieta”, etcétera.
4. Modificación de los errores en el procesamiento de la información (errores cognitivos), por ejemplo, pensamiento dicotómico, generalización excesiva, inferencias arbitrarias, abstracción selectiva, etcétera.
5. Identificación de los supuestos y creencias que impiden un adecuado manejo y control de la conducta de ingesta de alimentos.



Etapas del cambio de conducta

Numerosos estudios han evaluado los cambios en la expectativa de vida que tendrían lugar como resultado de la modificación de ciertos patrones de conducta, que se encuentran asociados con mayores riesgos de padecer ciertas enfermedades. En general, las personas poseen hábitos adquiridos y rituales, que realizan cotidianamente sin reflexionar, que resultan muy perjudiciales para su salud y que son marcadamente resistentes al cambio. Prochaska y Di Clemente (1992) sostienen que cuando se decide modificar una conducta nociva habitual, se pasa a través de una serie de etapas:

1. *Precontemplación.* En esta etapa no se tiene planificado realizar ningún cambio, ya sea porque no se cuenta con información suficiente sobre las consecuencias de la conducta, o porque no se está convencido de los beneficios que reporta el cambio, o acerca de su capacidad para llevarlo a cabo.
2. *Contemplación.* Se proyecta modificar la conducta dentro de los próximos seis meses, pero aún no se siente en condiciones para poder hacerlo.
3. *Preparación.* La persona está convencida de que efectivamente va a realizar el cambio, y está comenzando a hacer algo al respecto, tal como disminuir la cantidad de calorías que consume, o el número de cigarrillos que fuma. Esta etapa dura entre uno y seis meses.
4. *Acción.* En esta etapa realmente se efectúan los cambios necesarios y en ella se puede tener éxito o no. Dura alrededor de seis meses.
5. *Mantenimiento.* Esta etapa puede durar hasta cinco años, y en ella no se practica el viejo hábito, aunque aún existen posibilidades de que pueda recaer en él.
6. *Terminación.* En este nivel se encuentra liberado de las tentaciones.

Este modelo fue inicialmente utilizado para predecir el abandono del tabaquismo en fumadores. Prochaska (1992) estimó que la mayoría de éstos se encuentran en etapa de precontemplación (50-60%) o contemplación (30-40%), mientras que únicamente 10-15% está preparado para el cambio.

En los últimos años este modelo ha ganado adeptos y ha sido ampliado a cambios de conducta como, por ejemplo, disminución de prácticas de riesgo para la infección por el virus de inmunodeficiencia adquirida (Prochaska *et al.*, 1994), ejercicio físico (Marcus *et al.*, 1994) y adopción de una dieta saludable (Glanz *et al.*, 1994). Como en el caso del tabaquismo, la utilización del modelo no sólo ha permitido predecir los cambios de conducta, sino que también ha permitido adecuar las recomendaciones preventivas y darles mayor eficacia, en el caso del consejo sobre el hábito dietético (Campbell *et al.*, 1994) y en la recomendación de la realización periódica de mamografías (Skinner *et al.*, 1994).

Ockene (1993) ha descrito las estrategias de intervención más adecuadas a las distintas etapas del cambio:

Fase	Estrategias
Precontemplación	<ul style="list-style-type: none">- Proporcionar más información- Ayudar al paciente a creer en su capacidad de cambio (autoeficacia)- Personalizar la valoración
Contemplación	<ul style="list-style-type: none">- Ayudar al paciente a desarrollar habilidades para el cambio de conducta- Ofrecer apoyo- Ayudar al paciente a desarrollar un plan de cambio- Proporcionar material de ayuda

continúa



Fase	Estrategias
Acción	<ul style="list-style-type: none"> - Ofrecer apoyo - Ayudar al paciente a prepararse ante posibles problemas
Mantenimiento	<ul style="list-style-type: none"> - Ayudar al paciente a prepararse ante posibles problemas
Recaída	<ul style="list-style-type: none"> - Ayudar al paciente a comprender los motivos de la recaída - Proporcionar información sobre el proceso de cambio - Ayudar al paciente a hacer planes para el próximo intento - Facilitar la confianza del paciente en su capacidad para cambiar - Ofrecer un apoyo (incondicional)

Vías para la modificación de hábitos de salud

Se han elaborado distintas teorías para explicar la adquisición de los comportamientos saludables y la modificación (o eliminación) de los riesgosos. La modificación de conductas de salud implica, fundamentalmente, un cambio en el estilo de vida de las personas, en especial respecto de sus creencias y actitudes.

El *modelo de creencias sobre la salud* (Becker y Maiman, 1975) explica que las personas producirán cambios conductuales significativos en el área de su salud y cambiarán sus actitudes y creencias si poseen un mínimo de motivación e información relevante para su salud (véase figura 3.2).

Se argumenta que las conductas saludables están determinadas por la vulnerabilidad percibida por el sujeto respecto de la entidad de la amenaza que pesa sobre su salud. Se debe considerar la susceptibilidad del sujeto a la enfermedad, la percepción de la severidad de las consecuencias de ésta y los beneficios potenciales de la adopción de medidas preven-

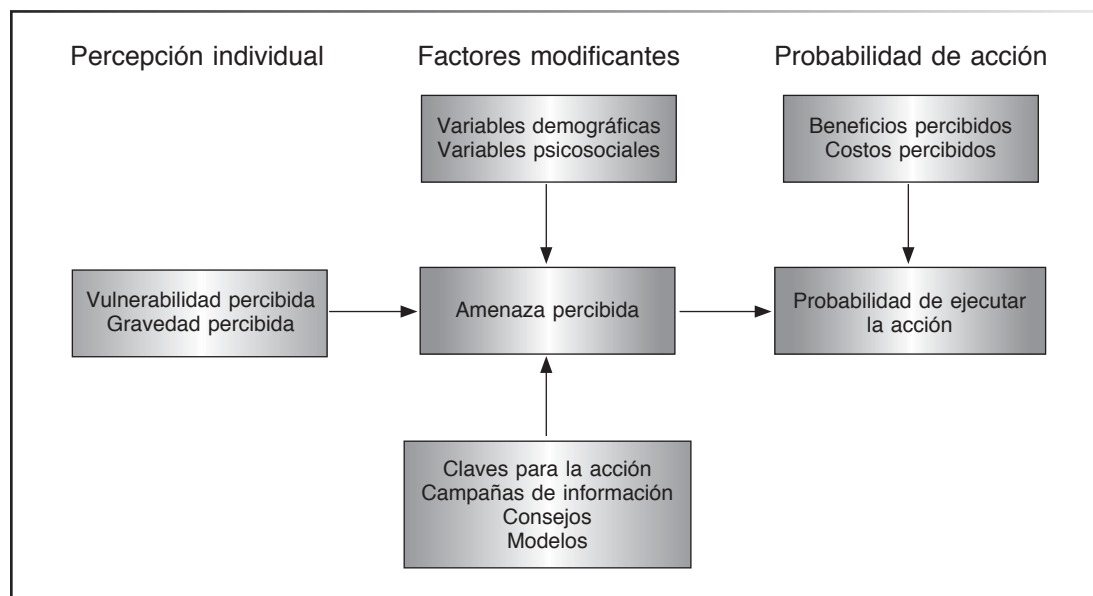


Figura 3.2 Modelo de creencias sobre la salud (Becker y Maiman, 1975).



tivas, es decir, que la persona esté convencida de la eficacia de las intervenciones (costos y beneficios) y perciba pocas dificultades para llevar a cabo la conducta saludable. En este sentido cumplen una función importante las campañas informativas, las prescripciones, la exposición a modelos, etcétera.

Por ejemplo, para que una persona adopte conductas saludables relacionadas con el sexo, a fin de prevenir el sida, en primer lugar debe tener conocimiento de la gravedad de la enfermedad y verse a sí mismo como vulnerable si no adopta ciertas conductas de índole preventivas (uso de condones, evitación de la promiscuidad sexual, etc.). También existen “factores de modificación”, que incluyen variables demográficas (edad, sexo, raza, etc.) y psicosociales (personalidad, clase social, presión del grupo, etc.) que afectan indirectamente a las conductas saludables a través de su influencia en las creencias de salud. En general, los adolescentes adoptan medidas precautorias cuando han recibido una adecuada información acerca del sida; de lo contrario, se creen invulnerables a la enfermedad, desconocen su gravedad y guían sus conductas por las creencias de su grupo de iguales.

Esta teoría se basa, fundamentalmente, en el supuesto de que el cambio de actitudes y creencias constituye un prerrequisito indispensable para modificar algún tipo de conducta. Numerosas investigaciones que han explorado cómo promover este cambio han identificado las siguientes estrategias.

Campañas informativas

Se han distinguido los siguientes subprocesos cognitivos implicados en cualquier campaña dirigida a promover un cambio en las actitudes y creencias de las personas con respecto a su salud:

1. Captación de la atención de las personas a las cuales van dirigidas.
 - a) Comprensión del mensaje.
 - b) Aceptación de propuestas.
 - c) Retención del mensaje.
 - d) Acción efectiva (cambio hacia conductas saludables).

En el proceso de persuasión, mediante campañas informativas, se deben tener en cuenta ciertos factores:

1. La eficacia del mensaje depende de la credibilidad y prestigio de quien lo presente.
2. Los mensajes son más eficaces si los comunicadores se presentan como modelos atractivos y seguros, y son percibidos como similares a las personas a quienes van dirigidos.
3. Los mensajes deben ser claros, precisos y simples.
4. El tipo de argumento utilizado para persuadir dependerá de las características de la persona a quien va dirigido el mensaje.
5. El comunicador debe explicitar las conclusiones y no presuponer que la audiencia los extraerá por sí misma.

A este modelo, basado en la comunicación persuasiva, se le han detectado algunos defectos (Frías, 2000), por ejemplo, que los receptores de las comunicaciones desarrollan ciertos mecanismos de defensa (en los procesos perceptivos, de exposición y de retención selectiva), los cuales impiden, en muchos casos, el cambio de actitudes y de conductas, los que no siguen necesariamente a los cambios de creencias.

Apelación al miedo

El supuesto del cual se parte es que si se apela al miedo y a la aprehensión, los mensajes serán más eficaces, es decir, se producirán cambios marcados en actitudes y creencias que



se manifestarán en conductas más saludables. Los resultados de las investigaciones acerca de este tema son dispares, pero se pueden identificar algunas condiciones para que este tipo de mensaje sea eficaz (Roger, 1983):

1. La apelación al miedo debe dejar bien claras las consecuencias indeseables para la salud de repetir cierto tipo de conductas.
2. El mensaje debe convencer a las personas de que esas consecuencias son reales y pueden afectarles.
3. Describir claramente la manera de evitar esas consecuencias negativas.
4. Persuadir a las personas de que pueden comportarse de la manera que se les ha sugerido (crear expectativas de autoeficacia mediante la persuasión).

Cambios de actitud y conducta

Los investigadores se preguntan hasta qué punto las campañas informativas y la apelación al miedo logran un cambio estable y duradero en la conducta. De acuerdo con Bishop (1994), los resultados en el campo de la salud son dispares; algunos autores creen haber encontrado una asociación entre cambio de actitudes, creencias y modificación de las conductas de salud, mientras que otros no. Fazio (1989) considera que las actitudes tienen una mayor influencia sobre la conducta cuando fueron adquiridas a través de una experiencia directa, cuando son fácilmente accesibles y relevantes; y tienen interés para la persona. De acuerdo con Fishbein y Azjen (1975), el cambio de actitud tendrá más efecto sobre la conducta cuando es coherente o, al menos, no entra en contradicción con las normas prevalentes.

La *teoría del aprendizaje* aplicada al ámbito de la salud sostiene que las conductas saludables son hábitos aprendidos y, por tanto, su adquisición, mantenimiento y modificación están sujetas a los principios del aprendizaje. Con base en este supuesto se ha propuesto la aplicación de los principios y técnicas conductuales para modificar hábitos de salud.

El análisis funcional de la conducta implica, en primer lugar, especificar y operacionalizar el comportamiento que debe ser modificado: luego, establecer bajo qué condiciones antecedentes (estímulos discriminativos) aparece la conducta no saludable y cuáles son las consecuencias (refuerzos) que le siguen y que permitan que se mantenga. Se parte de la premisa que la conducta, como variable dependiente, está en función de las variables independientes, que pueden ser manipuladas por los profesionales con el fin de modificar la conducta perjudicial para la salud.

Desde los enfoques cognitivo-conductuales se tiene en cuenta, además, las variables internas (cogniciones) entre las que se incluyen lo que las personas se dicen a sí mismas acerca de sus conductas de salud. En este sentido, Meichenbaum (1974) sostiene que el entrenamiento autoinstruccional resulta una estrategia de intervención muy eficaz para el cambio de conducta. Por ejemplo, una persona diabética puede autoinstruirse acerca de los pasos que debe seguir para adoptar la dieta adecuada a su problema de salud.

Otro planteamiento de quienes reivindican este modelo es cómo mantener en el tiempo los nuevos hábitos saludables adquiridos. En general, para ello se apela a programas de reforzamientos intermitentes, entre los cuales se mencionan como los más resistentes a la extinción los de razón o de intervalo variable. Por último, se espera que las conductas saludables se mantengan por efecto de los reforzadores naturales que provienen de la realización de la actividad misma. Por ejemplo, se tiene la expectativa de que la persona que abandonó el hábito de fumar o de comer excesivamente obtenga gratificación por sentirse mejor (bienestar físico y psicológico), más enérgico, con mayor predisposición a la actividad física, etcétera.

El *modelo de aprendizaje social* (Bandura, 1980), considera que las variables cognitivas son fundamentales para explicar la adquisición de los aprendizajes y la modificación de los comportamientos. Desde esta perspectiva, basada en el paradigma del procesamiento de la



información, las personas son consideradas como agentes que activamente procesan información (atención, decodificación, codificación, retención y recuperación) y toman decisiones. En esta teoría son relevantes los conceptos de autocontrol (autorregulación) y de autoeficacia.

El concepto de autocontrol se refiere a la capacidad de las personas para regular su conducta. Se argumenta que gran parte de los comportamientos del hombre está motivada y regulada por criterios internos y reacciones autoevaluatorias ante sus propias acciones y que todo acto incluye entre sus determinantes las influencias autoproducidas. Las personas se proponen normas, objetivos, niveles de ejecución, que funcionan como motivadores de la conducta actual. A su vez, permanentemente, los individuos evalúan en qué medida han alcanzado lo que se han propuesto y lo hacen mediante criterios de comparación (sociales, personales, modelados). Si los procesos autoevaluatorios señalan que se ha conseguido lo propuesto, emerge un sentimiento de orgullo y autoconfianza (autorrefuerzo); por el contrario, si se estima que las metas se encuentran aún tan alejadas como al principio, aparece la autocrítica, la autodevaluación y sentimientos negativos que conducen al autocastigo.

De acuerdo con Bandura (1990), la autoeficacia “se relaciona con las creencias de las personas acerca de sus capacidades para movilizar su motivación, sus recursos cognitivos y los cursos de acción necesarios para ejercer el control sobre las exigencias de una tarea”.

Por otra parte, el mismo Bandura (1987) relaciona explícitamente la autoeficacia con la salud, cuando sostiene que “a no ser que el individuo crea que puede dominar y cumplir hábitos que favorezcan su salud es poco probable que dispense el esfuerzo suficiente para conseguirlo”. Luego, agrega que “lo que necesita saber el individuo es la forma de regular su conducta y disponer asimismo de una creencia firme en su eficacia para convertir la preocupación por posibles enfermedades futuras en una conducta preventiva eficaz”.

Según estos conceptos, es importante que las personas sostengan fuertes creencias de que los conocimientos y destrezas que poseen en relación con su salud le son útiles para regular y modificar su conducta y que se sientan capaces de llevar a cabo distintas conductas preventivas.

Bandura (1988) distingue otra capacidad distintiva humana, la vicaria, referida a la posibilidad que tiene el hombre de aprender guías de acción mediante la observación de la conducta de otras personas y de las consecuencias que tal conducta produce. La capacidad vicaria permite a los sujetos adquirir las reglas necesarias para generar y regular patrones de acción, abreviándose así los procesos de adquisición, muy importantes para el desarrollo y la supervivencia del hombre. De acuerdo con este enfoque, las personas expuestas a modelos que poseen conductas saludables tenderán a incorporar a su repertorio dichos comportamientos, si ven que de ellas emanan consecuencias positivas (refuerzos); mientras que, por el contrario, cuando se les expone a modelos con hábitos nocivos y observan los efectos perjudiciales para su salud, se presenta un efecto inhibitorio.

Además, distingue la capacidad de autorreflexión, la cual posibilita a la persona analizar sus experiencias y reflexionar sobre sus procesos mentales. Esta aptitud le permite alcanzar un conocimiento genérico sobre sí mismo y sobre el entorno, además de poder evaluar y modificar sus pensamientos. La autorreflexión sobre sus cogniciones y conductas, la predicción de acontecimientos, juzgar si son adecuados o no a partir de los resultados y su modificación a través de procesos metacognitivos, puede ser fuente tanto de pensamientos adaptativos como de patrones de pensamiento distorsionados.

Conductas de promoción de la salud

Estas conductas son todos aquellos comportamientos que manifiesta una persona con el propósito de alcanzar un nivel óptimo de bienestar físico y psicológico, y un estilo de vida saludable mediante la prevención de la enfermedad.

Ejercicio

En diversos estudios se ha comprobado que los programas sistemáticos de ejercicios físicos son esenciales para la salud psicofísica de las personas, debido a que incrementan los movimientos de articulaciones y músculos, fortalecen la musculatura del cuerpo, incrementan la resistencia y reducen la fatiga y ansiedad.

En general, se recomienda que el programa de ejercicios se lleve a cabo en forma gradual, que las tareas y metas sean fáciles de lograr, y que la dificultad y complejidad de los mismos vaya en paulatino aumento. Este gradualismo permite a las personas adquirir confianza en sí mismas mediante una serie de experiencias exitosas, a la vez que reducen la ansiedad y el temor.

Los beneficios del ejercicio físico regular pueden resumirse en los siguientes:

- Mantiene la presión sanguínea entre valores normales.
- Disminuye el riesgo de desarrollar afecciones cardíacas.
- Reduce el riesgo de sufrir un accidente cerebral.
- Aumenta el nivel de colesterol HDL, se atenúa la menor propensión a padecer arterosclerosis.
- El peso corporal se mantiene dentro de parámetros normales, de acuerdo con la estatura, edad y sexo de la persona.
- Contribuye a prevenir la osteoporosis.
- Disminuye la ansiedad, contribuye a experimentar un estado de bienestar físico y psicológico y previene o ayuda a superar estados depresivos.
- Ayuda a tolerar y superar las diversas molestias y trastornos propios del envejecimiento.

A pesar de estar suficientemente comprobado que la actividad física es saludable, las personas suelen negarse a su práctica con base en ciertos argumentos tales como “no tengo tiempo”, “no me agrada hacer gimnasia”, “me siento demasiado cansado como para hacerlo”, “estoy muy viejo para hacer esfuerzos físicos”, “tengo miedo a realizar un movimiento mal hecho que me produzca dolor”, etc. En este sentido, las intervenciones deben estar dirigidas a vencer dichas resistencias mediante el aporte de información sobre los beneficios y consecuencias positivas (bienestar corporal y psicológico) de realizar una actividad física de manera regular.

Actividad física y salud psicológica

Se considera que la práctica de la actividad física tiene una gran importancia higiénica preventiva para el desarrollo armónico del sujeto (niño, adolescente y adulto) y para el mantenimiento del estado de salud. La práctica de cualquier deporte conserva siempre un carácter lúdico “y pudiera ser una buena medida preventiva y terapéutica, ya que conlleva aspectos sociales, lúdicos e incluso bioquímicos que favorecen el desarrollo de las potencialidades del individuo” (Cevallos, 2000).

Algunos autores explican la relación positiva entre actividad física y salud psicológica como mecanismo fisiológico o neurofisiológico, en términos de liberación de hormonas y neurotransmisores, que repercuten en el mejoramiento psicológico; o como proceso psicológico, en el que se alcanza una forma de relajación, diversión y evasión de pensamientos, emociones y conductas desagradables los que son reemplazados por sensaciones de autosuficiencia, control y competencia (Sánchez, 1996). Otros, relacionan la práctica sistemática del ejercicio físico con una sensación acentuada de control sobre sí mismo y de las funciones corporales, lo que genera una mejor percepción del estado general de bienestar.



En diversos estudios se considera que el ejercicio distrae o aleja la atención del individuo de ansiedades de origen cognitivo, produce una sensación de bienestar corporal, y el consecuente mejoramiento de la autopercepción del cuerpo y la autoestima (Garnier y Waysfeld, 1995).

En cuanto a la relación de la actividad física con la salud mental en la infancia, se ha establecido la mayor probabilidad de permanecer activo el resto de la vida si en esta edad se consolidan los hábitos de ejercicio, es decir, mejora el estilo de vida, y con ello, la calidad de vida. Recordemos que la infancia y la adolescencia son los periodos más importantes de la vida para adquirir hábitos de vida y comportamientos. Los beneficios se relacionan con el fortalecimiento moral del niño, como el valor y la decisión para obtener éxitos, resolución de problemas, la honradez y el buen humor, así como el seguimiento de normas y reglas de conducta ante el juego y el deporte. De aquí se desprenden otros beneficios como la formación del carácter, el rendimiento académico y el logro social, así como la movilidad y la promoción sociales (Sánchez, 1996).

Actividad física y deporte

En general, son reconocidos los efectos benéficos que para la salud reportan la práctica del deporte para enaltecer virtudes educativas-socializadoras tales como el afán de superación de metas y lucha ante el esfuerzo, la capacidad de cooperar y trabajar en equipo, fomentar valores y actitudes, maduración personal y de grupo, participación, empatía, etcétera.

En cuanto a las distintas facetas de la actividad deportiva, el mayor volumen de investigación se ha centrado en competencias de alto rendimiento, individual y por equipos, así como en el deporte infantil y juvenil. De manera progresiva, se ha extendido a los agentes psicosociales que intervienen en el contexto deportivo, las diferencias sexuales y transculturales y a la actividad física, tanto recreativa como terapéutica. Asimismo, se han desarrollado trabajos centrados cada vez más en la práctica física y deportiva como vía de inserción y ajuste social, y sus aplicaciones a la salud y el bienestar (Cantón, Sánchez-Gombau y Mayor, 1995; Cantón y Sánchez-Gombau, 1999; Sánchez-Gombau y Cantón, 1999).

Como ocurre en otras áreas de la psicología, las orientaciones cognitivas sobresalen entre la diversidad de enfoques teóricos, a tal punto que es frecuente hablar de los procesos “cognitivo-motivacionales y afectivos” que intervienen en la conducta. Así pues, el cambio fundamental puede concretarse en la progresiva sustitución de los enfoques *mecanicistas* por las distintas *teorías cognitivas*, las cuales consideran a la persona como un agente que procesa activamente sus desempeños y logros.

Respecto a los procesos emocionales, el interés ha sido mayor cuando se ha abordado su relación con comportamientos no deseables, como el abandono de la práctica o el deterioro del rendimiento competitivo, entre cuyas causas se destacan, como se ha dicho, emociones como ansiedad o los distintos tipos de miedos. En un sentido positivo se han estudiado variables emocionales como el disfrute o la diversión, especialmente en los niños y jóvenes; la búsqueda de sensaciones, con deportes de riesgo; y la experiencia de “flujo” que comporta sensaciones de control, relajación y bienestar, asociadas con especiales niveles de calidad en la ejecución (Csikszentmihalyi, 1992).

Prevención de accidentes

Una manera de promocionar la salud es mediante la implementación de programas destinados a favorecer conductas que tengan como finalidad evitar situaciones riesgosas para la salud. Los accidentes son definidos como sucesos independientes de la voluntad. Sin embargo, la gran mayoría de ellos no son fortuitos, sino predecibles, razón por la cual pueden ser evitados (Smith y Pless, 1994). En este sentido, un programa de prevención debería incluir:

- Una valoración de la calidad de vida de la persona o comunidad a través de la identificación de conductas de riesgo.
- La identificación de dichos comportamientos y el análisis de su contribución a los problemas sociales que afectan a una comunidad.
- Operacionalizar conductas problemáticas, por ejemplo: problemas de incapacidad en la población adolescente, como consecuencia de una alta siniestralidad (velocidad excesiva, falta de respeto por las señales de tránsito, ingesta de alcohol, no usar casco cuando se maneja un ciclomotor, etcétera).
- Detectar factores reforzantes, predisponentes y facilitadores relacionados con estas conductas problema.
- Priorizar los factores identificados con el objeto de seleccionar aquellos sobre los que se va a comenzar a implementar un programa de modificación.
- Establecer el diagnóstico mediante el desarrollo e implementación del programa de intervención a seguir, con el fin de modificar actitudes para generar cambios permanentes de comportamientos más saludables.
- Evaluar la adecuación de todo el proceso.

De acuerdo con Frías (2000), los accidentes pueden ser clasificados en:

1. *Domésticos*. Son los más frecuentes, afectan a personas de distintas edades y sexo, y están relacionados con caídas, quemaduras, ahogamientos, intoxicaciones con alimentos y medicamentos, etc. Del total de accidentes, aproximadamente 75% ocurre en el hogar. Los niños menores de cinco años son muy vulnerables, así como las mujeres posmenopáusicas a las quebraduras de pelvis (osteoporosis), y los ancianos en general a diversas enfermedades neurológicas, cardiovasculares, hipotensión arterial, etc. Es importante que se adopten conductas previsoras a fin de anticiparse a futuros accidentes en la casa (instalación de protecciones en ventanas, piscinas, escaleras, frascos de medicamentos con tapón de seguridad, almacenamiento de artículos de limpieza y desinfección lejos del alcance de los niños, equipos adecuados de calefacción, etcétera).
2. *Laborales*. Los de este tipo afectan predominantemente a los adultos. Los más graves se registran en los sectores del transporte y la construcción.
3. *De tránsito*. Éstos son los accidentes de mayor incidencia sobre los índices de mortalidad y de discapacidad, pues afectan a todos los grupos de edad, especialmente a los adolescentes y adultos jóvenes. Los varones, con independencia del grupo de edad, presentan tasas más elevadas de mortalidad que las mujeres. Además, en ambos sexos se registra un alto riesgo en la franja de edad comprendida entre los 15 y 24 años y en aquellas personas con una edad superior a los 65 años. Entre las causas personales más frecuentes de accidentes de tránsito se encuentran el consumo de alcohol, uso de ciertos medicamentos y droga (psicotrópicos, antihistamínicos, analgésicos, cocaína, marihuana, etc.), velocidad de conducción, experiencia del conductor, fatiga, estrés, etc. Las medidas sancionadoras y el consejo de los profesionales de la salud acerca de evitar el consumo de alcohol y el asesoramiento sobre los efectos de ciertos fármacos sobre los procesos cognitivos y comportamentales, así como el rol de la práctica para un desempeño eficaz, reviste especial importancia en una campaña de prevención de accidentes. En cuanto a los factores de protección individual, el uso de cinturones de seguridad, casco protector y sillas de seguridad para niños, constituyen prácticas saludables para prevenir accidentes mortales o de graves lesiones. Por otra parte, ciertos factores ambientales, como cruces, pasos a desnivel, escasa calidad de las rutas, mala sincronización de semáforos, épocas e inconveniencia de los horarios en que se viaja (por ejemplo, días festivos, inicio o finalización de las vacaciones, viajes nocturnos) tienden a aumentar el riesgo de accidentes, por lo cual, una adecuada información acerca



de cómo afrontar de manera alternativa dichas situaciones, resulta de capital importancia a los efectos de una efectiva prevención.

4. *Accidentes deportivos y recreativos.* Éstos están relacionados con la práctica de ciertos deportes (rugby, fútbol, hockey) y actividades recreativas de riesgo, que afectan, especialmente, a los adultos jóvenes (por ejemplo, juegos en parques de diversiones).

Bonaldi (1998) señala que desde hace unos años, en Argentina, los medios masivos de comunicación han informado y sensibilizado a la comunidad acerca del problema de los jóvenes que pierden la vida en forma violenta (accidentes de tránsito, suicidios, lesiones autoinfligidas, víctimas o partícipes de actos delictivos o peleas ocurridas en espectáculos deportivos o musicales). Asimismo, define como muertes violentas, a aquellas producidas por una causa externa, es decir, que no son el resultado del deterioro de la salud, sino que son provocadas desde afuera por la acción humana, y que tienen como consecuencia una marcada conmoción social, debido a que son consideradas muertes “no naturales” y como algo que “no debería haber ocurrido”.

Las muertes violentas se encuentran entre las principales causas de mortalidad en la población juvenil argentina; la tasa de este tipo de defunciones en 1995 entre jóvenes varones fue de 83 por cada 100 000, cifra muy superior a la que presenta la mayor parte de los países industrializados. Además, las estadísticas señalan que la cuarta parte de estas muertes son debidas a accidentes de tránsito; otro 25% resulta de otros tipos de accidentes (ahogamiento, envenenamiento, caídas, incendios o disparos no intencionales de armas de fuego). Un porcentaje algo superior al anterior se refiere a fallecimientos que se producen como consecuencias de lesiones (accidentales o intencionales). El resto de las muertes violentas corresponde en partes iguales a suicidios y homicidios. Bonaldi (1998) sostiene que este fenómeno puede ser explicado, en parte, como un debilitamiento de los lazos sociales (los jóvenes tienen dificultades para sentirse parte de una sociedad, y poseen bajas expectativas acerca de “cómo deben actuar”, lo que “deben ser” y “lo que se espera de ellos” como miembros de una comunidad), y como un producto de profundas transformaciones socioeconómicas y culturales que han producido una marcada incertidumbre generada por la pérdida de confianza en los conocimientos, valoraciones y pautas de conducta que habían resultado útiles en periodos anteriores. Por otra parte, desde una perspectiva sociológica, destaca que el valor de la vida humana no es algo natural, sino que es un valor aprendido socialmente; que cuando se debilita la capacidad de una sociedad para transmitir a sus miembros un conjunto de valores básicos, se produce una desvalorización de la vida, que se expresa, entre otras cosas, en una mayor exposición a situaciones riesgosas.

Conductas relacionadas con el cáncer

Se sabe que existen diferencias individuales y culturales muy marcadas respecto de la forma de reaccionar frente al conocimiento de “padecer” cáncer. Dunn *et al.* (1993) comprobaron que a los pacientes que se les mencionaba su patología con el término “cáncer”, presentaban mayor ansiedad que aquellos a los que simplemente se les hablaba de “enfermedad”. Lerman y Rimer (1993), que realizaron un trabajo que evaluaba la ansiedad de los pacientes que se sometían a estudios de *screening* (pruebas de tamizado) para la detección precoz del cáncer, señalan que una moderada ansiedad acerca de los resultados funciona como un factor motivacional para concurrir a efectuarse estudios posteriores; sin embargo, en algunos casos, el extremado nivel de ansiedad interfería con la “adherencia” a los estudios.

En general, las investigaciones realizadas han supuesto, con respecto a la motivación de participar en un examen médico de prevención de cáncer, que la conducta pasada, la autoeficacia percibida y las percepciones de riesgo, eran precursores importantes de la intención de ejecutar dicha conducta.

Schwarzer y Fuchs (1999) descubrieron, con respecto a la disposición de participar en un examen para la detección precoz del cáncer: 1) que la conducta anterior era el predictor más fuerte para participar en estudios futuros, tanto en hombres como en mujeres (jóvenes o mayores); 2) que la motivación para realizar estos estudios era un predictor débil entre los hombres más jóvenes, probablemente, porque la “prevención del cáncer” no es un tema de interés para este grupo de edad; 3) que entre los hombres (especialmente los mayores) las expectativas de resultados pueden ser mucho más importantes que la autoeficacia percibida para motivar la conducta preventiva; y 4) que la vulnerabilidad percibida al cáncer influía en la predicción sólo entre las mujeres mayores. Estos resultados son coherentes con los de Seydel *et al.* (1990) en el sentido de que las acciones preventivas de los hombres suelen estar influidas más por las expectativas de resultados que por las evaluaciones de sus propias capacidades. En las mujeres jóvenes, la autoeficacia percibida se presentó como un factor determinante en la predicción de la conducta preventiva.

Por otra parte, se ha escrito mucho acerca de los efectos de los eventos estresantes de la vida cotidiana en el desarrollo y curso del cáncer. Ahora bien, estudiar solamente la naturaleza del estrés es una parte del problema, ya que un mismo evento estresante no incide de igual manera en todos los individuos, y las formas de reaccionar frente a ellos varían significativamente en cada uno de nosotros.

Delucchi y Marmisolle (2001) elaboraron una tipología con base en los resultados de las investigaciones acerca de la evolución de la enfermedad en relación con la forma de afrontarla que adopte el individuo.

Espíritu luchador. Significativamente relacionado con mejor evolución (mayor supervivencia). Una respuesta activa en la cual el paciente acepta completamente el diagnóstico y adopta una actitud optimista, decide luchar contra la enfermedad y participar en la toma de decisiones del tratamiento.

Evitación (negación). Se relaciona con una mejor evolución, aunque ha habido conclusiones opuestas. El paciente rechaza el diagnóstico de cáncer o minimiza la seriedad evitando pensar acerca de la enfermedad.

Fatalismo (aceptación estoica). Esta forma de reaccionar está relacionada con una peor evolución. Se presenta cuando el paciente acepta el diagnóstico y adopta una actitud fatalista y resignada.

Preocupación ansiosa. Esta actitud está asociada con una peor evolución. El paciente está constantemente preocupado con su cáncer; con miedo de que cualquier dolor indique una recurrencia o propagación de la enfermedad. Busca un reaseguro constante.

Desesperanza. Ésta también está relacionada con mala evolución. Son individuos que adoptan una actitud totalmente pesimista, se rinden ante la enfermedad, sienten desesperanza.

En resumen, a los individuos que reaccionan pasivamente ante las enfermedades malignas (con fatalismo, preocupación ansiosa y desesperanza) se les asocia con una mala evolución, mientras que no queda muy claro qué ocurre con la evitación, pero siempre es mejor cuando los afectados adoptan una actitud luchadora.

Control de peso

Schwarzer y Fuchs (1999) han comprobado que hacer dieta y controlar el peso son conductas relacionadas con la salud, las cuales, también están reguladas por las creencias de autoeficacia. Chambliss y Murray (1979) descubrieron que los sujetos con sobrepeso respondían al tratamiento conductual cuando disponían de un alto sentido de eficacia y una localización interna de control. Además, que la autoeficacia opera mejor en conjunto, con los cambios generales del estilo de vida, lo cual incluye el ejercicio físico y el apoyo social.

Ponerse a dieta constituye la estrategia más frecuente para lograr el control del peso, y aunque los resultados son dispares, en general se ha observado que pueden ser positivos,



y que las mayores dificultades se presentan en el periodo de mantenimiento. De acuerdo con Saldaña y Rosell (1988); y Fernández y Vera (1996), la probabilidad de mantener la pérdida de peso es más elevada si se aplican programas de modificación de conducta que con dietas muy restrictivas, las cuales no consideran los patrones de ingesta y el nivel de actividad de las personas. Para evitar recaídas se debe incidir sobre otras variables, por ejemplo, apoyo social, adecuado repertorio de habilidades sociales, actividad física o deportiva, toma de decisiones a nivel personal, expectativas de logro y establecimiento de una relación positiva con el terapeuta.

En relación con el estilo de vida, se ha identificado que el hábito de permanecer mucho tiempo frente al televisor atenta contra el control de peso. Por cada hora que las personas se “estacionan” frente al televisor, el riesgo que tienen de sufrir obesidad aumenta 30%. Un trabajo realizado por Vioque, en Alicante, que involucró a 1 800 personas mayores de 14 años, descubrió que la mayor tasa de obesidad de España se registra en esta región, donde 17.1% de los mayores de 15 años tiene un índice de masa corporal igual o superior a los 30 kilos por metro cuadrado. La información sobre los hábitos y estilos de vida de los voluntarios se recopiló a través de entrevistas personales. Las conclusiones a las que se llegó se refieren, por una parte, a la relación entre el tiempo que se dedica al día a ver la televisión y el riesgo de obesidad (los voluntarios que dedicaban 4 horas o más a esta actividad tenían un riesgo 2.4 veces mayor de estar obesos que el resto); en segundo lugar, el estudio muestra también una relación inversa entre las horas de sueño y el sobrepeso (entre los participantes, las personas obesas declararon dormir menos horas al día). La relación entre ambos factores se tendría que estudiar más a fondo. Es probable que esté implicado el poco o mal dormir con el estrés, y éste con la ganancia de peso.

Dieta

En su edición del 31 de julio de 2000, el diario *Clarín* (Buenos Aires, Argentina) asegura que la mitad de los adultos porteños tienen sobrepeso como consecuencia de su alimentación habitual (pizzas, empanadas, emparedados, pastas, carnes, helados, dulces de leche, etc.). El estudio que realizó la consultora Healthcare sobre hombres y mujeres mayores de 20 años dio como resultado que 53% de los encuestados tenía un sobrepeso perjudicial para su salud. Los varones comen sin control y las cifras consignan los resultados: entre ellos, 58.7% tienen sobrepeso y entre ellas, el porcentaje llega a 46.9%. Consecuentemente, las mujeres demostraron un mayor conocimiento sobre los riesgos del sobrepeso. Según dijeron, a partir de los 50 años su dieta cambia, pues agregan más frutas y restan masas, dulces y fiambres. Según este estudio, la clase alta cuenta con 38.5% de sus miembros excedidos de peso, la clase media, 50.2% y la de nivel más bajo, 55.1%. La edad también influye: los más jóvenes tienen cuerpos delgados, que van engrosando según pasan los años. Así, en la muestra, tenía sobrepeso 29.7% de las personas de entre 20 y 29 años, de los que estaban entre los 30 y los 49 años, 54.8% había pasado el límite de lo saludable y a partir de los 50 años, la proporción crecía hasta 68.6%. Los datos señalan que se come poco cereal y poco pescado. Que se elige la grasa que es, justamente, lo primero que se almacena y lo último que se quema (cada gramo de grasa aporta 9 calorías contra 4 por cada gramo de proteínas o de hidratos de carbono). Además, los alimentos con alto contenido en grasas suelen ser los más sabrosos y producir poca saciedad, con lo que las cantidades que se ingieren aumentan.



Dieta vegetariana y salud. Muchas veces los profesionales de la salud se preguntan cómo pueden ayudar a aquellas personas que por una necesidad física, y no por convencimiento propio, deben cambiar sus hábitos y basar su alimentación en vegetales y frutas, eliminando las carnes, con el fin de mejorar su salud. Es decir, la cuestión fundamental se basa en cómo implementar una dieta vegetariana que implique un nuevo estilo de vida, que sea aceptado por los individuos y que evite la presencia de estados de ánimo disruptivos (ansiedad, ira, depresión).

Cuando a una persona adicta a las carnes se le prescribe que debe suspender o limitar su consumo, siente que ya no tiene sentido comer, que lo que ahora va a ser su alimento, es “como comer pasto”, “que no lo va a satisfacer”. Éstos serán sus pensamientos y sentimientos frente al cambio de su dieta habitual, pero el profesional que le aconseja deberá hacer hincapié en que de manera paulatina se acostumbrará a este tipo de alimentación, y a medida que se sienta mejor, experimentará mayor bienestar con el cambio de hábitos alimentarios. En general, se recomienda que la adopción de la nueva forma de alimentarse sea gradual, que la persona no la incorpore desde un principio como algo absoluto, sino que se otorgue un tiempo para que elimine paulatinamente, todos aquellos alimentos que, por su composición, sean nocivos para su salud. Se trata de evitar que estas modificaciones produzcan angustia, inseguridad, falta de motivación. Por tanto, al comenzar un cambio alimenticio, lo primero que se recomienda es que la persona planifique una semana de comidas, pero que deje uno o dos días para comer lo que le guste y que sea menos dañino, lo cual lo estimulará y le dará fuerzas para continuar. En segundo lugar, que comience a elegir los vegetales que más le agradan, que busque recetas originales y que se otorgue un tiempo para realizarlas.

Una serie de estudios comparativos entre personas que consumen una dieta con carne y personas vegetarianas, demostraron, según informes científicos, que durante un seguimiento prolongado, la mortalidad por problemas coronarios o por cáncer es menor en los vegetarianos. Lo mismo se comprobó con los niveles de colesterol malo (LDL) y triglicéridos, con el peso físico, con la presión arterial y la presencia de diabetes —reconocidos factores de riesgo de arterosclerosis— que en las personas vegetarianas son sensiblemente menores. Esto permitirá comprender que este estilo de alimentación producirá mayor protección, por ejemplo, contra los problemas vasculares.

Cuando la persona comienza a integrar a su alimentación más vegetales, además de aportarle a su organismo mayor cantidad de fibras solubles, antioxidantes, alimentos de fácil digestión y vitamínicos, también la va a conducir, como consecuencia de sentirse bien, a adquirir nuevos hábitos, que paulatinamente transformarán su vida, tal como realizar mayor actividad física, y rechazar el tabaco y el alcohol. Si estas modificaciones se aceptan y se asumen, sin sentirse presionado, afectarán positivamente sus sentimientos, porque de manera lenta y sin apresuramientos, se tomará conciencia de que el responsable de sentirse mejor y de tener una mejor salud no es un solo elemento, sino que lo es un conjunto de cambios que, bien adoptados, en su sumatoria, lo conducen a un estado de bienestar.

Los resultados de una investigación realizada por el Dr. Ornish señalan que una dieta vegetariana, junto con el cese de consumo de cigarrillos, el entrenamiento para el control del estrés y la constancia en la práctica moderada de ejercicio físico, actúan como factores antiarteroscleróticos. Este estudio demostró que es factible detener el desarrollo de la arterosclerosis, y que es posible ayudar a la reducción del tamaño de las lesiones existentes mediante el empleo de medidas naturales, no farmacológicas.

Estos resultados justifican la práctica de una alimentación donde prevalezca lo vegetal y limite, aunque más no sea, el consumo de carne y productos de origen animal.

Algunas intervenciones autoinstruccionales apuntan a que los sujetos dialoguen con ellos mismos y se autoinstruyan diciéndose: “No te pongas metas, simplemente al despertar piensa y dilo en voz alta: hoy me comprometo a comer lo más sano posible”, además de esta frase de Hipócrates: “Que mi alimento sea mi única medicina, y que mi única medicina sea mi alimento”.



Lo que se intenta con esta técnica es que las personas perciban y se convenzan de que son un resultado de lo que comen y beben, y especialmente, aumenten sus expectativas de autoeficacia acerca de que pueden llevar a cabo lo que se proponen.

Dieta, carbohidratos y salud. Los carbohidratos (CH) aportan energía a nuestro cuerpo, y también actúan en el desarrollo de la flora intestinal (necesaria a su vez para fabricar vitaminas). Por tanto, si no los incluimos en nuestras comidas, no nos alimentamos de manera equilibrada y a nuestro organismo le faltará energía. Estos carbohidratos, también conocidos con el nombre de glúcidos o azúcares, están considerados como los pilares de nuestra alimentación. No todos ellos actúan de igual modo en el interior de nuestro organismo. En una dieta equilibrada, 50-60% de la energía total debe ser aportada por ellos. De acuerdo con su naturaleza, se absorben en forma veloz, rápida o lenta. El de absorción más veloz es el azúcar, el grupo intermedio está formado por los almidones, que son azúcares más complejos (pan, cereales y legumbres), mientras que en el grupo más lento se encuentran las verduras, que contienen alta cantidad de fibra, la cual provoca que el azúcar se absorba muy lentamente. Estos últimos son los más indicados para todo tipo de dietas. Al absorberse con lentitud, impiden que se estimule de forma brusca la formación de insulina, lo cual evita grandes concentraciones de ésta en la sangre, que en el caso de la obesidad ayuda a aumentar de peso. Que las personas tengan conocimiento de este proceso es muy importante, ya que nuestro cuerpo no está preparado para emplearlos como fuente de energía instantánea. De allí que para no tener sobrepeso se debe modificar la conducta y controlar la ingesta de los azúcares que se absorben velozmente.

Dietas, proteínas y salud. El cuerpo humano no está preparado para alimentarse sólo con proteínas. Si bien las dietas hiperproteicas producen una mayor saciedad, son totalmente atípicas y es difícil mantenerlas durante mucho tiempo; además, no contienen los nutrientes necesarios. En los regímenes de moda siempre falta algún factor importante, por lo cual se debe hacer hincapié en la reeducación de la forma de comer. El exceso de proteína produce una sustancia, la acetona, que queda en la sangre y puede provocar alteraciones en la circulación y problemas cardíacos. Para bajar de peso es necesario pensar en tratamientos de largo plazo y en cambiar, fundamentalmente, los hábitos alimentarios.

Conductas nocivas para la salud

Las causas de las enfermedades son numerosas, pero una de las más importantes son las conductas que ponen en riesgo la salud, como el sedentarismo, la obesidad, el tabaquismo, etc., así como aquellas estrategias de afrontamiento dirigidas a regular la emoción frente a situaciones estresantes (Lazarus, 1986) que resultan nocivas (por ejemplo, tranquilizarse mediante el consumo de drogas, o la ingesta de alcohol o excesivas cantidades de alimentos).

Alcoholismo

El alcoholismo es una enfermedad crónica, progresiva y potencialmente mortal, cuyas características son tolerancia y dependencia física y cambios patológicos en los órganos vitales como consecuencia directa o indirecta del consumo en exceso de bebidas alcohólicas. Estos hábitos nocivos pueden presentarse en sujetos pertenecientes a cualquier nivel socioeconómico, aunque los problemas se manifiestan de diferente manera en cada grupo.

En realidad, este hábito es un tipo de drogodependencia. La dependencia física se manifiesta cuando se interrumpe la ingesta de alcohol, y se presentan síntomas asociados con la tolerancia cada vez mayor a esta sustancia y enfermedades relacionadas con su consumo. Por otra parte, el efecto directo del alcohol en el sistema nervioso provoca una disminución de

la actividad, ansiedad, depresión, tensión e inhibición social; además, las capacidades cognitivas se deterioran (la concentración y el juicio).

El alcohol afecta, también, a otros sistemas corporales. Puede aparecer una irritación del tracto gastrointestinal, con erosiones en las paredes del estómago debidas a las náuseas y vómitos. Las vitaminas no se absorben bien, lo cual ocasiona deficiencias nutricionales en los alcohólicos crónicos. También provoca problemas en el hígado (cirrosis hepática) y el sistema cardiovascular se ve afectado por cardiopatías. Pueden aparecer alteraciones sexuales que generen impotencia en el hombre y desaparición de la menstruación en la mujer. Su consumo durante el embarazo puede originar problemas en el desarrollo del feto, entre ellos el llamado síndrome fetal del alcohol.

No existe una causa determinada del alcoholismo, pero ciertos factores pueden jugar un papel importante en su desarrollo. Es más probable el desencadenamiento de esta enfermedad en las personas con algún familiar alcohólico que en otras que no lo tienen, y aunque no se conocen las causas, se podrían presuponer alteraciones genéticas o bioquímicas.

Entre los factores causales de tipo psicológico más relevantes se pueden mencionar la necesidad de reducir la ansiedad, conflictos en las relaciones personales, baja estima personal, etc. En lo que se refiere a los factores sociales, se destacan la disponibilidad de consumo de alcohol, la aceptación social, estilos de vida estresantes y otros similares.

El alcoholismo es uno de los problemas de salud pública más grave que se presentan en la actualidad. Se considera que es la droga que más se consume y de la que más se abusa. Por otra parte, por estudios realizados se conoce que los hijos de padres alcohólicos son más vulnerables a esta adicción que los niños de padres que no lo son. Las personas que tienen una historia familiar con progenitores que han abusado del alcohol se enfrentan a un riesgo mayor. Esta conducta nociva afecta tanto a hombres como a mujeres, y se calcula que 3.3 millones de adolescentes, de entre 14 y 17 años, que toman bebidas alcohólicas presentan signos o síntomas que podrían desencadenar problemas graves relacionados con el alcohol.

En estudios recientes sobre la prevención del uso y abuso del alcohol en adolescentes se comprobó que ésta es la droga que más usan los jóvenes de entre 12 y 17 años y que los accidentes de tránsito, relacionados con su abuso, son la primera causa de mortalidad en los jóvenes de entre 15 a 24 años. En este sentido, y desde una perspectiva preventiva, los programas educativos sobre el alcohol, dirigidos a niños y adolescentes; y a sus familiares, pueden ser de gran utilidad.

Los programas de modificación cognitivo-conductuales para el tratamiento de esta adicción han evolucionado en las últimas décadas. En la actualidad se considera que el entrenamiento en habilidades sociales puede ser de gran utilidad, debido a que les permiten a los alcohólicos adquirir un conjunto de habilidades de automanejo (cognitivas, afectivas y conductuales) que los habilita para interactuar y relacionarse satisfactoriamente con los demás.

La técnica de resolución de problemas, el entrenamiento autoinstruccional, la reestructuración cognitiva y las intervenciones sistémicas (especialmente centradas en el ámbito familiar) han resultado estrategias terapéuticas eficaces, en conjunto con terapias farmacológicas, para superar esta conducta nociva.

Tabaquismo

Numerosas investigaciones han demostrado que el tabaquismo constituye un factor de riesgo que se relaciona estrechamente con distintos tipos de enfermedades. En el sistema nervioso central existen receptores específicos para la nicotina, que es el agente farmacológico que causa la adicción. Sin embargo, otros componentes del tabaco poseen gran potencial cancerígeno, por ejemplo, los denominados alquitranes. Se han observado diversos tipos de cáncer (de labio, cavidad oral, faringe, esófago, páncreas, laringe, pulmón, etc.) debido a esta adicción.



De acuerdo con Amigo y Fernández (1998) se ha calculado que 80% de las muertes atribuidas a los efectos cancerígenos del tabaco son debidos al cáncer de pulmón. Por otra parte, agregan que una quinta parte de las muertes causadas por enfermedades cardiovasculares son atribuibles al uso de tabaco, pues señalan que la causa de la enfermedad es la acción de la nicotina, que activa el sistema nervioso simpático y provoca un incremento de la frecuencia cardíaca y la presión arterial, lo cual disminuye la temperatura de la piel y constriñe las arteriolas. También el consumo de tabaco parece explicar 80% de los fallecimientos causados por enfermedades respiratorias (bronquitis crónica, enfisema, asma), y es evidente su relación con trastornos sexuales (impotencia), envejecimiento prematuro de la piel, aparición de arrugas, úlceras y osteoporosis.

Respecto a la relación del tabaco con el sexo femenino, se ha comprobado que el número de mujeres muertas en Estados Unidos a consecuencia de su consumo se ha duplicado con creces desde 1965, hasta constituir 39% de los casos de fallecimiento por esta enfermedad. Sin embargo, este género enfrenta riesgos adicionales como peligrosos coágulos sanguíneos entre las que usan anticonceptivos, irregularidades menstruales y menopausia anticipada, infertilidad, osteoporosis y cáncer cervical. Asimismo, creció el número de las adolescentes que fuman, y la intensificación de las campañas de promoción por parte de la industria tabaquera amenaza con neutralizar los progresos recientes en la lucha contra el cigarrillo.

En países industrializados, el cigarrillo no sólo es la principal causa de enfermedades prevenibles y muerte prematura, sino que varios estudios han demostrado las diferencias antropométricas y biológicas relacionadas con su consumo, las cuales pueden ser resultado de los componentes del tabaco sobre distintas reacciones metabólicas o de diferencias en el estilo de vida de los fumadores.

Dallongeville *et al.* (1998) investigaron los hábitos alimentarios en poblaciones de fumadores y no fumadores, y demostraron la existencia de diferencias en la selección de alimentos. Los fumadores informaron acerca de una ingesta mayor de energía, alcohol y grasa mayor, que la de los no fumadores. Para el caso del alcohol, la diferencia fue ostensible. Lo contrario tuvo lugar en el caso de los carbohidratos y las proteínas, en los que no hubo diferencias en función del tabaquismo. Los fumadores exhibieron una ingesta menor de fibra, grasas poliinsaturadas, de vitaminas C, E y β -caroteno. El mayor consumo energético, aunado al mayor ingreso de colesterol, alcohol y grasas saturadas y la menor ingesta de fibras y vitaminas antioxidantes, destacan los hábitos alimentarios poco saludables detectados entre los fumadores, los cuales van acompañados de incremento del riesgo de cáncer y enfermedades cardiovasculares, que se suma al ya impuesto por el consumo de cigarrillos. Por otra parte, el bajo consumo de fibra y vitaminas antioxidantes añade un peligro adicional, dado que además del papel protector de estos agentes se produce un incremento de sus requerimientos por el hecho de fumar. La conexión entre tabaquismo y hábitos alimentarios es compleja. Es probable que el humo del tabaco, asociado con un marcado descenso en la monoaminooxidasa, provoque cambios en el apetito o en las actitudes hacia los alimentos, que podrían ser perturbados, además, por los cambios en el sentido del gusto de los fumadores.

En síntesis, las medidas preventivas a implementar desde el área de la salud pública deberían no solamente desalentar el consumo del tabaco sino promover, además, la adquisición de buenos hábitos alimentarios.

Abandonar el hábito de fumar requiere estar convencido de las consecuencias negativas que tiene para la salud y la convicción de ser capaces de adherir a un programa de cambio de esta adicción. En este sentido, las expectativas de autoeficacia generadas por distintas técnicas de modelado y persuasión aplicadas por profesionales de la salud, junto con información específica y detallada de las consecuencias nocivas para la salud, han resultado positivas, dentro del marco de intervenciones más amplias que incluyen, por ejemplo, desde un enfoque biológico, estrategias dirigidas a superar los efectos de la adicción a la nicotina.

Capítulo Cuatro

Promoción de estilos de vida saludables

Elisardo Becoña Iglesias

Universidad de Santiago de Compostela, España

Luis Armando Oblitas Guadalupe

Universidad Iberoamericana, México



El cambio en el campo de la salud

En las últimas décadas asistimos a un cambio vertiginoso en el campo de la salud. Ahora bien, dicho cambio no ha tenido lugar de un modo abrupto, sino que ha sido propiciado por una cauda de factores que se presentaron a lo largo del siglo xx.

En primer lugar, la salud ya no se conceptualiza como la ausencia de enfermedad, sino que se la entiende como un estado positivo de bienestar (Stone, 1979). Desde los orígenes de la humanidad, la salud y la enfermedad han sido fuente de preocupación para el ser humano. Hasta bien entrado el siglo xx, la salud se definía como la ausencia de enfermedad. De hecho, desde el modelo médico se la entendía como algo que hay que conservar o curar frente a agresiones puntuales (por ejemplo, accidentes, infecciones) (Labrador, Muñoz y Cruzado, 1990). Incluso, en la actualidad, cuando la gente común se refiere a ese término, por lo general piensa en los aspectos físicos, y raramente en los psicológicos y conductuales asociados con ella (Becoña, Vázquez y Oblitas, 1995).

En las últimas décadas hemos presenciado un giro en la conceptualización de salud, pues se la considera como algo que hay que desarrollar, no que conservar. En consonancia con este enfoque, en 1946, las Naciones Unidas fundaron la Organización Mundial de la Salud e incluyeron en el preámbulo de su constitución la siguiente definición: “La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social y no meramente la ausencia de dolencias o enfermedad” (WHO, 1947). Esta noción positiva, incluso utópica, nos lleva a abordarla como un concepto multidimensional, que considera aspectos biológicos, psicológicos y sociales.

Un segundo factor que ha contribuido al cuestionamiento del quehacer en el campo de la salud ha sido el elevado coste de los cuidados que ella requiere. Los costes médicos suponen cada año una mayor porción del producto interior bruto. Así, por ejemplo, en Estados Unidos, de 1975 a 1987 el coste anual total de cuidado de la salud se incrementó 591 dólares por persona, o lo que es lo mismo, 236% más. Además, se produjo un incremento anual respecto del periodo comprendido entre 1960 y 1975. En 1987 los estadounidenses gastaron más de 500 mil millones de dólares en este rubro, cantidad que representa 11.1% del PIB, más del doble de lo que invirtieron en 1960 (5.3%) (USBC, 1990). En España, en 1990, los gastos se dispararon a la nada despreciable cantidad de 2,300 millones de pesetas.

El tercer factor se relaciona con el hecho de que desde el siglo XIX el modelo principal de la salud y la enfermedad ha sido el biomédico. Éste explica la enfermedad en términos de parámetros físicos, y la biología molecular es su disciplina científica básica. Además, sostiene que las cuestiones psicosociales no son responsabilidad de los médicos. La idea de que la enfermedad era causada por un patógeno específico estimuló el desarrollo de las drogas sintéticas y la tecnología médica, e hizo pensar, de manera muy optimista, que muchas enfermedades podrían ser curadas. Sin embargo, el punto de vista de que una enfermedad se encuentra en un agente específico ha dado al campo médico una perspectiva que se centra en ella, y no en la salud. Además, este modelo define a ésta exclusivamente en términos de ausencia de enfermedad (Engel, 1977). Aunque este enfoque es el que ha predominado, algunos médicos han comenzado a defender una aproximación holística a la medicina, esto es, una perspectiva que considera múltiples aspectos sociales, psicológicos y fisiológicos (por ejemplo, Brody, 1973; Engel, 1977; Janoski y Schwartz, 1985). Durante el último cuarto del siglo XX, más médicos, muchos psicólogos y algunos sociólogos han comenzado a cuestionar la utilidad de dicho paradigma. No dudan de que éste ha significado un importante progreso, sino que impugnan la limitación a que impone al concepto de salud. Hace dos décadas, comenzó a emerger un modelo alternativo, que no sólo incorpora factores sociales sino que también incluye aspectos psicológicos y sociales. En este enfoque, que ha recibido el nombre de modelo biopsicosocial, la salud es considerada nuevamente como una condición positiva (Engel, 1977).

Actualmente, en el campo del cuidado de la salud se debate cuál es el modelo que deberían usar los investigadores y clínicos. Algunos han mostrado su insatisfacción con el paradigma médico tradicional y han cuestionado su idoneidad. Sin embargo, ello no es motivo suficiente para provocar un cambio. Es necesario que se elabore un modelo alternativo, que debe reunir la fuerza del antiguo y la capacidad de resolver los problemas en los que éste ha fracasado. Los defensores del enfoque biopsicosocial creen que éste satisface ambos requisitos. Cada vez tiene más defensores y menos detractores, pero el modelo médico continúa siendo el dominante (Brannon y Fiest, 1992).

Ahora bien, al margen de lo que puedan creer los profesionales de la salud, un aspecto a tener muy en cuenta es que mucha gente no está familiarizada con el modelo biopsicosocial, pero cree que los factores psicológicos y sociales, así como los biológicos, influyen en la salud y en la enfermedad. La investigación en el área de la conceptualización ha demostrado que las personas recurren a explicaciones psicológicas, sociales y biológicas cuando elaboran sus puntos de vista acerca de la enfermedad (por ejemplo, Lau y Hartman, 1983).

Relación de la conducta del hombre con su salud

No cabe duda que el factor decisivo de este nuevo enfoque en el campo de la salud ha sido que las principales causas de muerte ya no son las enfermedades infecciosas, sino las que provienen de estilos de vida y conductas poco saludables. En la actualidad, casi ningún profesional duda del efecto que nuestra conducta diaria ejerce en la salud y en la enfermedad. Existe una considerable evidencia de que las causas de la enfermedad radican en esos factores (véase Matarazzo, Weiss, Herd, Miller y Weiss, 1984). La salud de la población en los países desarrollados ha alcanzado un nivel impensable a principios del presente siglo. Las expectativas de vida se han incrementado notablemente, como consecuencia de las mejoras en la salud pública y en el cuidado médico. Sirva de ejemplo que, en Estados Unidos, la esperanza de vida de los hombres a principios del siglo XX era de 46 años y la de las mujeres, de 48, mientras que hoy en día es de 71 y 78 años, respectivamente (National Center for



Health Statistics, 1989). Este incremento de la longevidad se explica por la reducción de la mortalidad infantil y las enfermedades infecciosas, a lo que han contribuido de manera especial los programas de inmunización (Lancaster, 1990; Matarazzo, 1984b). El ejemplo paradigmático por excelencia son las enfermedades infecciosas, como la gripe, rubéola, tos ferina, etc., que eran causadas por microorganismos específicos y que fueron erradicadas por medio de las vacunas y cuidados médicos adecuados.

Sin embargo, los patrones de morbilidad y mortalidad actuales difieren considerablemente de los de comienzos del siglo xx. En 1900, la neumonía, la gripe y la tuberculosis eran tres de las cuatro principales causas de muerte. Sin embargo, en 1988, fueron reemplazadas por la enfermedad coronaria, los ataques fulminantes y el cáncer (Matarazzo, 1995), dolencias que se deben, en parte, a la conducta y estilo de vida del sujeto. Por ejemplo, en Estados Unidos, a principios de 1990, aproximadamente 38% de las muertes eran debidas a enfermedades coronarias y 7% a los ataques, esto es, 45% de ellas se relacionaban con dolencias cardiovasculares. El cáncer daba cuenta de 22.5% de las defunciones, y los accidentes de 4.5% (USBC, 1990). En resumen, más de 70% de las muertes son consecuencia de enfermedades cardiovasculares, el cáncer, los accidentes y el sida, padecimientos estrechamente vinculados con las conductas y estilos de vida de los individuos.

Aunque las tasas de mortalidad de algunas enfermedades crónicas han disminuido en las últimas décadas (por ejemplo, enfermedades cardiovasculares), no ocurre lo mismo con otras tales como el cáncer de pulmón, los suicidios y el sida. Entre los hombres, en 1986, la tasa de mortalidad por cáncer de pulmón era 2.6 veces mayor que en 1950. Además, los índices de suicidio se incrementaron, en promedio, 30-40% con respecto a este último año. (López, 1990). El problema del sida es, si cabe, más preocupante. A raíz de la aparición de los primeros casos en 1981, no ha dejado de incrementarse de modo alarmante el número de nuevos infectados.

A mediados de 1992 se estimaba que unos 2 millones de personas padecían este problema, de los cuales más de 230,000 radicaban en Estados Unidos (Centers for Disease Control, 1992).

Hasta ahora hemos estado defendiendo, de modo subrepticio, que el aspecto cualitativo “crónico” de una dolencia necesita un enfoque nuevo, pero, ¿realmente existen diferencias tan notorias entre una dolencia crónica y una infecciosa? Pues bien, las enfermedades crónicas difieren de las dolencias infecciosas en al menos tres aspectos (Brannon y Feist, 1992). En primer lugar, es probable que aquéllas perduren mucho tiempo, mientras que éstas, las infecciosas, con frecuencia se pueden curar con relativa rapidez y de manera total. En segundo lugar, las enfermedades crónicas obedecen en la mayoría de los casos a conductas y estilos de vida inadecuados, mientras que las infecciosas son causadas por bacterias y virus. Por eso, las vacunaciones, las mejoras sanitarias y otras medidas públicas fueron eficaces para combatir las principales causas de mortalidad de comienzos de siglo, pero esas acciones son de escaso valor para afrontar los patrones de enfermedad y mortalidad actuales. En tercer lugar, las enfermedades crónicas atacan con mayor frecuencia a los adultos mayores y de mediana edad; al contrario, los niños y jóvenes suelen ser pasto de las enfermedades infecciosas.

Parece obvio, por tanto, que la problemática a la que se enfrentan nuestros profesionales de la salud es cuantitativa y cualitativamente distinta de la que encontraron hasta la década de los cincuenta.

Salud, enfermedad, estilos de vida y entorno del individuo

En la actualidad, como ya hemos comentado, asistimos a un cambio en los patrones de mortalidad en las sociedades desarrolladas. Las enfermedades infecciosas han cedido su protagonismo.



nismo, respecto de la morbilidad y mortalidad, a las crónicas y a las suscitadas por comportamientos inadecuados. Cada vez es mayor la evidencia del peso que ejerce nuestra conducta, nuestros estados psicológicos y el contexto en el que vivimos sobre nuestra salud, la cual depende, en gran medida, de comportamientos tales como tener hábitos saludables, buscar cuidados médicos, obedecer las recomendaciones de éstos, etc. (*cfr.* Matarazzo, Weiss, Herd, Miller y Weiss, 1984).

Un buen ejemplo de ello es la conducta de fumar, a la que se le atribuye entre 12 y 15% del total de las muertes que ocurren en los países desarrollados. A ello hay que añadirle la morbilidad que genera dicha conducta (Center for Disease Control, 1991; Peto, López, Boreham *et al.*, 1994; USDHHS, 1989).

Asimismo, numerosas investigaciones han puesto de manifiesto que los estados psicológicos desempeñan un papel destacado en nuestra salud. Los sentimientos y emociones pueden repercutir de modo positivo o negativo en el bienestar del individuo. Por ejemplo, sentirnos amados y apoyados por otras personas adquiere un enorme valor cuando tenemos que afrontar situaciones estresantes (*cfr.* Wallston, Alagna, DeVellis y DeVellis, 1983). Precisamente el estrés es el estado psicológico que más influye negativamente sobre nuestra salud, pues se le asocia con una gran variedad de efectos negativos (por ejemplo, cáncer, enfermedad cardíaca coronaria, supresión del sistema autoinmune, etc.) (Cohen y Williamson, 1991; Labrador, 1992).

Como ya hemos comentado, existen pruebas más que palpables de un cambio en los patrones de mortalidad en las sociedades avanzadas. Las enfermedades crónicas (por ejemplo, cáncer, sida, diabetes) han sustituido a las infecciosas como causas principales de muerte. La peculiaridad de tales padecimientos es que se encuentran asociados estrechamente con la conducta humana y el estilo de vida de los sujetos. Por ello, en la actualidad es más adecuado hablar de patógenos y de inmunógenos conductuales. Por *patógenos conductuales* entendemos aquellas conductas que incrementan el riesgo de un individuo a enfermar (por ejemplo, fumar, beber alcohol). Al contrario, los *inmunógenos conductuales* son todos aquellos comportamientos que lo hacen menos susceptible de contraer enfermedades (Matarazzo, 1984a; 1984b). De hecho se han realizado varias investigaciones para apresar los inmunógenos conductuales más importantes. El estudio más relevante en este aspecto ha sido el que se realizó en Estados Unidos, con una muestra de siete mil personas. En los seguimientos llevados a cabo a los cinco y nueve años y medio, se observó una clara relación entre la longevidad y las siguientes siete conductas de salud: (Belloc, 1973; Belloc y Breslow, 1972): 1) dormir de 7 a 8 horas; 2) desayunar casi todos los días; 3) tres comidas al día, sin "picar" entre comidas; 4) mantener el peso corporal dentro de los límites normales; 5) practicar ejercicio físico de manera regular; 6) ingesta moderada del alcohol o no beberlo, y 7) no fumar.

Las acciones de toda una colectividad, la sociedad, también influyen sobre la salud. En el entorno se encuentran riesgos ambientales tales como la contaminación del aire, agua y suelo, o sustancias tóxicas (insecticidas y productos químicos peligrosos) y radiaciones naturales o provocadas (Doll y Peto, 1989). Estos elementos también encierran un potencial para matar, hacer daño y enfermar a los individuos. Por tanto, ejercen influencias significativas sobre la salud de un amplio colectivo, de comunidades enteras.

Todo lo anterior ha desembocado en una idea hoy bien asumida de la necesidad de prevenir (prevención primaria) (Caplan, 1964), la cual consiste en adoptar medidas para impedir que enfermen aquellas personas que actualmente gozan de buena salud. La prevención primaria implica dos estrategias (Fielding, 1978): 1) cambiar los hábitos negativos de salud de los sujetos (por ejemplo, fumar, beber, dieta) (*cfr.* Becoña, 1994a, 1994b; Oblitas, 1989), y 2) prevenir los hábitos inadecuados mediante la generación, en primer lugar, de hábitos positivos y el estímulo para que la población los adopte, véase tabla 4.1 (por ejemplo, programas de prevención de fumar entre los adolescentes) (Becoña, Palomares y García, 1994).

Posiblemente la filosofía tradicional de la salud, que hace hincapié en el diagnóstico, el tratamiento y la cura, fuese lo más adecuado para las enfermedades infecciosas de principios del siglo xx. Sin embargo, en la actualidad, adoptar una perspectiva focalizada en el trata-



Tabla 4.1 Comportamientos más aconsejables para una vida saludable

1. Dormir siete u ocho horas cada día.
2. Desayunar cada mañana.
3. Nunca o rara vez comer entre comidas.
4. Aproximarse al peso conveniente en función de la talla.
5. No fumar.
6. Beber moderadamente alcohol u optar por un comportamiento abstemio.
7. Realizar con regularidad alguna actividad física.

Fuente: Matarazzo (1984).

miento, una vez que las personas han enfermado, es probablemente la menos adecuada en cuanto a la relación coste-eficacia en el cuidado de la salud. Procedimientos médicos tales como los trasplantes, la hemodiálisis, la cirugía, etc., suponen un gasto excesivo si atendemos al hecho de que sólo se aplican a un porcentaje de población relativamente reducida (O'Neill, 1983).

Los gastos ingentes que acarrear los costes médicos deberían ser un factor más para ayudar a la reflexión y al cambio hacia un enfoque preventivo, esto es, orientar los esfuerzos a la detección temprana de la enfermedad y la modificación de conductas y estilos de vida que supongan un riesgo para el sujeto. Existe evidencia más que suficiente de que es más fácil y menos costoso ayudar a que una persona se mantenga saludable, que curarla de una enfermedad (Bermúdez, 1993). La detección temprana de factores de riesgo (por ejemplo, presión sanguínea elevada, nivel alto de colesterol), junto con la promoción de conductas de salud (por ejemplo, no fumar, una buena nutrición, hacer ejercicio) optimiza la prevención, sin lugar a dudas, la aproximación a una relación coste-beneficio más adecuada en el cuidado de la salud.

Conductas de salud y sus determinantes

Las conductas de salud son aquellas que lleva a cabo un individuo, cuando goza de buena salud, con el propósito de prevenir la enfermedad (Kasl y Cobb, 1966). Dichos comportamientos incluyen un amplio abanico de conductas, desde dejar de fumar, perder peso, hacer ejercicio, hasta comer adecuadamente. El concepto de conducta de salud contempla esfuerzos para reducir los patógenos conductuales y practicar conductas que actúan como inmunógenos conductuales.

Las conductas de salud no ocurren en el vacío. Para comprenderlas es necesario analizar los contextos en que tienen lugar, los cuales comprenden una constelación de factores personales, interpersonales, ambientales, institucionales, que implican aspectos como política pública, ambiente físico y social, prácticas institucionales e influencias interpersonales (Winett, King y Atman, 1989). Estas dimensiones o factores no son homogéneos para todas las conductas de salud. Por ello, no es raro observar que en el repertorio de conducta de un individuo convivan hábitos saludables y nocivos. De hecho, diversas investigaciones han obtenido pobres correlaciones entre las distintas conductas de salud, o lo que es lo mismo, el que un sujeto realice una determinada conducta de salud no garantiza que lleve a cabo



otros comportamientos saludables (Kirscht, 1983). Por tanto, parece más que justificado pensar que estos comportamientos difieren en el número de dimensiones y tipo de factores que las elicitán, aunque puedan compartir algunas características específicas o determinantes. Estos determinantes de la conducta de salud se pueden agrupar en cuatro grandes categorías (Bishop, 1994): determinantes demográficos y sociales, situacionales, percepción del síntoma y psicológicos.

La mayoría de los expertos está de acuerdo en que la implicación con la salud (por ejemplo, Kirscht, 1983) es propiciada en gran parte por factores sociales y demográficos como la edad, nivel educacional, clase social, género, etcétera.

Las situaciones sociales, también conocidas como determinantes situacionales, influyen, de modo directo o indirecto, para que un individuo adopte una conducta saludable. No cabe duda de que la familia y el grupo de los iguales pueden jugar un papel relevante en los hábitos saludables que pueda adoptar una persona. Por ejemplo, el hecho de que fume uno de los padres ha sido señalado en numerosos estudios como factor de riesgo para que el adolescente se inicie en dicha conducta. Asimismo, la mayoría de los estudios ha demostrado una clara relación entre el inicio del consumo y el relacionarse con compañeros fumadores (véase USDHHS, 1994).

Las conductas de salud que realiza una persona también pueden obedecer a la percepción subjetiva de determinados síntomas, esto es, la susceptibilidad percibida. Entendemos por ello las percepciones individuales de la vulnerabilidad personal a enfermedades o accidentes específicos. La naturaleza (percepción de susceptibilidad) y la intensidad (severidad percibida) de estas percepciones puede influir de manera importante a la hora de adoptar o no una conducta concreta. No obstante, cuando un individuo piense en la posibilidad de un cambio, no valorará sólo la susceptibilidad y la severidad, sino también los beneficios y los costes de realizar una conducta de salud concreta (Becker y Maiman, 1975). Por ejemplo, una persona puede sentirse vulnerable cuando experimenta tos matutina, fatiga al subir unas escaleras, etc. Supongamos que quien los padece atribuye estos síntomas a su conducta de fumar. A partir de ello puede pensar que dicha conducta está comprometiendo su salud y, además, que le acarreará consecuencias negativas, es decir, la percibe como un riesgo potencial serio (como un indicador) de sus problemas físicos. A la inversa, es poco probable que el sujeto adopte alguna medida cuando sopesa que la probabilidad de dañar su salud (por ejemplo, cáncer de pulmón) es baja o que las consecuencias adversas, derivadas de su actual hábito insalubre, son mínimas, además de percibir pocos beneficios y un coste (por ejemplo, engordar) demasiado grande por dejarlo. Esta atribución puede ser útil para que la persona intente dejar de fumar. Ahora bien, aunque tales síntomas pueden ser muy útiles a la hora de motivar al sujeto para que adopte hábitos positivos de salud, su influencia sólo reviste carácter transitorio (Leventhal, Prochaska y Hirschman, 1985).

Por último, el repertorio de conductas saludables de una persona también está en función de factores emocionales y cognitivos (determinantes psicológicos). Los estados y necesidades emocionales pueden desempeñar un papel primordial en las prácticas de salud. Niveles altos de distrés emocional no ayudan a que la gente se implique en la realización de hábitos que favorezcan su salud tales como no fumar, hacer ejercicio, desayunar, etc. (Leventhal *et al.*, 1985). Los estados emocionales negativos aparentemente interfieren con las conductas saludables, aunque el distrés emocional puede también conducir a buscar atención médica (*cf.* Mechanic, 1978).

Además de los factores emocionales, la práctica de conductas de salud obedece a los pensamientos y las creencias de las personas. Entendemos por creencia la aceptación emocional de una afirmación, la cual no tiene por qué tener una base empírica o científica. Por tanto, lo que una persona crea o piense de una determinada amenaza para la salud no tiene por qué estar basada en la comprensión médica objetiva de ella (Leventhal, Nerenz y Steele, 1984). Por ejemplo, si una persona cree que el sida sólo afecta a los homosexuales y a los usuarios de drogas por vía intravenosa, es poco probable que utilice preservativos cuando tenga relaciones sexuales. Una clase de cogniciones, que parece ser particularmente impor-



tante para motivar a la gente a practicar conductas saludables, son aquellas que se relacionan con la vulnerabilidad percibida. La gente que se percibe a sí misma más vulnerable a una determinada enfermedad es más probable que adopte medidas encaminadas a prevenirla. Sin embargo, en algunos estudios (por ejemplo, Weinstein, 1982) se ha encontrado que la gente tiende a mostrar un optimismo poco realista respecto de su futura salud. En relación con los demás, el individuo tiende a verse con menos posibilidades de experimentar problemas de salud.

Promoción de estilos de vida saludables

La promoción de estilos de vida saludables implica conocer aquellos comportamientos que mejoran o socavan la salud de los individuos. McAlister (1981) entiende por conductas saludables aquellas acciones realizadas por un sujeto que influyen en la probabilidad de obtener consecuencias físicas y fisiológicas inmediatas y a largo plazo y que repercuten en su bienestar físico y en su longevidad. En la actualidad, se conoce un número importante de comportamientos relacionados con la salud, identificados por la investigación epidemiológica. A continuación exponemos algunos de los más importantes:

Practicar ejercicio físico

Realizar una actividad física de modo regular (por ejemplo, dar largos paseos) es el vehículo más adecuado para prevenir el comienzo de las principales patologías físicas y psicológicas que afectan a la sociedad desarrollada. También es útil para atenuar el grado de severidad cuando el sujeto ya presenta la enfermedad (Haskell, 1984). Una actividad física moderada, realizada regularmente, beneficia a la salud. Los principales beneficios del ejercicio sobre la salud tienen que ver con la prevención de los problemas cardiovasculares (Haskell, 1984). Las personas que realizan asiduamente ejercicio físico corren menos riesgo de desarrollar y de morir de una dolencia coronaria. También ayuda a controlar el peso, a normalizar el metabolismo de los carbohidratos y de los lípidos, etcétera.

También es importante, desde el punto de vista psicológico, pues se ha visto que la realización de una actividad física regular reporta beneficios considerables. En primer lugar, una actividad física enérgica practicada regularmente reduce los sentimientos de estrés y ansiedad. El ejercicio y la buena forma física puede proteger de los efectos perjudiciales del estrés sobre la salud. Diversas investigaciones (por ejemplo, Blumenthal y McCubbin, 1987) han mostrado una fuerte evidencia de que realizar ejercicio o gozar de buena salud contribuye a la estabilidad emocional, fruto de la reducción de la ansiedad, la depresión y la tensión. En segundo lugar, aquellos individuos que siguen programas para estar en forma informaron que mejoraron en sus actitudes y actividad laborales (por ejemplo, Folkins y Sime, 1981). En tercer lugar, la realización de ejercicios físicos regulares contribuye a la mejora del autoconcepto del sujeto (Sime, 1984), porque quienes lo hacen mantienen más fácilmente el peso adecuado, presentan un aspecto más atractivo y suelen involucrarse de modo exitoso en distintos deportes y actividades físicas.



Nutrición adecuada

En términos de efectos sobre la salud, los hábitos alimentarios de las personas que viven en las sociedades desarrolladas pasaron desde los estragos de las deficiencias dietéticas de principios de siglo a los desastres derivados del exceso, en las últimas décadas. Una nutrición correcta es imprescindible para lograr un estado saludable. De hecho, la mayoría de las enfermedades actuales guardan una estrecha relación con la dieta (por ejemplo, la diabetes, la caries dental). Una buena práctica nutricional se caracteriza por una dieta equilibrada, que contenga todas las sustancias nutritivas esenciales (por ejemplo, minerales, vitaminas, proteínas), y un consumo adecuado, evitando una ingesta excesiva. O, dicho de otro modo, la dieta saludable es aquella que minimiza el riesgo de desarrollar enfermedades relacionadas con la nutrición (Hegsted, 1984).

Las dietas saludables proporcionan una cantidad adecuada de todos los nutrientes esenciales para cubrir las necesidades metabólicas del organismo. Además de agua, los alimentos contienen cinco tipos de componentes químicos que aportan nutrientes específicos para el buen funcionamiento del organismo: carbohidratos, lípidos, proteínas, vitaminas y minerales (Holum, 1987).

Las dos principales causas de morbilidad y mortalidad de la década de los noventa, las enfermedades cardiovasculares y el cáncer, se deben en gran medida a comportamientos nutricionales inadecuados. Por ejemplo, padecimientos como el cáncer de colon, el estreñimiento y la diverticulosis se han relacionado con dietas pobres en fibras. Dietas ricas en grasa y sal favorecen la hipercolesterolemia y la hipertensión, dos importantes factores de riesgo de las afecciones cardíacas (Costa y López, 1986).

Cabe señalar que entre los hábitos alimenticios más recomendables se encuentran la disminución del consumo de grasas animales, el aumento de la ingesta de leche, patatas y especialmente verduras, frutas y alimentos con alto contenido de fibra y la reducción del consumo de azúcar, dulces y harinas refinadas así como de alcohol. Esto es, una dieta equilibrada debe aportar todos los nutrientes básicos y la fibra necesarios para cubrir las necesidades, es decir, debe estar compuesta por diversos alimentos de los cuatro grupos básicos: cereales, frutas y vegetales, productos lácteos y carnes y pescados (Nelson, 1984).

Por último, la mayoría de las personas que come saludablemente no necesita consumir suplementos vitamínicos u otros nutrientes. Sin embargo, algunas poblaciones especiales, como las embarazadas, necesitan una cantidad extra de nutrientes, que aunque pueden obtenerlos introduciendo modificaciones en su dieta, es recomendable que tomen suplementos, por ejemplo, hierro (Hegsted, 1984).

Adopción de comportamientos de seguridad

Las tasas de muerte por accidentes persisten como la tercera causa de mortalidad en los países desarrollados. La mayoría de ellos podría ser evitada, pues es ocasionada por la conducta de los individuos. Comportamientos inapropiados en el manejo de automóviles, medicamentos, armas blancas y de fuego, sustancias tóxicas, fuego, etc., son una fuente considerable de lesiones (Robertson, 1984). Aproximadamente las dos terceras partes de las muertes por accidente no son intencionales. La mayoría de las lesiones se debe a accidentes automovilísticos y a los ocurridos por fuego.

Si excluimos el primer año de vida, las lesiones se convierten en la causa principal de muerte durante las primeras cuatro décadas de vida del individuo. La mitad de los decesos de niños y adolescentes también se debe a los accidentes. Se pierden más años de trabajo por lesiones y muerte relacionadas con ellos que por ninguna otra causa. Los jóvenes, los pobres y las personas de edad avanzada son víctimas de ello más que el resto de la población. Los mineros y los trabajadores industriales y agrícolas son el colectivo que presentan un mayor número de lesiones incapacitantes (Waller, 1987).



Especial mención merecen los accidentes de tráfico, por sus consecuencias nefastas. Tal como ya hemos mencionado, se llevan la palma en cuanto a mortalidad y morbilidad, pues representan casi la mitad de todas las muertes debidas a accidentes. Las tasas de mortalidad derivadas de los accidentes de vehículos de motor se incrementan de modo alarmante durante la adolescencia. Los hombres jóvenes de entre 15 y 19 años presentan una probabilidad dos veces y media mayor de morir en un accidente de circulación que las mujeres de su misma edad (Matarazzo, 1984a; Piédrola, 1988).

Sin embargo, la mayoría de estos accidentes pueden evitarse y es posible que muchas de las lesiones derivadas de ellos no se efectúen o, por lo menos, se reduzcan, si se adoptan cuatro medidas generales de prevención (Haddon y Baker, 1981): 1) eliminar los agentes físicos (por ejemplo, armas de fuego); 2) reducir la cantidad del agente (por ejemplo, velocidad de los vehículos); 3) evitar la liberación del agente (por ejemplo, dispositivos de sujeción en los vehículos), y 4) cambiar superficies, estructuras o productos peligrosos (por ejemplo, en los automóviles).

Estamos persuadidos de que un objetivo específico de la psicología de la salud es lograr un cambio conductual en todas estas prácticas, en la dirección de promover el uso del cinturón de seguridad en los automóviles, reducir la exposición de los niños a factores de riesgo, etcétera.

Evitar el consumo de drogas

Éste es uno de los tres problemas que más preocupan a los ciudadanos. En la sociedad actual el uso de drogas ilegales (heroína, cocaína, marihuana, etc.) y legales (alcohol, tabaco y drogas de prescripción) es un fenómeno que ha adquirido gran relevancia. Estas sustancias son una fuente de problemas de salud, pues son el origen de diferentes clases de cánceres, enfermedades del aparato respiratorio, cardiopatía isquémica, afecciones cerebrovasculares, etc. (por ejemplo, Schukitt, 1995).

Una de las muchas clasificaciones existentes en el ámbito de las drogodependencias sostiene la diferenciación entre drogas legales e ilegales. Las primeras son aquellas cuya venta y consumo está permitido por la ley. El tabaco y el alcohol son el ejemplo por excelencia de esta categoría de drogas institucionalizadas, además de ser las más consumidas por la población y las que generan más problemas sociosanitarios. Las cifras de mortalidad al año de muertes prematuras a causa del tabaco se aproxima a 390,000 en Estados Unidos, 500,000 en Europa, 44,000 en España y 14,000 en México (Becoña, 1994a). Sin lugar a dudas, el tabaco es la principal causa de muerte prevenible en el mundo, con un total de tres millones de defunciones al año, más que todas las que provocan juntas el alcohol, las drogas ilegales, los homicidios, los suicidios, los accidentes automovilísticos y el sida.

Al contrario, la venta y el consumo de drogas ilegales carece de reconocimiento legal. En los últimos años, este tipo de drogas ha creado muchos problemas serios en nuestro medio, los cuales, sin embargo, son principalmente de índole social y no relacionados con la salud física. El número de personas que fallece como consecuencia de los efectos de las drogas ilegales es reducido, si lo comparamos con el generado por el tabaco y el alcohol.

Tanto las drogas legales como las ilegales representan un peligro potencial para la salud. Sin embargo, estas últimas presentan mayores riesgos, además de los efectos farmacológicos. Por ejemplo, estas sustancias pueden ser vendidas como un tipo de droga cuando en realidad es otro; contienen otro tipo de sustancias que pueden ser por sí mismas peligrosas para la salud; durante su administración no se observa ninguna medida de higiene; el consumidor no tiene asegurada la dosis por motivos económicos o de demanda y un largo etcétera. También son un foco de problemas de índole social, pues los consumidores producen inseguridad ciudadana, tráfico de drogas, crímenes, robos y otras conductas similares. Otros problemas importantes que generan las mismas son de tipo laboral y económico.



En resumen, todas las drogas tienen capacidad para generar adicción, pero precisamente la peculiaridad de una sustancia radica en los problemas de salud, económicos y sociales que genera, triada en la que se encuentran enormes diferencias. Así, por ejemplo, mientras el tabaco es la sustancia que causa mayor mortalidad, el alcohol es la que produce mayores problemas sociales, laborales y económicos (Becoña, 1995). Por tanto, es necesario que el uso de ambas sea eliminado o reducido al mínimo, en el peor de los casos.

Sexo seguro

Cada año millones de personas, la mayoría de ellas jóvenes, contraen enfermedades transmitidas sexualmente (por ejemplo, gonorrea, herpes), las cuales han sido siempre potencialmente peligrosas, pero durante los últimos 40 años, la mayoría ha podido ser tratada eficazmente. Sin embargo, en la década de los ochenta, la irrupción del sida cambió completamente el panorama. El sida consiste en la presentación de una o varias enfermedades (por ejemplo, sarcoma de Kaposi) como consecuencia de la infección previa producida por el virus de inmunodeficiencia humana (VIH). Es una enfermedad contagiosa debida precisamente a este virus que se aloja en numerosos fluidos humanos, aunque sólo en algunos (por ejemplo, semen, secreciones vaginales) presenta una concentración suficiente como para provocar una infección (Weber y Weiss, 1988; Bayés, 1995).

Rápidamente se observó que la amplia mayoría de infecciones VIH se había producido por transmisión sexual, pues las minúsculas lesiones que se producen durante la penetración (vaginal y anal) y otras prácticas sexuales (por ejemplo, buco-genitales) facilitaba que el virus pasara a través del semen y de las secreciones vaginales a la corriente sanguínea de la pareja. Además, factores tales como mantener relaciones promiscuas, no usar preservativos, penetración anal o contacto buco-genital, incrementan el riesgo de adquirir dicha infección (Gerberding y Sanding, 1989).

La clara evidencia de la transmisión sexual del VIH ha producido un vuelco en la concepción del manejo de este tipo de enfermedades. En estos momentos, la única vía alternativa para luchar contra este padecimiento es la prevención, por medio de comportamientos que minimicen el riesgo (por ejemplo, uso de preservativos, mantener relaciones monogámicas) (Bayés, 1995; Kaplan, 1987).

Uno de los problemas más preocupantes a los que debe hacer frente nuestra sociedad es el de los embarazos no deseados, en concreto, en el colectivo de las adolescentes. Un embarazo no deseado en una adolescente supone un serio problema para ellas, su futuro hijo, sus padres, amigos y los servicios sanitarios y educativos. Aunque en las dos últimas décadas se ha reducido de modo acusado el número total de alumbramientos por parte de jóvenes menores de 20 años, todavía el porcentaje es especialmente alto, pues llegó a 4.8% del total de nacimientos en 1990 (véase Cáceres y Escudero, 1994).

Si bien es cierto que muchos padres adolescentes adoptan decisiones responsables en caso de embarazo y proporcionan a sus hijos un buen cuidado prenatal y obstétrico, un elevado número no lo hace. Esto es, un gran porcentaje de embarazos no deseados guarda relación con una incidencia desproporcionada de mortalidad infantil, así como de descuido y maltrato a los niños. Por ello, aproximadamente cuatro de cada diez embarazos de este grupo terminan en aborto o malogros. Las madres adolescentes tienen un riesgo dos veces mayor de padecer anemia, preclampsia y complicaciones durante el parto, además de un mayor riesgo de muerte durante éste (OMS, 1976).

Por otra parte, los hijos de madres adolescentes presentan una tasa de morbilidad y mortalidad dos veces mayor que los bebés de madres adultas, y corren el riesgo de experimentar más malformaciones congénitas, problemas de desarrollo, retraso mental, ceguera, epilepsia y parálisis cerebral (Hunt, 1976). Por si fuera poco, tanto los padres como sus hijos tienen que afrontar a corto, mediano y largo plazos toda una serie de adversidades sociales, legales, psicológicas, educativas y económicas.



Desarrollo de un estilo de vida minimizador de emociones negativas

Las emociones negativas constituyen un riesgo para la salud pues influyen sobre ésta por medio de diferentes mecanismos. Quizás el más conocido es el Síndrome General de Adaptación (SGA) (Selye, 1936, 1956), también denominado *estrés*, que Labrador (1992) define de la siguiente manera:

Se considera que una persona está en una situación estresante o bajo un estresor cuando debe hacer frente a situaciones que implican demandas conductuales que le resultan difíciles de realizar o satisfacer. Es decir, que el individuo se encuentre estresado depende tanto de las demandas del medio como de sus propios recursos para enfrentarse a él; o, si avanzamos un poco más, depende de las discrepancias entre las demandas del medio, externo e interno, y la manera en que el individuo percibe que puede dar respuesta a esas demandas (p. 27).

Esta definición está acorde con el enfoque interaccional del estrés (véase Lazarus y Folkman, 1986), que es el más aceptado de la actualidad, ya que lo concibe como un proceso transaccional entre el individuo y la situación. Según este enfoque, la naturaleza e intensidad de la reacción del estrés es modulada, al menos, por tres factores: en primer lugar, por el grado de amenaza que el sujeto percibe en la situación; segundo, por la valoración que el individuo hace de los recursos que cree tener para afrontar con éxito la demanda de la situación; y, tercero, por la disponibilidad y el grado de afrontamiento que el sujeto pone en marcha para restablecer el equilibrio en la transacción persona-ambiente.

La cronicidad de este síndrome (SGA) genera un aumento de la vulnerabilidad del individuo a padecer algún tipo de enfermedad (por ejemplo, incremento de glucocorticoides). Los efectos neuroendocrinos e inmunitarios del estrés no constituyen un agente patógeno específico, sino que representan un riesgo específico, que incrementa la vulnerabilidad de los sujetos ante las enfermedades (por ejemplo, enfermedades cardiovasculares) en general (Valdés y Flores, 1985).

No sólo puede inducir directamente efectos psicológicos y fisiológicos que alteran la salud, sino que también puede influir en ella de modo indirecto, por medio de la elicitación o mantenimiento de conductas no saludables. Esto es, no sólo son importantes para la salud del individuo los efectos a nivel orgánico que produce el estrés u otras emociones negativas. Una persona que viva bajo situaciones estresantes es más probable que incremente conductas de riesgo y reduzca todo tipo de comportamientos saludables. Por ejemplo, en algunos estudios (véase Newcomb y Harlow, 1986) se descubrió que el incremento del estrés estaba asociado con un aumento del consumo de alcohol y otras drogas. También se ha comprobado que parte de sus efectos negativos proviene del hecho de que las personas sometidas a estrés, especialmente de tipo laboral, presentan hábitos de salud peores que las que no lo sufren (Wiebe y McCallum, 1986).

Se ha sugerido que el apoyo social puede ser un importante factor modulador del estrés en el caso de aquellos individuos que viven en situaciones estresantes (por ejemplo, divorcio), pues practican más ejercicio físico y consumen menos tabaco o alcohol cuando gozan de un nivel elevado de apoyo social, en contraste con aquellas que cuentan con poco o ningún apoyo de este tipo (Addler y Matthews, 1994).

También se han señalado distintas variables psicológicas como moduladoras de la relación entre el estrés y la enfermedad. Unas contribuirían a favorecer la salud (por ejemplo, dureza, optimismo, autoestima) y otras la perjudicarían (conducta tipo A, conducta tipo C, alexitimia...) (Sandín, 1995). Así, por ejemplo, los individuos con un patrón de conducta tipo A reaccionan de modo diferente ante los estresores que aquellos con uno tipo B (Glass, 1977).

No obstante, el concepto capital del enfoque interaccional del estrés es el de afrontamiento. Cuando se rompe el equilibrio en la transacción persona-situación, el sujeto pone en marcha una serie de conductas, manifiestas o encubiertas, con el objeto de restablecerlo. Por tanto, los procesos de afrontamiento también desempeñan un papel mediador entre el impac-



to de una situación dada y la respuesta de estrés del sujeto. Precisamente, en esta línea se ha desarrollado todo un conjunto de técnicas para ayudar a manejar el estrés (Labrador, 1992). Dotar al individuo de esos recursos conductuales y cognitivos parece ser la vía más adecuada para minimizar los efectos perjudiciales de esta sintomatología sobre la salud.

Adherencia terapéutica

Para que el consejo médico tenga repercusiones beneficiosas sobre la salud del paciente, se deben tener en cuenta dos aspectos. En primer lugar, debe ser acertado. En segundo, debe ser llevado a la práctica por el individuo (Brannon y Feist, 1992). La realidad parece ser bien distinta, pues coincide plenamente con lo que expresa un acertado adagio castellano: “De lo dicho a lo hecho hay un trecho”. A pesar de los considerables esfuerzos desarrollados por los profesionales de la salud durante los últimos cincuenta años para intentar solucionar la problemática de la ausencia de adherencia a los regímenes terapéuticos, ésta es aún una asignatura pendiente en el campo de la psicología de la salud (Demarbre, 1994). Uno de los problemas más importantes con el que se puede encontrar un clínico en sus intervenciones es el de que el paciente no sigue sus prescripciones, a pesar de disponer de procedimientos eficaces para tratar o incluso prevenir los problemas.

Se ha comprobado que las tasas de incidencia de adherencia a las recomendaciones de los clínicos no suelen superar el 50%, pues están entre 30 y 60% (Meichenbaum y Turk, 1987), bien por olvido, por no comprender los mensajes o por falta de acuerdo en su cumplimiento. Todavía más preocupante es el elevado número de personas que no se adhieren a los regímenes profilácticos prescritos (por ejemplo, embarazadas que no toman los suplementos vitamínicos), lo que propicia casos como el de la hipertensión, en el que el incumplimiento de las prescripciones médicas es más la norma que la excepción.

En el caso de las enfermedades crónicas (por ejemplo, hipertensión), las consecuencias de la falta de adherencia al tratamiento acarrea consecuencias muy negativas en la esfera física, psicológica y social de los clientes, además de generar un coste importante para la sociedad (Epstein y Cluss, 1982, entre otros).

Por tanto, el incumplimiento y la falta de seguimiento de las prescripciones genera costes personales importantes, en especial, en la calidad de vida que puede gozar la persona. Pero, además, se lleva a cabo una mala utilización de los servicios de salud, con el consiguiente e innecesario incremento de los costes sanitarios. Al contrario, la adherencia a las prescripciones de los clínicos evitaría visitas innecesarias de los sujetos a los ambulatorios, hospitalizaciones prescindibles, etc. La importancia crucial de esta cuestión la refleja muy acertadamente Bayés (1979) cuando dice: “De qué nos servirá tratar de montar un gran aparato sanitario que funcione a la perfección si luego la mitad de los pacientes no siguen las prescripciones médicas o se equivocan al llevarlas a la práctica” (p. 38).

Actitudes, creencias y salud

Las creencias, actitudes y otras variables son motivadores importantes del comportamiento, una vez que se las ha adquirido. Con el paso del tiempo las personas presentan comportamientos diferentes, pero algunas de esas creencias y actitudes permanecen iguales durante años y, a la postre, proporcionan coherencia y predictibilidad a muchos de esas conductas. Estos términos se han utilizado de modo profuso, tan libremente y con la cualidad de real, que algunas veces se pasa por alto que son entidades abstractas, muy difíciles de apresar y que no pueden observarse directamente, aunque sí inferirse. De hecho, las dos grandes dificultades que nos encontramos cuando nos referimos a estos constructos son: 1) la cuestión conceptual de la definición y 2) el problema de operativizarlos o medirlos (Greene y Simons-Morton, 1988).



Cada una de estas variables tiene ciertas características definitorias, aunque algunas de ellas tienen cualidades en común, lo cual provoca confusión entre los profesionales de la salud, que usan muchas veces términos sinónimos para referirse a entidades de naturaleza totalmente distinta. Por ello, debemos hacer un esfuerzo por definir y aclarar la naturaleza de éstas, en nuestro caso, las creencias y las actitudes, pues ambas intervienen en las conductas de salud de los individuos.

Green *et al.* (1980) definieron una creencia como “Una convicción de que el fenómeno u objeto es real o verdadero: la fe, confianza y verdad son palabras que se usan para expresar o significar creencia. Las declaraciones de creencias orientadas hacia la salud incluyen declaraciones como: ‘yo no creo que los medicamentos funcionen’; ‘si esta dieta no le surte efecto, estoy seguro de que no funcionará conmigo’; ‘el ejercicio no hará diferencia alguna’; ‘cuando te llega tu hora, te llegó y no hay nada que hacer al respecto’” (p. 72). Esto es, una creencia es algo que se acepta como verdad, sin tomar en consideración si en realidad lo es o no en términos objetivos. Las creencias tienen al menos tres características que las definen como tales (Greene y Simons-Morton, 1988). Primero, otras personas pueden clasificarlas de falsas o verdaderas, al margen del valor de certeza que le otorga el que las posee. Por ejemplo, un sujeto puede manifestar que la marihuana es inocua para la salud, aseveración que para la mayoría de los profesionales de la salud sería totalmente errónea. Segundo, las creencias tienen un elemento cognoscitivo, es decir, lo que la persona sabe o cree saber al respecto. Tercero, tienen un componente afectivo, que hace referencia al valor o grado de importancia que posee una determinada creencia para un individuo en una situación dada (grado de importancia de la creencia particular a lo apropiada que le parezca a un individuo —la intensidad de una creencia—). Por ejemplo, alguien puede tener un dolor de garganta y creer que se cura más rápidamente con antibióticos, pero es posible que piense que no vale la pena interrumpir su trabajo para ir al médico. Sin embargo, cuando le sucede lo mismo a su hijo su comportamiento cambia radicalmente y no duda un instante para hacerlo atender por un profesional. De hecho, algunos autores (por ejemplo, Rokeach, 1970) sugieren que las creencias de una persona se estructuran de modo ordenado según su importancia relativa.

Una de las definiciones que se propusieron para definir una actitud sostiene que ésta es “una organización de creencias relativamente perdurable sobre un objeto o situación que nos predispone a responder de alguna manera preferencial” (Rokeach, 1966, p. 529). Según este planteamiento, las actitudes consisten en una serie de creencias que interactúan con otras, predisponiéndonos a actuar o responder a alguna situación de manera predecible.

Nadie niega la dificultad de modificar las creencias que explican los comportamientos de salud y, por supuesto, las actitudes, pero el panorama actual es bien distinto al de otros momentos. Hace un siglo, las personas se enfermaban a causa de la carencia de agua potable, alimentos contaminados o el contacto con otras personas infectadas. Una vez que enfermaban, basaban sus expectativas de curación en los cuidados médicos. La duración de la mayoría de las afecciones era relativamente corta (por ejemplo, neumonía, difteria); una persona moría o se curaba en cuestión de semanas. La gente sentía una responsabilidad muy limitada ante la posibilidad de contraer una enfermedad porque creían que era imposible evitar las bacterias y los virus que causaban la mayoría de las enfermedades. Sin embargo, durante las últimas décadas del siglo xx, tal punto de vista cayó en la obsolescencia (Brannon y Feist, 1992).

Ahora bien, todavía se puede apreciar que muchas personas mantienen una actitud pasiva ante la salud y la enfermedad. Como consecuencia de ello, presentan sobrepeso, fuman, abusan del alcohol, no hacen ejercicio con regularidad y evitan los “chequeos” (reconocimientos médicos). Acuden única y exclusivamente al médico cuando se sienten enfermos y depositan todas sus esperanzas de curación en manos de la medicina moderna, que les curará en cuestión de horas. No obstante, se aprecia que cada vez son más las personas que adoptan una actitud activa respecto a su salud, lo cual se refleja en la práctica de estilos de vida saludables. Ellos se implican activa y responsablemente con formas de vida que mejoran o mantienen su salud. Llevan a cabo cambios relacionados con su salud que se traducirán en una reducción del riesgo de morir, un incremento de la expectativa vital y una adecuada calidad de vida. Por ejem-



plo, en Estados Unidos, desde 1965 a 1987, más de 30 millones de personas han dejado de fumar (Fiore, Novotny, Pierce *et al.*, 1989).

Si bien los profesionales de la salud deben poner gran interés para facilitar el cambio a comportamientos de salud concretos a largo plazo, no deben olvidar las creencias y actitudes que explican las conductas de salud, así como otro tipo de variables internas, que radican en la persona y que también han sido adquiridas mediante el aprendizaje, cuyo cambio con frecuencia se debe anteponer los comportamientos meramente observables, para que finalmente éstos se produzcan. El modelo de la salud basado en creencias (Becker y Maiman, 1975) propone cuatro categorías de éstas (seriedad percibida, susceptibilidad percibida, beneficios percibidos y barreras percibidas) que deben ser el eje de la prevención y promoción de comportamientos de salud.

De la teoría a la práctica.

Situación de la promoción de los estilos de vida saludables

En los últimos años se ha efectuado el reconocimiento definitivo por parte de los distintos organismos de salud, tanto internacionales como nacionales, de que la mortalidad y morbilidad están producidas en su mayor parte por motivos conductuales, por lo que la gente hace, no por causas infecciosas o envejecimiento natural del organismo. En los últimos años esta certeza ha estimulado la realización de múltiples estudios tanto de tipo epidemiológico como experimental y clínico para conocer pormenorizada y exactamente las causas de muerte y los factores que protegen de morir de manera prematura (Doll y Peto, 1989, entre otros). Esto es lo que se ha entendido como comportamientos aconsejables para la salud, entre los cuales se encuentran, como indicamos previamente, dormir siete u ocho horas al día, desayunar cada mañana, nunca comer entre comidas, aproximarse al peso conveniente en función de la talla, no fumar, consumir moderadamente alcohol u optar por un comportamiento abstemio y realizar con regularidad alguna actividad física. Por otro lado, estos comportamientos saludables son bien conocidos por la población de los países desarrollados, donde se implementan campañas sistemáticas para que la población adopte un estilo de vida más saludable. Cada vez se insiste más en que la gente deje de fumar, tenga una dieta adecuada y controle el peso, reduzca el consumo de alcohol y se someta a reconocimientos médicos periódicos.

Sin embargo, estos esfuerzos no siempre dan sus frutos y la población, a pesar de contar con información adecuada sobre su salud, no cambia. ¿Por qué? Esto trataremos de explicarlo a continuación, para lo cual primero expondremos varios ejemplos de promoción de estilos de vida saludables, qué debemos hacer para hacerlos del conocimiento público y si realmente podemos conseguir una promoción efectiva de estilos de vida saludables.

Ejemplos de promoción de estilos de vida saludables. ¿Es una realidad?

Como ya lo hemos explicado, sabemos cuáles son los estilos de vida saludables más adecuados y cuáles son inadecuados. Los datos epidemiológicos y los estudios de mortalidad nos proporcionan la suficiente información como para planificar e intervenir en aquellas conductas no saludables con el objetivo de frenar o impedir la aparición de distintos problemas de salud.



Existe una coincidencia en las causas de los mayores riesgos de muerte en las sociedades industrializadas. Como puede observarse en la tabla 4.2, el riesgo anual estimado de muerte por millón de personas en Estados Unidos se explica por conductas como fumar, consumir alcohol, accidentes de tránsito o laborales, etc. (USDHHS, 1989). Por causas reales de muerte, como mostramos en la tabla 4.3 con datos referidos a ese país, la principal causa de muerte se debe a enfermedades del corazón (36.4% del total), cáncer y tumores malignos (22.3%), ataque fulminante (7.1%) y otras. Si observamos la tabla detenidamente, sólo las tres primeras causas explican 66% de las muertes o, lo que es lo mismo, dos de cada tres. En la misma tabla aparecen los principales factores de riesgo de estas enfermedades. Tabaquismo, hipertensión, colesterol elevado, dieta inadecuada, ausencia de ejercicio, alcohol, estrés e historia familiar, son los más importantes, por orden de importancia. De los anteriores, el consumo de tabaco ocupa el lugar más relevante. Como puede observarse en la tabla 4.4, fumar es un factor causal de mortalidad. Mediante un amplio estudio entre 10,000 personas de 30 a 39 años que habían sufrido ataques cardiacos, se comprobó que la probabilidad de padecerlos presenta una ratio de 6.3 para un fumador y de 1 para un no fumador (Parish, Collins, Peto *et al.*, 1995). Datos como los anteriores han llevado a diversos informes del *Surgeon General* estadounidense (USDHHS, 1983, 1988, 1989) a concluir que fumar cigarrillos debe ser considerado el más conocido de los factores de riesgo modificables para la enfermedad cardíaca coronaria en la Unión Americana. Lo mismo podemos decir del resto de los países occidentales.

Lógicamente, es de esperar que si conocemos estos datos, que son tan consistentes, que se han repetido una y otra vez en distintos países, muestras, grupos distintos, etc., sería lógico implantar medidas para su control o corrección de la tendencia que produce una alta morbilidad y mortalidad. ¿Qué se ha hecho?

Existen distintos programas que se han evaluado anteriormente y otros que se están llevando a cabo en el presente. De los realizados en los últimos años, y evaluados, destacamos

Tabla 4.2 Riesgo anual estimado de muerte por millón de personas en distintas actividades o causas

Actividad o causa	Número de muertes anuales por millón de personas expuestas
Fumar	7,000
Alcohol	541
Accidente	275
Enfermedad	266
Accidentes de tránsito	187
Relacionado con el alcohol	95
No relacionado con el alcohol	92
Trabajo	113
Natación	22
Fumador pasivo (a)	19
Todos los otros contaminantes del aire (b)	6
Fútbol americano	6
Electrocución	2
Rayo	0.5
Picadura de abeja	0.2
Baloncesto	0.02

Nota: Las actividades no son mutuamente excluyentes; existe superposición entre categorías. Las diferencias en muertes no implican diferencias proporcionadas en años de vida perdidos.

a) Número de muertes por millón de fumadores que comenzaron a fumar antes de 1965.

b) Muertes sólo por cáncer.

Fuente: Surgeon General (USDHHS, 1989).



Tabla 4.3 Principales causas de muerte en Estados Unidos y factores de riesgo asociados

Causa	Porcentaje de todas las muertes	Factores de riesgo
Enfermedades del corazón	36.4	Fumar, hipertensión, colesterol elevado, dieta inadecuada, ausencia de ejercicio físico, estrés, historia familiar
Cáncer y tumores malignos	22.3	Fumar, carcinógenos laborales, carcinógenos ambientales, alcohol, dieta inadecuada
Ataque fulminante	7.1	Hipertensión, fumar, colesterol elevado, dieta inadecuada, estrés
Gripe y neumonía	3.3	Fumar, ausencia de vacunación
Diabetes	3.3	Obesidad
Accidentes de vehículos con motor	2.3	Alcohol, no usar el cinturón de seguridad, exceso de velocidad, trazado de la carretera, fallas mecánicas
Otros accidentes de los vehículos con motor	2.3	Alcohol, abuso de drogas, fumar (incendios), diseño del producto, disponibilidad de armas de fuego
Suicidio	1.5	Estrés, abuso de alcohol y drogas, disponibilidad de armas de fuego
Cirrosis hepática	1.2	Abuso de alcohol
Arteriosclerosis	1.1	Colesterol elevado

Nota: Adaptado de Matarazzo (1984, 1990, 1996) y Bishop (1994).

Tabla 4.4 Ratio de ataques cardíacos: fumadores vs. no fumadores de la misma edad en el estudio ISIS de 10,000 ataques cardíacos en el Reino Unido

Edad	No fumador	Fumador
30-39	1	6.3
40-49	1	4.7
50-59	1	3.1
60-69	1	2.5
70-79	1	1.9

Fuente: Parish, Collins, Peto et al. (1995).



el *Multiple Risk Factor Intervention Trial* (MRFIT) y el *Proyecto North Karely*, orientados básicamente a prevenir la enfermedad cardíaca coronaria.

Desde la década de los setenta se han llevado a cabo varios programas para prevenir los factores de riesgo de la enfermedad cardíaca coronaria, orientados a producir cambios en la dieta, abandonar los cigarrillos y controlar la presión sanguínea elevada. Los más conocidos son los aplicados en Estados Unidos, aunque también a partir de la década de los setenta se han implantado en Inglaterra, Francia, Suecia, Bélgica, Italia, etc. (USDHHS, 1983).

Uno de los programas más conocidos es el *Multiple Risk Factor Intervention Trial* (MRFIT), que comenzó en 1972, en 22 centros de 18 ciudades estadounidenses y en el que participaron 12,866 varones. El proyecto duró 7 años y sus resultados han aparecido en múltiples artículos e informes, aunque sus mejores descripciones respecto al papel del tabaco pueden verse en Benfari y Sherwin (1981) y Ockene, Shaten y Neaton (1991).

El tratamiento para dejar de fumar incluía un mensaje del médico para que el enfermo dejase de fumar, examen médico anual, asignación a grupos de tratamiento, consejo individual o un método autoaplicado para aquellos que no quisieron adoptar los métodos propuestos, así como un programa de mantenimiento a lo largo de varios años. El objetivo que se perseguía era que los sujetos dejaran de fumar, lo cual explica el gran número de procedimientos que se utilizaron como parte del programa. Entre ellos se pueden mencionar el material audiovisual, conferencias, discusiones de grupo, materiales educativos y otros similares. Algunos centros también utilizaron diversas técnicas conductuales como relajación, *roleplaying* y control de estímulos (Hughes, Hymowitz, Ockene, Simon y Voght, 1981).

Informes como el de Cuttler, Neaton, Hulley, Kuller, Oglesky y Stamler (1985), Ockene y cols. (1991) y Ockene, Hymowitz, Lagus y Shaten (1991), indican una tasa de abstinencia de 43% al año y de 49% a los seis años de seguimiento para los sujetos contactados, que descendía a 43% al considerar a todos. Este estudio también indica claramente que el número de cigarrillos fumados previamente es un importante factor para alcanzar la abstinencia: mientras que 77% de los que fumaban 1-19 cigarrillos/día la lograban a los 6 años, tal cifra descendía a 50% en los que consumían 20-39 cigarrillos/día y a 49% en los de 40 o más cigarrillos/día.

Junto con la clara eficacia mostrada por programas como el MRFIT en el abandono del tabaco, que contaban con la participación de un gran número de personas —casi trece mil—, éstos han posibilitado que muchos profesionales se hayan especializado en el tratamiento de fumadores y que varios de sus participantes ocupen en la actualidad un puesto destacado entre los especialistas en el tratamiento de fumadores.

En Finlandia, como parte del Proyecto North Karelia, desde 1978 se han llevado a cabo programas para dejar de fumar transmitidos por el segundo canal de TV para toda la nación (Puska, McAlister, Pekkala y Koskela, 1981). El último en ser evaluado se llevó a cabo en 1986 (Korhonen, Niemesisu, Piha, Koskela, Wiio, Johnson y Puska, 1992). Este proyecto constaba de dos partes: un programa para dejar de fumar por medio de la TV y un concurso para dejar de hacerlo a nivel de toda la nación. El programa incluía ocho sesiones de aproximadamente 35 minutos que se emitían durante 6 jueves consecutivos a las 10:20 de la noche; la segunda y tercera semanas se difundían sesiones adicionales los días martes a las 5:30 de la tarde. En el programa participaron dos expertos del programa North Karelia y dos grupos de diez fumadores voluntarios de dos ciudades: North Karelia y Turku, cada uno en su estudio local. La segunda sesión era de abandono, mientras que en las otras se analizaban experiencias, cartas, etc. En la última sesión se entregaban los premios por el abandono. La otra parte del programa, el concurso a nivel nacional, estaba organizado para ser coordinado por medio del programa de TV. Los fumadores de 17 años o más que dejaban su hábito durante al menos dos semanas podían participar en el concurso. Seleccionaron tan corto periodo para incrementar al máximo la participación. Los ganadores fueron contactados y se les evaluó su abstinencia. El premio principal era un viaje a Hawai para dos personas, dentro de un total de 160 premios.



La eficacia del programa de TV y del concurso fue evaluado seis meses después por medio de encuestas postales a 7,400 personas de toda Finlandia. Los resultados indicaron que 55% de los fumadores vieron al menos una sesión de TV y de ellos 7% intentó dejar de fumar mientras veían el programa, meta que consiguió 2.3% de los espectadores, durante al menos dos semanas. De aquellos que vieron 3 o más sesiones, 10.8% pretendió hacerlo y 4.4% lo consiguió durante al menos dos semanas.

En el concurso participaron 16,000 personas, es decir 1.6% del número estimado de fumadores regulares del país. A los seis meses de su inicio, entre 17 y 22% (en North Karelia) dejó su hábito, es decir unas 2,700 personas. En parte, estos buenos resultados fueron atribuidos a las actividades llevadas a cabo en la comunidad para estimular el abandono del tabaco, aparte del programa para dejar de fumar en la TV y el concurso. El coste estimado de cada fumador que dejó de hacerlo fue de 24 dólares, que descendía si se incluían aquellos que dejaron de fumar pero no participaron en el concurso.

Ejemplos más recientes de proyectos de este tipo son el COMMIT y el ASSIST, que se consideran programas comunitarios de segunda generación, al fundamentarse y superar a los anteriormente comentados (Gruman y Lynn, 1993). Hasta este momento, el COMMIT (*The Community Intervention Trial for Smoking Cessation*) es el programa más importante del mundo en intervención sobre tabaquismo, ya que ha llegado a seis millones de fumadores, de distintas comunidades de Estados Unidos desde 1988 hasta 1994. El ASSIST (*The American Stop Smoking Intervention Trial for Cancer Prevention*) se llevó a cabo en 17 estados, comenzó en 1993 y finalizó en 1998. Sus resultados han sido claros: muchos fumadores han dejado de serlo. Con ello se reduce su morbilidad y mortalidad en los siguientes años.

En conclusión, los programas mencionados indican que es posible incidir con la tecnología psicológica, dado que se trata de cambiar hacia conductas que permitan reducir la morbilidad y mortalidad de las comunidades donde aquéllos se han llevado a cabo. Sin embargo, aunque la tecnología existe y funciona, la realidad nos dice que se han implementado pocos proyectos de este tipo y que, con raras excepciones, no se han extendido hacia el conjunto de las naciones que padecen estos problemas.

¿Qué debemos hacer para promover estilos de vida saludables? Nuestro reto

Hoy es claro que la gente enferma fundamentalmente por lo que hace. La conducta se ha convertido, poco a poco, en el elemento explicativo de la salud y de la enfermedad. Paulatinamente se ha cambiado de las enfermedades infecciosas a las dolencias de la civilización, es decir, aquéllas causadas por los comportamientos inadecuados. Esto lo sabemos, pero subyace una cuestión fundamental: ¿qué podemos hacer? Éste es el gran reto de la psicología en general y de la psicología de la salud en particular (Becoña, Vázquez y Oblitas, 1995b).

Conocemos, como ya hemos expuesto repetidamente, aquellas conductas que implican mayor riesgo de enfermedad y muerte. El conocimiento es importante, pero no es suficiente para lograr el cambio de conducta. Por tanto, la psicología y las técnicas de intervención psicológicas para el cambio de conducta tienen un papel esencial que desempeñar y que analizamos a continuación.

El reto fundamental de la psicología en el campo de la salud es demostrar repetidamente y de modo claro que puede producir cambios de conducta y con ello reducir la morbilidad y mortalidad de las enfermedades más importantes de los países desarrollados. Los modelos médicos imperantes y predominantes deben demostrar claramente esta capacidad. En aquellos países donde se han alcanzado estos objetivos o en proceso de lograrlos, el peso e importancia de la psicología de la salud es hoy manifiesto (Matarazzo, 1995, entre otros).



¿Cuál es nuestra tecnología para el cambio de conducta? Para intentar una explicación comprensiva dividamos en dos grandes bloques esta tecnología, uno dedicado al cambio de actitudes y creencias para la promoción de una salud adecuada y, el otro, a la utilización de la tecnología conductual para fomentar hábitos de salud adecuados.

En lo que atañe a la tecnología para el cambio de actitudes y creencias, desde sus orígenes la psicología social ha desempeñado un papel destacado para explicar cómo podemos cambiar las actitudes y creencias de las personas, entendidas como el prelude de las posteriores conductas que se van a poner en práctica, tanto en un sentido positivo como negativo para la salud (Ajzen y Fishbein, 1980; Becoña, 1986).

De modo más importante, toda la psicología conductual, la terapia de conducta y casi toda la psicología clínica tienen como objetivo básico producir cambios de comportamiento, bien sean de tipo interno o externo. Para ello utilizan las técnicas derivadas del condicionamiento clásico, operante y vicario (*cfr.* Caballo, 1991; Labrador, Cruzado y Muñoz, 1993), conocidas como técnicas conductuales o cognitivo-conductuales (Becoña, en prensa). Junto a estos procesos de intervención comportamental la evaluación conductual nos proporciona un modo adecuado, empírico y explicativo de las relaciones, antecedentes y consecuentes vinculados con la conducta, lo que tiene una gran utilidad para la posterior intervención terapéutica tanto de tipo clínica como en el campo de la salud (Buceta y Bueno, 1995; Méndez, Maciá y Olivares, 1993, entre otros).

Un ejemplo, de entre los muchos posibles, Buceta, Gutiérrez, Castejón y Bueno (1995) presentan qué tipo de intervención psicológica se puede aplicar a un comportamiento sedentario. Como hemos expuesto con anterioridad, la falta de ejercicio físico o actitud sedentaria es un claro factor de riesgo para la enfermedad cardiaca coronaria. En el programa propuesto, después de la evaluación comportamental inicial, la aplicación de las distintas estrategias psicológicas debe incluir aportación de información y ajuste de expectativas; utilización de instrumentos para la toma de decisiones; planteamiento de objetivos; selección de la actividad y elaboración de un plan de ejercicio físico; control de circunstancias antecedentes y conductas interferentes; control de contingencias; *feedback* de la ejecución y de sus efectos; autocontrol de la actividad; control del cansancio y del dolor; desarrollo de la cohesión del grupo; y trabajo conjunto con el monitor deportivo. Como se aprecia, un programa de este tipo exige el ajuste adecuado de expectativas, objetivos claramente definidos, manejo adecuado del refuerzo, incremento del sentimiento de autoeficacia y aumento del autocontrol sobre la conducta.

El fundamento que subyace en el programa anterior, como en otros muchos que podríamos citar y describir, es que la información para la persona no es completa, que su deseo de lograr un cambio de conducta tampoco suele ser suficiente, sobre todo cuando tiene que pasar de una situación agradable (conducta sedentaria en el caso anterior) a otra que no lo es (agujetas o calambres, al principio; mejora en la salud a largo plazo). Por tanto, dicho cambio sólo es posible a partir de los conocimientos que proporciona la psicología, la ciencia que estudia el comportamiento.

¿Es posible conseguir la promoción de estilos de vida saludable o actualmente ello es una utopía?

Con los conocimientos que hoy poseemos sería posible evitar que las personas padeciesen enfermedades incapacitantes, que en muchos casos les van a llevar a la muerte, como ocurre en el caso del cáncer (Bayés, 1985, 1991). A largo plazo, la prevención siempre resulta más rentable, especialmente cuando se comparan los enormes costes sanitarios de distintas enfer-



medades que se podrían evitar, como el cáncer, específicamente el de pulmón, el cual está relacionado causalmente con el consumo de tabaco (Peto, López, Boreham *et al.*, 1992).

Como ya hemos comentado (véanse las tablas 4.2 y 4.3), las causas principales de muerte se deben a factores relacionados con la conducta, con las acciones que hacen o dejan de hacer los individuos, no con causas biológicas que los llevan a la enfermedad y a la muerte. En los países industrializados las tres “c” (corazón, cáncer y carretera) ocupan los primeros lugares en las causas de mortalidad, aunque en los últimos años se han producido importantes avances en el control de los accidentes viales mediante la mejora de las carreteras, de los vehículos y de normas de seguridad así como de las medidas coercitivas para el cumplimiento de las reglas de circulación asociadas con la seguridad del conductor y de los que utilizan las vías de tránsito.

Es necesario tener información si se desea conocer un hecho. Sin embargo, no es suficiente para cambiar una conducta, al menos en muchos casos. Hay ejemplos bien claros en el tema del tabaco. Los profesionales sanitarios son los que mejor conocen los efectos negativos que fumar tiene para la salud. Lo observan a diario en sus pacientes y muchos de éstos mueren a lo largo de su vida profesional debido directamente al hecho de consumir tabaco. Pero también, hasta hace poco en los países industrializados, y todavía en aquellos en vías de desarrollo, los médicos son los que más han fumado o fuman, respectivamente.

En los últimos años se ha producido un cambio importante en este tema, que ha partido no desde las personas “teóricamente” más interesadas en la mejora de la salud de sus pacientes, sino de presiones de ciudadanos en torno a asociaciones o grupos de presión de “no fumadores” o de “fumadores pasivos” (Hernández y Terciado, 1994). Afortunadamente, los cambios sobre esta conducta sirven de ejemplo de lo que se puede hacer en otras, que hoy como siempre es necesario controlar, como se puede ejemplificar con el consumo abusivo de alcohol, conductas de riesgo, contaminación ambiental, etcétera.

Ejemplos de que el cambio de conducta es difícil, de que no es llevado a cabo por aquellas personas que deberían hacerlo, junto con el hecho de que contamos con la tecnología adecuada para producirlo, hace surgir la pregunta esencial en este tema: si conocemos qué conductas se deben cambiar, si hay consenso sobre ellas, si tenemos la tecnología para hacerlo, ¿por qué no se produce el cambio de modo rápido y las personas no toman un papel activo para cambiar conductas no saludables por otras beneficiosas para la salud?

Bayés (1985, 1991), basándose en el análisis experimental del comportamiento, en los principios del aprendizaje tan estudiados por la psicología y refiriéndose a las razones por las cuales las personas no hacen lo que debieran sobre conductas que claramente son nocivas para la salud, atribuye esa conducta, fundamentalmente, a tres factores: 1) el carácter placentero (reforzante) de la mayoría de las estimulaciones que siguen a muchos comportamientos nocivos, así como la inmediatez de sus efectos; 2) el extenso periodo que, normalmente, separa la práctica de los comportamientos nocivos de la aparición de la enfermedad en su estadio clínico diagnóstico; y 3) el hecho de que mientras las estimulaciones carcinógenas proporcionan siempre, o casi siempre, una satisfacción real e inmediata, la aparición del cáncer o de otros efectos nocivos son remotas y poco probables.

Junto con los anteriores, podemos sugerir otros tres factores: 4) el convencimiento del poder sin límites de la medicina y de su tecnología para solucionar cualquier problema que podamos llegar a padecer; 5) las barreras culturales que impiden el cambio hacia hábitos saludables; y, 6) el cambio como un proceso cíclico y lento más que rápido y lineal.

El carácter placentero (reforzante) de la mayoría de las estimulaciones que siguen a muchos comportamientos nocivos, así como la inmediatez de sus efectos

La sensación de relajación que experimentan muchos fumadores tras aspirar el humo del cigarrillo; el sabor agradable que acompaña a la ingesta de manjares poco saludables; el



dinero y/o poder que proporciona la práctica de comportamientos generadores de estrés; las miradas admirativas que suscita el bronceado particularmente intenso, la comodidad y el reposo contingentes de los comportamientos de no hacer ejercicio, etcétera.

¿Por qué ocurre esto? Hay varios motivos. Como apunta Bayés (1985), varios factores actúan en contra de los hábitos positivos de salud:

- a) El bombardeo de los medios de comunicación de masas sobre modelos deseables que implican la satisfacción inmediata por medio del consumo de productos o acciones potencialmente peligrosas o carcinógenas. Los anuncios de automóviles rápidos, cuerpos esbeltos y bronceados, el consumo de tabaco y alcohol, la promiscuidad sexual, las exquisitas comidas, los triunfadores y ricos, con todo el lujo y placeres que deseen tener, son algunos ejemplos de ello.
- b) El choque entre el poder económico, las multinacionales, las corporaciones financieras y los trabajadores para controlar la comercialización y producción e incluso la erradicación de ciertos productos cancerígenos. El ejemplo más claro es el del tabaco y el de distintos productos industriales, que destruyen la capa de ozono. En este último caso no existe una clara voluntad política de parte de nuestros gobernantes de erradicar su producción, precisamente por las consecuencias económicas inmediatas que ello acarrearía. No tomar medidas drásticas hoy puede conducir a que el hombre llegue a desaparecer de la Tierra en décadas futuras. Sin embargo, en éste como en otros temas, nos hemos hecho o, paulatinamente, nos haremos “insensibles”. En muchos países ha quedado atrás, o para muchos está quedando atrás, aquello de que “conservemos y dejemos el mundo igual o mejor para nuestros hijos y para las generaciones venideras”. Es el predominio del individualismo, del placer y de la inmediatez.
- c) La confianza actual de los ciudadanos en el poder sin límites de la medicina científica y de que en breve plazo los investigadores descubrirán las drogas milagrosas para curarlo todo, desde el cáncer hasta el SIDA o la drogadicción. Posteriormente volveremos sobre este punto.

Todo lo anterior se resume en la pregunta que subyace en la conciencia de muchas personas cuando llevan a cabo conductas inadecuadas: ¿para qué renunciar ahora a cosas agradables para prevenir un cáncer o un trastorno cardiovascular que, en el peor de los casos, aparecerá dentro de 10 o 20 años, cuando ya se dispondrá de un tratamiento capaz de tratarlo o eliminarlo con rapidez y eficacia?

El extenso periodo que, normalmente, separa la práctica de los comportamientos nocivos de la aparición de la enfermedad en su estadio clínico diagnosticable

En muchas de las enfermedades que hoy ocupan los primeros lugares en la mortalidad, como los trastornos cardiovasculares y el cáncer, la fase de latencia dura muchos años, tal vez 5, 10, 20 o 40. En los problemas circulatorios, así como en el tabaquismo, es de 20 años, en el SIDA de 10, etcétera.

Fumar un cigarrillo no significa que al día siguiente se adquiere un cáncer. Tienen que pasar varios años y fumar miles de ellos. Esta circunstancia impide que el sujeto aprecie una relación “causal” entre sus cigarrillos y su posterior problema de cáncer o enfermedad cardiovascular. Cuando la dolencia se presenta, la disonancia cognitiva, el papel reforzante de la conducta que lleva a cabo, la despersonalización, etc., sólo permiten que unos pocos hagan cambios de conducta adecuados para mejorar su salud... si están aún a tiempo.

Además, las personas no actúan con base en la lógica, sino en su aprendizaje pasado en un contexto sociocultural determinado. Para el sida, Bayés (1995) ejemplifica esta situación cuando sostiene que “Podemos preguntarnos, ¿por qué personas lógicas e inteligentes



—o incluso países enteros— no adaptan su comportamiento a la información que poseen, en decisiones que pueden afectar gravemente su economía, su salud e incluso su supervivencia? La respuesta es, en nuestra opinión, bastante clara: porque las personas no son sólo lógicas e inteligentes; son también, para bien y para mal, afectivas y emocionales, y su comportamiento se encuentra sometido, no a las leyes de la lógica, sino al influjo de numerosos factores ambientales —físicos y económicos— así como a sutiles e imprevisibles cambios bioquímicos e inconscientes condicionamientos temporales” (p. 39). Esto significa que la información es una condición necesaria pero no suficiente para adoptar comportamientos saludables adecuados ni para cambiar comportamientos insalubres.

El hecho de que mientras las estimulaciones carcinógenas proporcionan siempre, o casi siempre, una satisfacción real e inmediata, la aparición del cáncer o de otros efectos nocivos son remotas y poco probables

La inexistencia de una causalidad absoluta conduce a las personas a buscar el placer en esas sustancias o conductas y a considerar a muy largo plazo las posibles consecuencias negativas que puedan presentarse. También suelen asumir subjetivamente una probabilidad de ocurrencia personal de la enfermedad mucho más baja que la real (véase Becoña, Palomares y García, 1994).

En estas circunstancias, el individuo que tiene que elegir entre llevar a cabo o no una conducta de riesgo, probablemente optará por la estimulación placentera e inmediata. No pone en el otro platillo de la balanza las terribles consecuencias que, a largo plazo, pueden producir ese tipo de conductas. El único modo de contrarrestar este aspecto placentero y gratificante con las consecuencias aversivas a largo plazo sería un adecuado entrenamiento en demorar la gratificación inmediata por un efecto saludable a largo plazo, es decir, tener autocontrol sobre su conducta o conductas (Santacreu, Zaccagnini y Márquez, 1992). Sin embargo, este enfoque choca con nuestra sociedad consumista (Bayés, 1985) y con el hedonismo imperante en ella como valor esencial (Brown, 1988).

Nuestra sociedad industrializada tiene como una de sus características esenciales el predominio de la economía, el dinero como valor supremo y el consumismo. La economía, la renta *per cápita*, los índices económicos, el desempleo, la inflación, las exportaciones, son indicios de la buena o mala marcha de un país. El consumo, los bienes de consumo, permiten el buen funcionamiento de la economía y, a la administración pública, proporcionar más servicios pues cuenta con más ingresos. Este planteamiento que, en principio, parece bueno, adecuado y correcto, pierde su atractivo cuando se analiza el consumo. Aquellas conductas reforzantes, gratificantes y deseables para el sujeto, no siempre son las más adecuadas para la salud. El uso de drogas ilegales y legales, que juntas son el negocio más rentable del mundo (Pantoja y Guridi, 1995); el consumo excesivo de alimentos en los países industrializados cuando muchos otros no tienen comida suficiente para sobrevivir (Saldaña, Sánchez-Carracedo y García, 1994), con especial deficiencia de grasas y poco contenido en fibra; el estrés, como consecuencia de la falta de adecuadas habilidades de afrontamiento para sobrevivir en una sociedad competitiva estructurada sobre los imperativos de la economía y del valor del dinero (Labrador, 1992), y los problemas para la salud física y mental derivados de ello; las conductas de ocio inadecuadas (por ejemplo, consumir sustancias psicoactivas, conducir peligrosamente, realizar conductas de riesgo, adicciones, etc.) como consecuencia de la búsqueda de más placer en el mundo externo y en la gratificación rápida, inmediata y con gran visibilidad social, que en la gratificación interna, la realización personal y, a más largo plazo, lo que implica un adecuado autocontrol, serían las más relevantes pero no las únicas. Todo ello se sintetiza en una sociedad donde el valor supremo es el *hedonismo* (Brown, 1988). El placer por el placer, rápido e instantáneo sin analizar las consecuencias que ello acarrea a mediano y largo plazos. Estas actitudes explican el gran número de conductas de riesgo que las personas llevan a cabo y la dificultad para controlarlas o reducir las.



Como mero ejemplo, uno de los problemas más graves en los países industrializados es la muerte de jóvenes en las carreteras debido a exceso de velocidad, tanto por llevar a cabo conductas de riesgo en automóviles de gran cilindrada como por el mero placer de sentirse libres o con un completo control del mundo, como por la ingestión previa de alcohol, drogas psicoactivas, cansancio, falta de habilidad, etc. (Salleras, Taberner, Fernández *et al.*, 1994).

Junto con los tres factores apuntados por Bayés (1985, 1991), se pueden señalar otros tres, que exponemos a continuación.

El convencimiento del poder sin límites de la medicina y de su tecnología para solucionar cualquier problema que podamos llegar a padecer

El avance de la medicina en el último siglo ha sido espectacular. De ello no hay duda. Pero también es claro que en los últimos años, a pesar de que los desarrollos técnicos son incomparables en lo que atañe a pruebas de diagnóstico, farmacoterapia, cirugía y hospitalización, no mejoran los índices de ciertas enfermedades, aquellas en las que mueren más personas, sino que, al contrario empeoran, como ocurre con las enfermedades cardiovasculares y el cáncer asociados con ciertas conductas. Aquí vemos, por tanto, una dicotomía y contradicción. Por una parte el desarrollo de la medicina es imparable, pero por otro cada vez se ve más impotente para hacer frente a las verdaderas “enfermedades de nuestra civilización”, entre las que hay que añadir por su novedad, el sida (Bayés, 1995).

La población en general sólo absorbe la primera idea: la medicina puede con todo. Los datos empíricos muestran lo contrario: la gente se muere cada vez más de ciertas enfermedades relacionadas con la conducta. La industria farmacéutica, los medios de comunicación, el prestigio de la medicina, la necesidad de tener que acudir regularmente a diversas terapias como consecuencia de la mejora de la calidad de vida (por ejemplo, la asistencia al dentista, oculista, ginecólogo, médico general), producen esta falsa idea. El tabú de la muerte, en una sociedad en la que la imagen que nos proporciona la publicidad es de placer, cuerpos jóvenes, felices, inmaculados, sanos, perfectos, impide que nos enfrentemos a la situación real y a la verdad de que muchos jóvenes mueren debido a sus comportamientos inadecuados y que el hombre tiene que adaptarse a su medio natural con la ayuda del hombre (y de la medicina, psicología, economía, etc.), pero no depender en exclusiva de una de las ciencias que ha desarrollado para mantenerse siempre perfecto, porque la realidad no es así. Como reacción de muchas personas, cuando ven que la medicina oficial les falla, acuden a lo que se ha dado en llamar medicinas alternativas, que poco o nada tienen que ver con las medicinas naturales de cada cultura específica (*cf.* Bannerman, Burton y Wen-chieh, 1983; Becona, 1989).

Una excepción a esta regla general ha comenzado a perfilarse con el tema de la vejez, dado el incremento de la esperanza de vida y el número de personas inactivas laboralmente por jubilación o prejubilación y de ancianos en las sociedades industrializadas (Rao, 1993). Es previsible que en los próximos años se produzca un paulatino cambio debido a ello, como ya hay indicios en las sociedades más industrializadas, y se revalorice el concepto de vejez (entre otras razones porque los individuos de este grupo votan y son muchos) y se matice la idea de que la juventud es uno de los valores más importantes.

Todo lo anterior nos hace ver las dificultades que obstaculizan los cambios. ¿Realmente es tan difícil cambiar? La psicología nos ha mostrado que conocemos las formas en que las personas adquieren y cambian conductas y, al tiempo, nos ha hecho ver claramente la dificultad de modificarlas en una sociedad tan compleja como la nuestra, en donde el papel del psicólogo de la salud es reducido ante un entorno en el que el valor económico y los medios de comunicación tienen el peso esencial o guardan la esencia de sus anhelos, deseos y realizaciones. Equivocadamente o no, ésta es la situación, es lo que tenemos y es de donde hay que partir.



Las barreras culturales que impiden el cambio hacia hábitos saludables

Hoy sabemos por los datos empíricos proporcionados por la “ciencia” lo que es bueno o malo para la salud. Sin embargo, las conductas beneficiosas no siempre son gratificantes a corto plazo, mientras que muchas perjudiciales sí lo son, y de modo inmediato. Las distintas culturas se han fundamentado en la gratificación inmediata junto con la imposición de ciertas normas para lograr el adecuado control social. Actualmente, este hecho choca, en muchas ocasiones, con la necesidad de cambiar las conductas para mejorar el estado de salud a mediano y largo plazos. O, lo que es lo mismo, la cultura tiene un peso enorme en nuestra socialización, en nuestras creencias y en el modo en que interpretamos el mundo y lo que es bueno y malo.

Diversas investigaciones han demostrado claramente que en las minorías étnicas de Estados Unidos (por ejemplo, latinos), la contribución significativa de las distintas causas de exceso de morbilidad y mortalidad se debe a factores conductuales, socioculturales y ambientales (Anderson, 1995). La combinación de estos tres factores, centrados de modo relevante sobre un modelo cultural, explica adecuadamente la conducta, sus creencias y conductas propias, a partir de lo cual se explica lo demás.

Un buen ejemplo para explicar el peso de los factores culturales sobre una determinada conducta radica en el uso del alcohol y su relación con dichos factores, la cual depende de una u otra cultura.

El consumo de alcohol se remonta a los orígenes de la humanidad. El hombre, desde que descubrió la fermentación de la uva para hacer vino y alcohol y otros procedimientos de fermentación con distintas plantas para producir sustancias alcohólicas, ha explotado su descubrimiento con distintos fines, desde religiosos hasta lúdicos. En la actualidad, el abuso y dependencia del alcohol es un grave problema en muchos países. Es un factor que tiene una clara relación con la mortalidad (véase la tabla 4.2), tanto por medio del incremento de los accidentes de tránsito, conductas violentas, cáncer y otras enfermedades físicas y psicopatológicas. A pesar de ello, junto con el tabaco, el control de su consumo constituye uno de los objetivos de muchas culturas.

La realidad nos indica que, en muchas sociedades, como las nuestras, la mediterránea y la latinoamericana, la ingestión de bebidas alcohólicas cumple un gran número de funciones a nivel general y/o de grupos específicos. En la cultura mexicana Di Pardo (1993) ha detectado las siguientes: psicotrópicas, terapéuticas, alimentarias, pero también como fuente de calorías para el esfuerzo laboral, mecanismo de cohesión, integración y estructuración cultural, mecanismo de control social, instrumento de identificación y diferenciación cultural y/o social, mecanismo de transgresiones estructurales, mecanismo de adaptación en situaciones de cambio, mecanismo de “solución” al tiempo “vacío” social y/o individual, así como mecanismo casi irremplazable de sociabilidad.

Tal polisemia y tal riqueza de funciones dificulta la creación de una nueva visión del alcohol como algo perjudicial si se abusa de él o si se usa inadecuadamente. Aunque tenemos la tecnología para el cambio, intereses sociales, personales y económicos constituyen obstáculos de gran envergadura. El cambio en casos como éste u otros semejantes, está condenado a ser lento, paulatino, sinuoso en ocasiones y difícil las más de las veces. No tener en cuenta la variable cultural y su enorme peso sería abrir la puerta al total fracaso en la planificación del cambio.

El cambio como un proceso cíclico y lento, más que rápido y lineal

En los últimos años, Prochaska y sus colaboradores han desarrollado y evaluado empíricamente un modelo de cambio que es aplicable a las distintas conductas de salud, especialmente a aquellas que son más graves pues producen el mayor nivel de morbilidad y mortalidad. Este modelo ha demostrado tener un gran poder predictivo para el tratamiento



de distintas conductas adictivas. También permite predecir la eficacia de las intervenciones terapéuticas en función del estadio en que se encuentra el sujeto en el momento de ser tratado (véase Prochaska y Prochaska, 1993).

Como hemos explicado en otro lugar (Becoña y Vázquez, 1996), hoy se considera que el cambio de las conductas adictivas no es un proceso de todo o nada, sino de carácter cíclico. Esto es, la gente no cambia su comportamiento de un día para otro ni mantiene dicho cambio para siempre una vez que lo ha logrado. Sobre la conducta de fumar, Prochaska ha realizado varios estudios con distinta metodología: retrospectivos, transversales, longitudinales de autocambio y distintos estudios de tratamiento (*cf.* Prochaska y Prochaska, 1993), en los cuales sistemáticamente ha encontrado que el cambio implica pasar por una serie de estadios (Prochaska y DiClemente, 1984). Así, un fumador, antes de abandonar definitivamente su hábito, intentará seriamente dejarlo 3 o 4 veces, espaciadas a lo largo de un periodo de 7 a 10 años, antes de lograrlo definitivamente (Shachter, 1982).

El núcleo central del modelo transteórico desarrollado por el equipo de Prochaska (Prochaska y DiClemente, 1983, 1984, 1992; Prochaska, DiClemente y Norcross, 1992; Prochaska y Prochaska, 1993), radica en la comprensión y el examen del proceso de cambio de la conducta de fumar, así como de otras conductas-problema (por ejemplo, abuso del alcohol, hiperfagia). Este modelo integra estadios, procesos y niveles de cambio (véase Prochaska, Norcross y DiClemente, 1994), aunque el elemento que ha recibido mayor apoyo empírico han sido los estadios de cambio.

Estos estadios representan una dimensión temporal que nos permite comprender el momento en que ocurren los cambios, ya sea a nivel cognitivo, afectivo o conductual. Se considera que existen seis estadios de cambio (Prochaska *et al.*, 1994): precontemplación, contemplación, preparación, acción, mantenimiento y finalización. En el estadio de *precontemplación* la conducta no es vista como un problema y el sujeto manifiesta escasos deseos de cambiar seriamente en los próximos seis meses. En el estadio de *contemplación* la persona empieza a ser consciente de que existe un problema, busca activamente información y se plantea seriamente cambiar dentro de los próximos seis meses. En el estadio de *preparación para la acción* el sujeto se plantea modificar su conducta en los próximos treinta días, además de haber hecho un intento de abandono de al menos 24 horas en el último año. En el estadio de *acción* las personas inician activamente la modificación de su conducta, y logran su objetivo. El traslado al siguiente estadio implica un periodo de seis meses de permanencia en éste. Tal intervalo coincide con la fase de mayor riesgo de recaída. El sujeto está en el estadio de *mantenimiento* cuando ha permanecido abstinentemente un lapso superior a los seis meses. Los individuos ejecutan las estrategias (procesos de cambio) necesarias encaminadas a prevenir la recaída y, de este modo, afianzan los avances logrados en la fase anterior. Si después del estadio de mantenimiento no se produce la recaída, el sujeto habrá llegado al último estadio, el de *finalización, en el cual* se da por finalizado el proceso de cambio, y se considera que se ha logrado la total desaparición del problema, como la ausencia de deseo de consumir la sustancia en cualquier situación o la confianza en no consumirla en ninguna circunstancia (Velicer, Prochaska, Rossi y Snow, 1992), lo cual suele coincidir cuando el ex fumador lleva cinco años sin fumar.

Conclusiones

En las dos últimas décadas hemos asistido a un cambio vertiginoso en el campo de la salud, el cual no ha tenido lugar de un modo abrupto, sino que ha sido propiciado por una cauda de factores que han sucedido a lo largo del siglo xx: en primer lugar, como ya hemos señalado, las principales causas de muerte ya no son las enfermedades infecciosas, sino las que provienen de estilos de vida y conductas poco saludables. En segundo lugar, el incremento de los costes de los cuidados médicos ha dado lugar a que se busquen nuevas alternativas,



en concreto, enseñar conductas saludables que puedan disminuir su riesgo de enfermar. En tercer lugar, la salud ya no se conceptualiza como la ausencia de enfermedad sino que se la entiende como un estado positivo, de bienestar (Stone, 1979). En cuarto lugar, la utilidad del modelo médico tradicional ha sido cuestionada (Engel, 1977).

Conceptualizar la salud positivamente no fue una mera casualidad. Así, el hasta entonces todopoderoso modelo médico tradicional de enfermedad se tambaleó por la suma de tres factores: 1) el cambio en la prevalencia de enfermedades infecciosas a enfermedades crónicas; 2) el coste elevado de los cuidados de salud; y, 3) la mayor importancia otorgada a la calidad de vida (Bishop, 1994). A raíz de estos cuestionamientos, muchos teóricos apoyaron la idea de que era necesario un nuevo modelo si se quería progresar en la comprensión y el control de la enfermedad (Brody, 1973; Engel, 1977; Janoski y Schwartz, 1985).

Actualmente, las dolencias crónicas han reemplazado a las infecciosas como principales causas de muerte. Enfermedades como el cáncer, las cardiovasculares, accidentes, suicidios, sida, etc., son el caballo de batalla y, por tanto, el gran reto para los profesionales de la salud.

En este contexto, el papel de la psicología de la salud es claro (Bishop; Brannon y Feist, 1992; Sarafino, 1994; Moscoso y Oblitas, 1994, entre otros). La evidencia científica existente sobre el enorme efecto de los comportamientos, de los estilos de vida y de los hábitos en la salud, en la enfermedad y la muerte es arrolladora. Los que tienen que elaborar las políticas y estrategias sanitarias deben enfrentarse sin más dilación a este nuevo reto. Es cuestión de pragmatismo: la nueva realidad está ahí; los costes a los que se tienen que enfrentar los sistemas sanitarios son cada vez más gigantescos y, por otro lado, la calidad de vida no va pareja con ellos. Sirvan a modo de ejemplo las siguientes cifras: en 1991 los estadounidenses gastaron más de 738 mil millones de dólares en cuidados de salud y España, en 1990, 2,300 millones de pesetas (Becoña, Vázquez y Oblitas, 1995a).

Los modelos y la tecnología que ofrece nuestro sistema sanitario eran adecuados para enfrentarse a los problemas que secularmente habían azotado a la especie humana (las enfermedades infecciosas). Pero en la actualidad ya no es útil. Es necesario incorporar aquellos modelos y tecnologías que han demostrado ser más eficaces para combatir las patologías características de nuestros tiempos, que se deben fundamentalmente a los hábitos insalubres de la población; por tanto, el desafío debe ser promocionar la buena salud, por medio del cambio de conductas de riesgo, mantener las conductas saludables y prevenir las enfermedades.

La psicología, o ciencia del comportamiento, dispone de un bagaje conceptual y tecnológico apropiado para hacer frente a todas las demandas de salud de nuestra sociedad, pues cuenta con la capacidad apropiada para analizar, explicar y comprender los comportamientos asociados con la salud e intervenir sobre ellos. No nos queda más remedio que recurrir a ella como una disciplina básica si pretendemos afrontar eficientemente los retos que nos plantean, en el campo de la salud, los nuevos patrones de morbimortalidad de mayor incidencia y prevalencia (Costa y López, 1986). El avance del modelo conductual ha sido innegable en las últimas décadas, convirtiéndose incluso en casi la alternativa de intervención psicológica en la década de los sesenta, cuando surgieron las técnicas de modificación de conducta (Kazdin, 1983) y fueron aplicadas primero al campo de la salud mental y posteriormente al área de la salud física y de la enfermedad. Como dicen Prokop *et al.* (1991) “el sistema de cuidado de la salud está admirablemente equipado para extirpar un cáncer de pulmón, pero está menos equipado para prevenir fumar cigarrillos o para ayudar a los fumadores a romper con su hábito” (p. 12).

Sin embargo, con una visión crítica, y a pesar de los conocimientos y tecnología que aporta la ciencia del comportamiento y la psicología de la salud sobre los estilos de vida y comportamientos inadecuados, ¿estamos más cerca del objetivo de mejorar los estilos de vida que incrementan los comportamientos saludables? La respuesta depende de cada país, de los distintos programas existentes, de la política sanitaria y del nivel de industrialización. Lo cierto es que con la tecnología de que dispone en estos momentos la psicología, es posible



cambiar, efectivamente, hábitos insalubres por conductas saludables. Otro tema bien distinto es que esta tecnología se implante en la extensión que amerita el problema que la originó. El predominio del modelo médico, los intereses económicos en el campo de la salud, la necesidad de aplicar estos programas a toda la población, son algunos de los motivos que frenan la aplicación aún mayor que la actual a distintas situaciones. Lo que sí está claro es que más pronto o más tarde los programas desarrollados desde la psicología de la salud para promover estilos de vida adecuados, para prevenir y cambiar comportamientos inadecuados, causantes de gran parte de la morbilidad y mortalidad de nuestra sociedad, se impondrán por su racionalidad, eficacia y eficiencia. Cuanto antes los implantemos, mejor índice de salud tendremos todos.



SEGUNDA PARTE

Enfermedad y salud



Capítulo Cinco

Enfermedades cardiovasculares, hipertensión, diabetes y cáncer

Carlos M. Mussi

Universidad Adventista del Plata, Argentina



Enfermedades cardiacas

Los trastornos cardiovasculares agrupan un conjunto de enfermedades que afectan a gran parte de la población y, por tanto, representan un importante campo para la psicología de la salud.

Dentro de estos trastornos cabe destacar, por su incidencia, la cardiopatía isquémica, las arritmias cardiacas, y las enfermedades o fenómeno de Raynaud.

Cardiopatía isquémica

La cardiopatía isquémica es la principal causa de muerte en los países industrializados, pues es la responsable de alrededor de 50% de las muertes. Sus principales manifestaciones son:

- El infarto de miocardio.
- La angina de pecho.
- La muerte súbita o paro cardiaco.
- La insuficiencia coronaria.

En diversos estudios longitudinales se han encontrado tres tipos de factores de riesgo:

Factores de riesgo inherentes

Edad: a mayor edad, mayor riesgo. Sexo: los hombres tienen mayor riesgo que las mujeres. La diabetes, que aumenta significativamente el riesgo y los antecedentes familiares de enfermedades coronarias.

Factores de riesgo tradicional

La hiperlipidemia (es decir, los elevados niveles de colesterol en la sangre), la hipertensión arterial, el tabaco, la obesidad, el sedentarismo, el consumo de alcohol y el consumo excesivo de cafeína.

Factores de riesgo emocionales

Éstos explican alrededor de 50% de la varianza en los episodios de cardiopatías. Estos factores comprenden: la personalidad tipo A, la ira y la hostilidad, la reactividad cardiovascular al estrés y el apoyo social.

La personalidad tipo A, que fue definida por los cardiólogos Friedman y Rosenman (1964) como un complejo particular de acción-emoción que puede observarse en algunas personas comprometidas en una lucha relativamente crónica para lograr un número de metas, usualmente ilimitadas, de su medio ambiente, en el menor tiempo posible, y si es necesario, contra los esfuerzos de otras personas o cosas de su mismo entorno. Este patrón se concibe actualmente como un constructo multidimensional, constituido por factores de diversa naturaleza:

- a) componentes formales: voz alta, habla rápida, excesiva actividad psicomotora.
- b) conductas manifiestas: urgencias de tiempo, velocidad, hiperactividad e implicación en el trabajo; aspectos motivacionales (motivación de logro, competitividad, orientación hacia el éxito y ambición), actitudes y emociones (hostilidad, impaciencia, ira y agresividad).
- c) aspectos cognitivos: necesidad de control ambiental y estilo atribucional característico.

Las consecuencias de tener un patrón de conducta tipo A, que son tanto positivas (lo que hace que esa forma de comportamiento se mantenga) como negativas, se manifiestan sobre factores sociales, materiales, cognitivos y fisiológicos.

Se ha comprobado que los hombres de entre 45 y 64 años y con un patrón de conducta de esta clase, tienen el doble de riesgo de padecer cuadros de angina de pecho, infarto de miocardio y de enfermedad coronaria en general, que los que poseen un patrón de conducta tipo B, cuyas características son diametralmente opuestas.

En el caso de las mujeres, las del tipo A tienen el doble de riesgo de padecer enfermedad coronaria y el triple en el caso de la angina de pecho, comparadas con las de tipo B (Haynes, Feinleib y Kannel, 1980). En todos los casos el patrón de conducta tipo A aparece como un factor de riesgo independiente de todos los anteriormente descritos.

La ira, la hostilidad y la agresividad configuran un síndrome llamado síndrome AHI (agresividad, hostilidad e ira), en el cual la ira es una emoción primaria que se presenta cuando una persona es bloqueada en la consecución de una meta o en la satisfacción de una necesidad. Por su parte, la hostilidad es una actitud cognitiva relativamente estable en el tiempo, que se desarrolla como consecuencia de haberse sometido a repetidas situaciones de ira y que, a su vez, facilita la aparición de futuras respuestas iracundas. Por último, la agresividad es la forma de afrontamiento o preparación para la acción de la ira y la hostilidad, pero que al estar socialmente penalizada obliga a desarrollar formas de afrontamiento alternativo, que habitualmente no requieren de la importante activación fisiológica que la ira y la hostilidad desencadenan, tornándose esta activación en contra de la salud.

Ira y hostilidad no son factores de riesgo independientes de los demás, sino que, cuando se presentan interactúan con algunos de ellos. Así, las personas con una actitud hostil con frecuencia manifiestan episodios de ira, como consecuencia de lo cual mantienen estados de hipervigilancia y de hiperdemanda cardiovascular y neuroendocrina. Esto es especialmente crítico para las personas hipertensas, pues la unión de ambos factores multiplica el riesgo de

padecer una cardiopatía isquémica. Además, la hostilidad potencia la realización de determinadas conductas de riesgo, como por ejemplo, fumar más, beber más alcohol, comer más e incluso ingerir dosis mayores de cafeína. También estimula otras conductas como la de no realizar ejercicio físico, retrasar la búsqueda de ayuda en caso de enfermedad, baja observancia en el seguimiento de los tratamientos y, por último, el propio clima que genera una actitud hostil, ya que es una “emoción contagiosa”, hace que la persona que la padece se vea sometida a múltiples situaciones de estrés psicosocial, pues es ella misma quien las crea, lo cual le genera pérdida de apoyo social.

En general, el riesgo que suponen la ira y la hostilidad en el desarrollo de la cardiopatía isquémica es de seis veces y media superior en las personas que manifiestan altos niveles de hostilidad (Barefoot, Dahlstrom y Williams; 1983).

La reactividad cardiovascular al estrés implica cambios en una variedad de parámetros psicofisiológicos, tales como presión sistólica, diastólica, frecuencia cardiaca, etc., en respuesta a los estímulos medioambientales. La evidencia de la asociación entre reactividad autonómica y neuroendócrina con la enfermedad coronaria se determinó con base en los datos obtenidos en estudios con animales, resultados de investigaciones prospectivas y casos controlados realizados con seres humanos, así como en los estudios experimentales que han examinado los correlatos fisiológicos de las conductas de riesgo coronario.

El apoyo social es un factor que ofrece un efecto de protección con respecto a la morbilidad y mortalidad de la cardiopatía isquémica. Varios estudios epidemiológicos han descubierto asociaciones significativas entre niveles bajos de apoyo social e incremento de mortalidad. Otros han encontrado una relación muy directa con alta prevalencia de angina de pecho e infarto de miocardio. Orth-Gomér y Undén (1990) comprobaron que la falta de apoyo social es un predictor de mortalidad independiente del patrón de conducta tipo A, pero no del tipo B. La incidencia de mortalidad entre los integrantes de la primera clase con aislamiento social es de 69%, mientras que entre los socialmente integrados es de 17%. El apoyo social tiene un efecto directo en la mortalidad que no está mediado por ninguno de los factores cardiovasculares o bioquímicos examinados, mientras que en las personas tipo B no se encuentra tal efecto.

Tratamiento de la cardiopatía isquémica

Se desarrolla en dos situaciones claramente diferenciadas: la preventiva, centrada en la reducción de los factores de riesgo, y la rehabilitación y tratamiento, cuando ya se ha padecido algún tipo de episodio coronario. Ambos tipos de intervención comparten diversos objetivos terapéuticos, pero al mismo tiempo llevan a cabo procedimientos diferentes.

Intervención preventiva

En función de lo expuesto, el planteamiento de una intervención debe centrarse tanto en los factores de riesgo tradicionales como en los emocionales. Toda intervención preventiva que pretenda ser eficaz debe, por tanto, tratar ambos tipos de factores de riesgo y no circunscribirse sólo a uno de ellos.

Todas las personas que vayan a participar en un programa de prevención de la cardiopatía isquémica deben ser evaluadas en cada uno de los factores de riesgo en él especificados, a fin de que sean incluidos o excluidos en cada uno de los módulos que configuran la intervención. A continuación, se conforma un primer bloque de intervención sobre los factores de riesgo tradicionales, en los que debe intervenir con un módulo específico, sólo en



el caso de que tales factores estén presentes en una determinada persona; luego se constituye un segundo bloque de intervención sobre los factores emocionales que, típicamente, se centran en el módulo de tratamiento del patrón de conducta tipo A, así como sobre la ira y la hostilidad. Por último, todas las personas deben someterse a un seguimiento para evaluar la eficacia de la intervención, así como a sesiones recordatorias de lo entrenado, para que se mantengan los efectos en el tiempo. A continuación, se detalla brevemente cada uno de los módulos que componen el programa, en especial los factores emocionales, ya que es lo más específico de este tipo de programas, mientras que los demás módulos son comunes a otras aplicaciones ya vistas.

Tratamiento de los factores tradicionales

El módulo antihipertensión se verá detalladamente en el epígrafe referido al tratamiento de la hipertensión. Por su parte, la única indicación que presenta el módulo antitabaco se refiere al especial cuidado que debe observarse en este tipo de población, con respecto a los periodos de síndrome de abstinencia iniciales, circunstancia en la cual debe suavizarse la intervención tanto como sea necesario para no provocar cambios bruscos que puedan afectar al sistema cardiovascular. En cuanto al módulo antialcohol siempre es aconsejable su intervención, aunque no se presente una alta ingesta o una severa dependencia. El módulo de control de dieta debe tener especial cuidado de los alimentos ricos en ácidos grasos saturados.

El módulo de ejercicio físico, a diferencia de los anteriores, presenta algunos aspectos especiales. En primer lugar, mientras que todos los módulos anteriores tienen efectos específicos y exclusivos sobre la conducta objeto de la intervención, la realización de ejercicio físico produce beneficios sobre múltiples factores de riesgo, por ejemplo, un incremento del colesterol HDL que tiene efectos preventivos sobre la cardiopatía, mejora el funcionamiento cardiovascular, produce pérdida de peso, reducción de los niveles de presión arterial e incluso, una disminución del patrón de conducta tipo A. Todo esto facilita alcanzar los objetivos del programa de intervención y hace que este módulo sea especialmente útil para el mantenimiento a largo plazo de los resultados obtenidos. En segundo lugar, es necesario tener en cuenta que el ejercicio debe ser de tipo aeróbico y nunca anaeróbico, que el esfuerzo a realizar debe estar limitado por el número de latidos por minuto del corazón, que no debe superar la cifra de 220, menos la edad, o si se ha realizado una prueba de esfuerzo no se debe superar 25% del máximo obtenido.

Tratamiento de los factores emocionales

Este tratamiento, que corresponde a los aspectos más específicos de la intervención en la cardiopatía isquémica, abarca dos módulos: la intervención sobre el tipo A, y la intervención sobre la ira y la hostilidad. En relación con la primera, la revisión de los programas utilizados con suficiente tiempo de seguimiento para garantizar sus resultados pone de manifiesto la existencia de una gran variabilidad, tanto de las técnicas utilizadas, como del tiempo dedicado a ellas.

En lo que se refiere a las técnicas utilizadas dentro de este tipo de intervenciones, se destacan, y son las más empleadas, las dedicadas a entrenar en un estilo de comportamiento tipo B, junto con sesiones educativas sobre el riesgo que supone tener un patrón de conducta tipo A y el entrenamiento en alguna técnica de relajación. Frente a esto, la educación del riesgo coronario es el procedimiento menos utilizado y, además, el menos específico,



puesto que incluye los riesgos que hemos denominado tradicionales y no los emocionales. Pero veamos lo que aportan cada una de ellas:

1. La “educación del riesgo coronario” es un procedimiento de tipo instruccional, en el que se educa a las personas en la relación que existe entre los comportamientos que llevan a potenciar factores de riesgo tradicionales y el desarrollo de la enfermedad coronaria. Un meta-análisis realizado a partir de los resultados obtenidos por los estudios que han empleado este procedimiento, pone de manifiesto que es el responsable de 18% de los efectos positivos o preventivos que se obtienen con este tipo de intervención (Rahe, Ward y Huyes, 1979; Levenkron y cols., 1983; Friedman y cols., 1984; Gill y cols., 1985).
2. La “educación del riesgo tipo A” es un procedimiento basado en sesiones educativas en las que se informa sobre la asociación que existe entre los comportamientos típicos del patrón de conducta de ese tipo y la enfermedad coronaria. En promedio, este tipo de procedimientos es responsable de 39% de los efectos positivos que se obtienen en los programas de intervención preventivos en los que es incluido (Rae, Wad y Hayes, 1979; Roskies y cols., 1979; Langosch y cols., 1982; Levenkron y cols., 1983; Friedman y cols., 1984; Hart, 1984; Gill y cols., 1985).

La “relajación” consiste en el entrenamiento en alguna técnica de desactivación, entre las cuales las más utilizadas han sido procedimientos basados en la relajación progresiva y en procedimientos de yoga. El porcentaje de efectos beneficiosos debidos a este tipo de técnicas es de 18 por ciento.

3. La “reestructuración cognitiva” es un procedimiento enfocado en la identificación de las cogniciones típicas del tipo A para modificarlas mediante reestructuración. Este procedimiento parece aportar 37% de los efectos positivos que se obtienen con este tipo de intervención.

La “confrontación imaginaria” es una técnica que se basa en imaginar situaciones de alta activación y/o de confrontación, las cuales son utilizadas para practicar habilidades específicas de afrontamiento, desarrolladas mediante la relajación o la reestructuración cognitiva. La aportación de efectos positivos de este tipo de técnicas en los programas de intervención preventiva es de 21% (Suinn y Bloom, 1978; Jenni y Wollersheim, 1979; Langosch y cols., 1982; Levenkron y cols., 1983; Hart y cols., 1984).

4. El “afrontamiento tipo B” es un entrenamiento generalmente basado en la técnica del “rol play”, que tiene como finalidad desarrollar habilidades de afrontamiento típicas del patrón de conducta de este tipo, es decir, estrategias de afrontamiento alternativas a las manifestadas por el tipo A. Los beneficios de esta clase de entrenamiento están alrededor de 15% de los aportados por los programas de intervención preventiva.
5. Por último, “el soporte emocional” hace referencia, en la mayoría de los trabajos, a una condición de control y no a una verdadera intervención sobre factores de riesgo de cualquier tipo. De tal modo, no aporta nada a los posibles beneficios de los programas de intervención.

Así pues, a partir de los datos existentes, el mejor programa de intervención preventiva sobre el patrón de conducta tipo A estaría configurado por una fase educativa del riesgo de este tipo, una reestructuración cognitiva y una confrontación imaginaria. En lo que se refiere al tiempo utilizado en el entrenamiento, también es muy desigual. Así, en los extremos se puede mencionar el procedimiento utilizado por Suinn y Bloom (1978), que se lleva a cabo en cinco sesiones de una hora de duración separadas por un corto periodo, mientras que en el de Friedman y cols. (1974) se realizan en treinta sesiones de una hora, repartidas a lo largo de tres años. Al parecer el hecho de que el entrenamiento sea realizado de forma masiva o distribuida no genera beneficios adicionales. Lo que sí es importante es mantener sesiones recordatorias sobre lo entrenado, durante un periodo de tres años, con una periodicidad anual.

En relación con la intervención preventiva sobre la ira y la hostilidad, ésta se realiza en dos fases: una primera, sólo con aquellas personas que presentan niveles extremos de hostilidad y una falta total de control sobre la respuesta emocional; y una segunda, en la que intervienen quienes han recibido la primera y aquellos que, a pesar de presentar aún niveles moderados de hostilidad, deben enfrentar diversos factores de riesgo tradicionales que hacen aconsejable su reducción.

La primera fase se centra en aumentar el autocontrol, con base en el procedimiento de evaluación y la autoobservación para aumentar la conciencia de la persona sobre su comportamiento frente a la ira. Además, se utiliza la interferencia de las respuestas emocionales, mediante estrategias de demora o detención del pensamiento, para lograr la interrupción temporal de la actividad que se está realizando para evitar explosiones airadas o agresivas, y permitir que se recobre el control emocional.

La segunda fase se enfoca en el entrenamiento en habilidades de afrontamiento pasivas, en reestructuración cognitiva, solución de problemas y la capacitación en habilidades comportamentales para manipular las provocaciones inevitables.

En resumen, la prevención de la cardiopatía incluye, necesariamente, intervención tanto sobre los factores de riesgo tradicionales como en los emocionales. Dada la especificidad de la intervención por módulos y basándose en los datos epidemiológicos, etiológicos y de eficacia disponibles, es necesario destacar la necesidad de un tratamiento globalizado que afecte todos los factores de riesgo que estén actuando en cada persona para la que se desarrolle el programa preventivo. Aunque hemos prestado un mayor espacio a los aspectos relacionados con el patrón de conducta tipo A, la ira y la hostilidad, no debe olvidarse la incidencia que tienen los restantes factores de riesgo, con vistas a la formulación de programas eficaces de prevención de la cardiopatía isquémica.

Tratamiento de la enfermedad coronaria

El papel de los factores tradicionales y emocionales —en la fase de tratamiento clínico de la cardiopatía isquémica— mantiene ciertas coincidencias en problemática y en objetivos con el programa preventivo visto, por lo que, para evitar repeticiones, nos referiremos aquí exclusivamente a los aspectos diferenciadores, remitiéndonos al apartado anterior para lo referente a los demás. Además, queremos hacer mención no sólo al programa de tratamiento en sí mismo, sino que también es necesario examinar algunos aspectos de las condiciones previas al tratamiento.

Un primer aspecto, de gran importancia, está relacionado con la secuencia temporal que se inicia con la aparición del episodio coronario y que dura hasta que comienza el programa de intervención. Así, muchas personas fallecen de forma repentina como consecuencia de un infarto de miocardio u otras complicaciones de la cardiopatía, y aproximadamente la mitad de ellas lo hacen en el plazo de una hora después de haber aparecido los primeros síntomas agudos de dolor de pecho, falta de aire y fatiga. Tales muertes están asociadas con fibrilaciones ventriculares ocurridas durante las fases tempranas del infarto, una condición que es potencialmente reversible si se atiende a tiempo. Sin embargo, la verdadera razón de esas muertes en la mayoría de los casos es la adopción de decisiones erróneas por parte del paciente, la familia y/o el médico, lo cual está, a su vez, relacionado con un uso patológico de la negación de la enfermedad. Según los trabajos de Moss y Goldstein (1970) y Gentry y Haney (1975), después de experimentar síntomas de cardiopatía, las personas demoran la búsqueda de ayuda médica apropiada más allá de la primera hora crucial. Es decir, el periodo medio entre el ataque y la admisión en una unidad de cuidados coronarios para su tratamiento, es de aproximadamente tres horas, con un rango que varía desde una hora a varios días, periodo que es superior a las 24 horas en la mitad de los casos.



Estas demoras son consecuencia del tiempo empleado en tomar la decisión, intervalo durante el cual los pacientes tienen que trabajar a través de una secuencia cognitiva compleja de reconocimiento de la naturaleza y severidad de sus síntomas y la necesidad de tratamiento. Asimismo, deben realizar la comunicación a su cónyuge, familiar y/o amigos para solicitar asesoramiento sobre la forma de tratar estos síntomas. Éste es el intervalo en el que los factores psicológicos representan su papel más importante. Así, 70% de las personas no identifican el origen cardíaco de los síntomas, a pesar de haber sufrido episodios previos. La negación o la minimización del verdadero significado de los síntomas es el principal factor de la demora de la intervención médica. Un segundo factor de estas circunstancias previas al tratamiento son las condiciones psicológicas en las que se encuentra el paciente una vez que ha ingresado en una unidad de cuidados coronarios, las cuales están relacionadas con la morbilidad y la mortalidad, de no ser atendidos adecuadamente.

El efecto emocional que supone sufrir un episodio coronario, produce una cognición disfuncional con respecto a su vida futura, que puede concretarse en pensamientos catastrofistas o en negación del proceso en que se encuentra involucrado. Las consecuencias más inmediatas aparecen en la unidad de cuidados coronarios y, en algunos casos, se mantienen incluso después de la salida de ésta, aunque habitualmente tienen una breve duración de uno o dos días, para luego remitir por sí solos. Estas manifestaciones psicológicas pueden ser de ansiedad (que aparece en algún grado en un importante número de pacientes, alrededor de 80% de ellos); depresión (58%); hostilidad (22%); agitación (16%). La ansiedad y la depresión, que son por su incidencia los dos problemas psicológicos más importantes de esta fase, no aparecen asociados en el tiempo. La ansiedad surge en los primeros momentos de la fase aguda y desaparece a medida que se supera, mientras que los sentimientos depresivos comienzan su aparición al superar la fase aguda y crecen progresivamente conforme el paciente se recupera, es dado de alta y se reintegra a su casa. Sin embargo, es precisamente en ese momento en el que la depresión puede llegar a convertirse en un problema importante.

El programa de tratamiento debe comenzar una vez terminado el tratamiento médico de la fase aguda, y debe realizarse en coordinación con el equipo médico que supervise el caso o por un grupo interdisciplinario. El objetivo de esta intervención es prevenir futuras reincidencias, para lo cual de nuevo se debe incidir sobre los factores de riesgo, sin olvidar que, en este caso, frente a los programas preventivos, estos factores ya han conseguido provocar la cardiopatía y, por tanto, la intervención debe estar más controlada en lo relativo a la obtención de los objetivos terapéuticos. Es importante resaltar que en este tipo de problemas, el lugar donde se lleve a cabo el programa no suele ser indiferente, como ocurre en otros casos. Así, tener que ir a tratamiento a la “consulta de un psicólogo” puede presentar rechazo por parte del paciente, de tal modo que siempre que sea posible, es preferible desarrollar el programa en conjunto con el equipo médico y en el mismo lugar donde se desarrolle éste.

Algunos de los puntos que incluye este programa de tratamiento ya fueron explicados al hablar del programa de prevención, razón por la cual aquí sólo serán mencionados y nos centraremos en aquellos aspectos más específicos del tipo de intervención. Su aplicación—con excepción del módulo de tratamiento individual— puede realizarse de modo individual o grupal en cada uno de los bloques que constituyen el programa.

Veamos los aspectos diferenciales. La intervención se inicia con la evaluación de los factores de riesgo, de igual modo que se hace en el programa de prevención, para determinar cuáles son las variables psicológicas colaterales que aparecen junto con la cardiopatía, seleccionar las consecuentes conductas objetivo (delimitando qué cambios se pueden hacer en función de la cardiopatía) y diseñar un programa de intervención para ellas. En lo referente a la información de carácter general—que puede ser de interés para enmarcar la evaluación y diseñar el programa de intervención— es útil elaborar una breve historia del paciente, en la que se registre su programa médico y el tipo de tratamiento que se le ha aplicado. La historia médica relacionada con la cardiopatía, las variables familiares y socia-



les del paciente y cualquier otro dato relevante sobre la historia de su salud mental. En lo que respecta a la evaluación de problemas psicológicos colaterales a la cardiopatía, es de interés controlar los niveles de ansiedad y, especialmente, los de depresión que presente el paciente que, como ya hemos mencionado, son los que aparecen con una mayor incidencia en esta patología.

Los aspectos diferenciales de esta intervención son:

El módulo de tratamiento individual, que funciona como apoyo a los restantes módulos específicos. En principio, debe establecerse como una tutoría que dirige al paciente durante su intervención. El principio que determina las condiciones debería ser el de la terapia de mínimo contacto, aunque en la práctica esto no suele ser así, porque no debe descartarse una intervención más extensa cuando el paciente presenta otros problemas psicológicos colaterales o en aquellos casos en que éste lo requiera.

El módulo de adherencia al tratamiento tiene los siguientes objetivos: aumentar la adhesión al tratamiento médico, preparar al paciente para posibles intervenciones especiales y recuperación de periodos postoperatorios. Además, también debe tratarse la adherencia al tratamiento psicológico, especialmente cuando el paciente no entiende su finalidad, lo rechaza por asociarlo con enfermedades mentales, o niega su propia enfermedad.

El módulo de reinserción social es de especial aplicación en los casos en que se mantiene un severo tratamiento médico y/o se han producido fuertes incapacidades como resultado del proceso de su cardiopatía. Se trata de señalar al sujeto sus verdaderas limitaciones y adaptarle socialmente: los dos campos implicados con mayor frecuencia son el laboral y el sexual. Si fuere necesario, pueden utilizarse programas de información junto a programas de actividades y entrenamientos en habilidades específicas.

Conclusiones sobre la intervención en la enfermedad coronaria

La intervención psicológica en la cardiopatía isquémica debe centrar su interés en la evaluación y modificación de diversos aspectos del comportamiento del paciente, básicamente en aquellos relacionados con los factores de riesgo más consolidados por la investigación biomédica y psicológica, como es la hipertensión, la dieta alta en grasas, el abuso de tabaco, la falta de ejercicio físico, el patrón de conducta tipo A, la ira y la hostilidad, y la falta de seguimiento del tratamiento.

La realización de un programa que no tenga en cuenta todos los factores de riesgo llevará, sin lugar a dudas, a establecer un tratamiento de poca eficacia. Desafortunadamente, éste ha sido el panorama más frecuente en cuanto a la investigación psicológica se refiere. Así, por lo general se han diseñado programas relativamente útiles para modificar alguno de los factores de riesgo, pero que han descuidado los restantes. Y, con toda evidencia, la eficacia de estos programas ha sido escasa en lo referente a la prevención de las cardiopatías.

El planteamiento que aquí se propone es incluir los programas preventivos y de tratamiento en un marco global de intervención que aborde todos los factores de riesgo, bajo el supuesto de que cualquier otro tipo de enfoque no globalizador está condenado al fracaso. La multicausalidad del comportamiento hace que un programa que sólo incida en alguna de las causas de las conductas problemas olvidando otras que interactúan con las primeras, necesariamente será poco eficaz.



Hipertensión esencial

La hipertensión es un trastorno del sistema cardiovascular, con una prevalencia de alrededor de 20% de la población adulta, porcentaje que se incrementa con la edad. Así, en la población infantil es de 4%, y en personas mayores de 65 años llega a 50%. Como hemos visto, la hipertensión es un factor de riesgo de gran importancia, del que se derivan entre otras, la cardiopatía isquémica, la insuficiencia cardiaca congestiva, la insuficiencia renal, la claudicación intermitente o la patología cerebrovascular. Este trastorno se caracteriza por la presencia de niveles elevados de presión sanguínea, por encima de los requerimientos metabólicos del organismo. Según los criterios de la OMS, los valores límite aumentan progresivamente con la edad, al tiempo que reducen la esperanza de vida. Existen diferencias entre hombres y mujeres; éstas, hasta llegar a los 50 años, debido a que poseen factores hormonales preventivos, padecen menos hipertensión que los hombres, situación que posteriormente desaparece. No obstante, parece que a partir de esa edad las mujeres superan a los hombres, pero sólo se trata de un artificio estadístico, pues lo que realmente ocurre es que los hombres mayores de 50 años e hipertensos padecen de un mayor índice de fallecimientos, como consecuencia de lo cual, se produce una reducción de la media de presión arterial en ese rango de edades.

Además, es preciso diferenciar entre las dos grandes familias de hipertensión existentes. En primer lugar, existe la hipertensión esencial o primaria, cuyo origen no puede ser determinado orgánicamente, por lo que es un trastorno de carácter funcional, y a la cual pertenece 95% de todas las hipertensiones. En segundo lugar tenemos la hipertensión secundaria, que se debe a un fallo o daño orgánico. Muchas veces esta última es consecuencia de los daños generados por una hipertensión esencial no tratada; también puede provenir de la interacción de determinadas sustancias farmacológicas. A lo largo de todo este epígrafe nos centraremos fundamentalmente en la hipertensión esencial. Por último, cabría considerarla como un trastorno atípico, por cuanto su padecimiento no está acompañado por una sintomatología específica, tal como dolor, fiebre, malestar, etc. (Pennebaker y cols., 1982). Además, cuando se manifiesta causa daños irreparables e incluso la muerte. Por todo ello, una de las principales dificultades radica en su detección antes de que haya causado algún mal.

Intervención psicológica

El primer tipo de actuación se refiere a los casos en los que, tras la evaluación situacional, encontramos reactividad a las condiciones de medida de la presión arterial (hipertensión de bata blanca), en cuyo caso la intervención se debe realizar mediante una desensibilización sistemática a las situaciones de medida y a las sensaciones que el paciente siente frente a la pera de presión durante este proceso. Si como consecuencia de la desensibilización se consiguen valores de normotensión y éstos se mantienen, al término del periodo pertinente de seguimiento, la intervención se debe dar por terminada. Pero a veces, además de la reactividad a las condiciones de medida de la presión existe una verdadera hipertensión, es decir, que después de la desensibilización los valores de la presión, aunque menores, siguen en niveles elevados. En este último caso, se debe continuar la intervención con el tratamiento genérico.

El segundo tipo de intervención, que es la que hemos denominado genérica, sería de aplicación tanto a los pacientes que provienen del primer tipo de tratamiento, como a los no reactivos a las condiciones de medida y a los sometidos a un programa de prevención coronaria. El planteamiento de este tipo de intervención se debe a las habituales limitaciones de recursos tanto humanos como materiales que plantean la realización de los procesos de evaluación hemodinámica y de tratamiento personalizado. Así pues, esta intervención se debe



realizar mediante un paquete terapéutico basado en métodos indirectos para el control de la presión arterial, los cuales presentan pocos requerimientos para su uso y tienen una adecuada relación costo-eficacia. Los componentes de este paquete terapéutico se basan en el control de la ingesta, la relajación, la solución de problemas y el autocontrol. La fase educativa sobre los efectos de la ingesta sobre la hipertensión abarca desde aspectos generales, como explicar los beneficios de una dieta hiposódica (no deben superarse los 3-4 gramos por día), hasta situaciones más específicas, por ejemplo, la forma en que, en los obesos, una reducción de 10% del peso supone una reducción de unos 5 mmHg, o como en el caso de ingesta crónica de alcohol, su abandono supone una reducción de 6 mmHg. La relajación puede abordarse con diferentes técnicas de desactivación, aunque la más utilizada es la relajación progresiva en cualquiera de sus versiones abreviadas. La solución de problemas se utiliza para potenciar formas de afrontamiento alternativas a las activas que suelen aparecer como de uso casi exclusivo. Es necesario tener en cuenta que el objetivo no es eliminar todas las formas de afrontamiento activo, pero sí reducirlas a las situaciones en las que no haya otra alternativa. Por último, el autocontrol se utiliza para intentar demorar y/o controlar las reacciones emocionales explosivas.

Una vez terminada la aplicación del paquete genérico, el paciente puede haber alcanzado valores de normotensión, lo que ocurre en 68% de los casos (Fernández-Abascal y Pozo, 1990), tras lo cual se debe hacer el pertinente seguimiento y, en este caso, con sesiones recordatorias de lo entrenado. Sin embargo, también puede ocurrir que la reducción obtenida no sea suficiente y su presión siga con valores muy elevados. En este último caso se debería aplicar el tratamiento personalizado, que se inicia con una evaluación hemodinámica para saber en qué momento del desarrollo se encuentra la hipertensión, y con base en los resultados obtenidos aplicar la técnica más eficaz para cada momento de su desarrollo. Así, en el caso de la presión reactiva, la intervención más eficaz se obtiene con *biofeedback* de contractibilidad miocárdica o alternativamente, de frecuencia cardíaca; en el caso de la hipertensión *borderline*, mediante *biofeedback* de presión sistólica o alternativamente, de conductancia de la piel; por último, en el caso de la hipertensión esencial ya cronicada, mediante *biofeedback* de presión diastólica o con entrenamiento en relajación autógena, hasta la fase de relajación cardiovascular.

Una última forma de intervención es el tratamiento específico, que tiene su campo de aplicación cuando nos encontramos ante una hipertensión esencial que se encuentra controlada mediante fármacos antihipertensivos (diuréticos, bloqueantes beta-adrenérgicos, alfa 1, de los canales de calcio o inhibidores de la enzima de conversión de la angiotensina) y con una mayor indicación cuando el control se realiza mediante dos o más tipos de fármacos. En tales casos, el objetivo terapéutico no es reducir la presión arterial ya bajo control, sino mantenerla controlada pero, a la vez, reducir los fármacos. Otra situación especial de uso de este tratamiento específico es en el caso de la hipertensión que aparece en embarazadas. El tratamiento más eficaz en este tipo de situaciones se obtiene mediante el entrenamiento en *biofeedback* de temperatura periférica.

Para terminar, hay que recordar que a pesar de que se consiga reducir los niveles de presión arterial y de que estas reducciones se mantengan durante un periodo relativamente largo, las personas que han desarrollado hipertensión adquieren una gran facilidad para repetirla. Por ello, es de especial importancia realizar sesiones de seguimiento y recordatorias con una frecuencia de entre 6 y 8 meses, durante los dos años siguientes a la terminación del tratamiento.

Conclusiones sobre la hipertensión esencial

La intervención psicológica en casos de hipertensión presenta una problemática y peculiaridades que la diferencian de la intervención en otro tipo de conductas problema e incluso de



otros trastornos psicofisiológicos. Una de estas primeras características son las diferentes etapas por las que pasa la hipertensión hasta su cronificación, lo que junto con su falta de sintomatología específica, dificulta su identificación y, por tanto, su tratamiento. Otra de estas peculiaridades —y que a su vez es otra importante limitación— son las técnicas utilizadas en la intervención, principalmente en lo que se refiere a las empleadas para controlar directamente los actores hemodinámicos, mediante biofeedback de la presión o índices de actividades relevantes en la regulación de ésta. Cualquiera de estas técnicas de control directo de factores hemodinámicos, implican de nuevo el uso de recursos materiales (equipos de biofeedback altamente especializados) y personales, que tampoco son habituales en las condiciones en las que se realiza la atención psicológica clínica.

Por todo ello, se han propuesto varias alternativas de tratamiento diversificadas, que intentan cumplir criterios de máxima eficacia con el menor costo posible y ajustándose a las diferentes casuísticas clínicas.

Arritmias cardiacas

El corazón es una bomba, que en condiciones de reposo mueve aproximadamente cinco litros de sangre por minuto, cantidad que se duplica cuando se realiza una moderada actividad física, e incluso puede bombear valores superiores a los veinte litros por minuto en el caso de realizar actividades vigorosas. La frecuencia cardíaca se ajusta a las necesidades del organismo y está sujeta a un amplio intervalo de variaciones que, por lo general, se encuentran dentro de los límites normales y carece de significación clínica.

Las alteraciones importantes del ritmo cardíaco normal reciben el nombre de arritmias o disritmias. Cuando suponen una elevación del ritmo se denominan taquiarritmias (fibrilación ventricular, auricular y sacudidas), mientras que cuando lo retardan se denominan bradiarritmias (bloqueos auriculoventriculares y de rama). La mayoría de estas alteraciones están más allá de un acercamiento psicológico, por lo que nos centraremos en las más importantes y sobre las que haya evidencia de la eficacia de este enfoque, ocurre en el caso de las taquicardias supraventriculares y las contracciones ventriculares prematuras.

Las taquicardias supraventriculares corresponden a elevaciones de la frecuencia cardíaca, hasta 180 latidos o más, por encima de los límites normales del corazón, en condiciones de reposo, que suelen oscilar entre los 60 y 90 latidos por minuto. Dentro de ellas se encuentran las taquicardias sinusales y las paroxísticas. En la taquicardia sinusal el ritmo cardíaco se eleva principalmente por procesos emocionales o requerimientos motores. Al contrario, el motivo de la taquicardia paroxística puede ser alguna lesión cardíaca. Además, esta última se diferencia de la sinusal en que las crisis aparecen en condiciones de reposo tanto físico como psicológico, se mantiene invariable durante todo su desarrollo y no presenta graduación cuando aparece.

Las contracciones ventriculares prematuras corresponden a la aparición de más de una contracción ventricular en un mismo ciclo cardíaco, por anticipación de una de ellas al producirse dos pulsaciones muy cercanas, una de las cuales es normal y la otra extrasistólica. Esta contracción, que puede tener su origen en cualquier parte del corazón, tanto en la zona auricular como en la ventricular, genera un estímulo antes que lo haga el nódulo sinusal, de tal manera que obliga al órgano a contraerse de forma prematura. Además, esta contracción es de menor fuerza que las normales, ya que la cantidad de sangre que ha entrado en los ventrículos es aún escasa. Sin embargo, apenas terminada la contracción ventricular prematura, se inicia un ciclo normal en el nódulo sinusal, el cual, cuando envía su estímulo al corazón, lo encuentra en contracción activa pues está en proceso la contracción prematura o en periodo refractario, es decir, en el lapso inmediatamente siguiente a la contracción, durante el cual el corazón no es capaz de contraerse. Por tanto, el estímulo correspondien-



te al ciclo normal se agota sin haber provocado ningún efecto, por lo cual es necesario que se inicie un nuevo ciclo cardíaco para que se produzca la contracción normal.

Tratamiento de las arritmias

El tratamiento de las arritmias cardíacas consta de dos fases. Por una parte se utilizan diversas maniobras fisiológicas que provocan la descarga de la rama parasimpática del sistema nervioso autónomo, para reducir puntualmente las crisis. Por la otra, se realiza un entrenamiento para adquirir control sobre la frecuencia cardíaca mediante técnicas de *biofeedback* y/o de relajación.

En la primera fase, las maniobras tienen como finalidad dar al paciente una alternativa sobre lo que puede hacer ante las crisis para reducir los efectos indeseados de reacciones emocionales negativas que pueden aumentarlas, agravarlas y prolongarlas. Estas maniobras fisiológicas son especialmente indicadas para el caso de la taquicardia. Las maniobras fisiológicas permiten, al menos momentáneamente, reducir la crisis y eliminar las respuestas emocionales negativas que, por lo general, suelen acompañarlas. Estas maniobras tratan de producir una descarga de la rama parasimpática del sistema nervioso autónomo para que el nervio vago contrarreste el exceso de activación de la rama simpática e inhiba así los excesos de la frecuencia cardíaca (Fernández-Abascal, 1984). Algunas de estas maniobras pueden ser enseñadas al paciente para que pueda autoaplicárselas, mientras que otras requieren una segunda persona entrenada para ello. En todo caso debe advertirse que dichas maniobras son peligrosas y deben ser aplicadas bajo control médico. Ejemplos de este tipo de maniobras son:

1. Las maniobras de Valsalva, o reflejo del vómito, se pueden conseguir mediante la contracción violenta de los músculos abdominales con la glotis cerrada, o forzando el vómito por introducción de los dedos hasta la garganta o tomando sorbos pequeños de agua mientras se mantiene la respiración hasta el máximo límite.
2. La presión de los globos oculares, que se realiza con el paciente tumbado en posición boca arriba con los ojos cerrados. En tal estado se presiona progresivamente sobre los globos oculares, hasta que se regularice el ritmo cardíaco.
3. La presión del seno carotideo, que se realiza también en posición de tumbado boca arriba, consiste en presionar un punto que se encuentra delante de uno de los dos haces del músculo esternocleidomastoideo a la altura del cartílago del tiroides. También en este caso se debe mantener la presión hasta que la taquicardia desaparezca.

La segunda fase del tratamiento, o más propiamente el tratamiento en sí mismo, en especial de las arritmias sinusales y de las contracciones ventriculares prematuras, se ha desarrollado mediante técnicas de desactivación general, tales como las de relajación muscular, meditación, etc., cuya finalidad es reducir los excesos de actividad del simpático. Sin embargo, el tratamiento que mayor eficacia presenta en este tipo de trastornos es el entrenamiento mediante *biofeedback* en el control de la actividad cardíaca, quizás debido a la mayor especificidad de esta técnica frente a la relajación.

El entrenamiento en *biofeedback* de frecuencia cardíaca no tiene como único objetivo reducir la frecuencia cardíaca, sino establecer un control completo de tal actividad. De esta manera, el procedimiento típico de trabajo en este campo se basa en el entrenamiento en aumentar y disminuir alternativamente la frecuencia, para que se adquiera un control fino de tal actividad. Este entrenamiento suele constar de alrededor de 30 sesiones, de las cuales 10 se dedican a entrenar al paciente a elevar su frecuencia cardíaca, 10 a reducirla y las últimas 10 a alternar ensayos de aumento y reducción de la frecuencia cardíaca. Un aspecto importante de este tipo de terapia es la generalización de los resultados fuera del lugar de entre-

namiento y su mantenimiento en el tiempo. Con esta finalidad se propone un programa tan largo, que facilita que se logre un sobreaprendizaje, y con un entrenamiento bidireccional, que aumenta la capacidad de control sobre la actividad y normaliza las sensaciones que acompañan a la alteración del ritmo cardiaco. Es posible realizar el entrenamiento en un número más reducido de sesiones, acompañando a las técnicas de *biofeedback* con otras de relajación, pero los resultados esperados no han sido claramente establecidos. Por último, es necesario señalar que el grado de eficacia que se obtiene mediante este entrenamiento está directamente relacionado con la capacidad de discriminación que sobre su actividad cardiaca posea el paciente, previa a realizar el entrenamiento. Así, a mayor capacidad de discriminación, mejor pronóstico de éxito.

No obstante la aparente mayor eficacia de las técnicas de *biofeedback* sobre las de relajación, hay que señalar que no se trata de procedimientos competitivos sino complementarios, ya que ambos ejercen efectos sobre la frecuencia cardiaca mediante vías diferentes. Así, la reducción de la frecuencia cardiaca que se obtiene con el entrenamiento en *biofeedback* está mediada por un decremento de la actividad simpática, mientras que en la relajación, la reducción de la frecuencia se obtiene debido a un incremento de la actividad vagal. Por tanto, la conjunción de ambas técnicas potencia y facilita el control sobre la frecuencia de latido del corazón.

Conclusiones sobre las arritmias cardiacas

La intervención psicológica de las arritmias cardiacas se encuentra reducida en su campo de aplicación a las contracciones ventriculares prematuras y a las taquicardias supraventriculares, y dentro de éstas especialmente a las sinusales, sobre las que existe una sólida evidencia de su eficacia. Se ha intentado realizar tratamientos parecidos con técnicas de *biofeedback* y de desactivación general, en otro tipo de arritmias tales como las bradicardias, el síndrome de Wolff-Parkinson-White, etc., pero no se han obtenido resultados positivos o éstos son poco consistentes.

El tratamiento propuesto, de simple ejecución, se basa en utilizar diversas maniobras fisiológicas para reducir las crisis y en un entrenamiento para controlar la frecuencia cardiaca mediante *biofeedback*, además de una técnica de relajación que puede completar dicho entrenamiento.

La enfermedad y el fenómeno de Raynaud

En 1862 Maurice Raynaud describió una afección circulatoria periférica, que genera una isquemia en los dedos de las extremidades acompañada de dolor, a la que denominó “síncope local en forma simple”, es la que en la actualidad conocemos como enfermedad y fenómeno de Raynaud.

Aunque no se han realizado estudios epidemiológicos satisfactorios, se estima que esta dolencia afecta aproximadamente a 20% de la población, produciéndose más frecuentemente en mujeres que en hombres, en una relación de cinco a uno. Además, en éstos es, principalmente, de tipo secundario (fenómeno de Raynaud). El Raynaud se manifiesta en más de la mitad de los casos antes de los 25 años de edad y en 77% de las ocasiones antes de los 40. Por último, se sabe que afecta a toda la población, pero que ciertos trabajos o actividades asociadas con la exposición a bajas temperaturas y al uso de equipos que producen vibraciones, incrementan la vulnerabilidad a su desarrollo.

Topográficamente, el Raynaud se presenta en los dedos de las manos en alrededor de 55% de los casos y sólo en 2% de éstos en los dedos de los pies. En los casos restantes apa-



rece simultáneamente en manos y pies. Esta afección implica una serie de cambios locales en la circulación periférica, que se manifiesta en episodios intermitentes de vasoconstricción en las arteriolas de las extremidades, en episodios que típicamente tienen tres etapas que se caracterizan por la coloración de la piel en cada una de ellas:

- a) Durante la primera fase la piel toma un color blanco acerado.
- b) En la segunda fase la piel se torna de color azulado o cianótico.
- c) Por último, en la tercera fase, la piel se enrojece, como consecuencia de la hipercirculación o hiperemia reactiva, momento en que aparece el dolor.

Es preciso distinguir entre la enfermedad y el fenómeno de Raynaud. La primera, también conocida como Raynaud primario o esencial, es una disfunción vasoespástica de carácter funcional que se produce sin la existencia de trastornos circulatorios o arteriales. Por su parte, el “fenómeno” es un trastorno vasoespástico secundario, que se produce como consecuencia de otro tipo de afecciones que no tienen por qué ser de origen vascular (por ejemplo, lesiones traumáticas, intoxicaciones con metales pesados, afecciones tisulares, etc.), aunque habitualmente se debe a una insuficiencia arterial, ya sea ésta general o episódica (tromboangitis obliterante, arterioesclerosis, síndrome de escaleno, etcétera).

Las características de la enfermedad de Raynaud, para diferenciarla del fenómeno y de otros tipos de afecciones son: a) los episodios son desencadenados por situaciones emocionales intensas y/o por exposición al frío; b) los episodios son intermitentes, con cambios de coloración en las extremidades afectadas; c) producen una presentación simétrica o bilateral en el cuerpo; d) se manifiesta una ausencia de lesiones oclusivas en las arterias periféricas e irregularidades vasomotoras; e) la presencia del trastorno tiene una antigüedad de al menos dos años; y f) no existe gangrena.

Tratamiento del Raynaud

El tratamiento del Raynaud, de tipo monotécnico, utiliza principalmente procedimientos de *biofeedback*. Rara vez se han empleado programas más amplios y, cuando así ha sido, los resultados obtenidos no son mejores, en ningún caso, a los logrados con sólo las técnicas de *biofeedback*.

La mayor parte de los trabajos experimentales existentes sobre su tratamiento han utilizado *feedback* de temperatura periférica de una de las extremidades afectadas, para enseñar al paciente a elevarla, lo cual, una vez aprendido, puede utilizar cuando detecte la primera fase de un episodio de Raynaud. Dadas las dificultades propias del entrenamiento en *feedback* de temperatura periférica, que se ven agravadas en este tipo de pacientes, suelen usarse otras técnicas que lo ayudan a alcanzar el objetivo de este enfoque. Entre éstas, cabe destacar las técnicas de relajación y, entre ellas, principalmente el entrenamiento autógeno. Por otra parte, se ha utilizado la hipnosis para inducir sugerencias de calor en las extremidades a entrenar. El uso de estas dos técnicas de ayuda (relajación e hipnosis), ni solas ni conjuntamente, logran la eficacia del entrenamiento en *feedback* de temperatura periférica, es decir, sólo son reglas de ayuda para facilitar la primera fase del aprendizaje con el *feedback*, cuyos efectos no son suficientemente específicos como para utilizarlas por sí solas. También es necesario señalar que, en algunos pacientes, el uso previo del entrenamiento en relajación autógena interfiere negativamente con el posterior entrenamiento en *biofeedback* de temperatura, debido a que contamina las estrategias que deben desarrollarse y potenciarse con el *biofeedback*.

Otro tipo de entrenamiento que utiliza *biofeedback* es el de la actividad vasomotora (volumen del pulso sanguíneo) de alguna de las extremidades afectadas. Este tipo de adies-



tratamiento, aunque con un número algo más limitado de trabajos experimentales que lo avalen, tiene, sin embargo, una gran eficacia en la clínica y es la razón por la que lo proponemos como el mejor método para tratar este trastorno. El *feedback* que se obtiene con su aplicación refleja los cambios en vasodilatación/vasoconstricción de forma más inmediata que el de temperatura periférica, lo cual facilita el proceso de entrenamiento y logra efectos clínicos más estables, debido a su alta especificidad con los causantes de los episodios.

Para terminar, existen en el mercado unos anillos termosensibles (conformados por una banda que cambia de color según la temperatura), que son de especial utilidad para la fase de generalización del entrenamiento en *feedback*, sea del tipo que fuere, y para facilitar a los pacientes la detección del comienzo de los episodios de Raynaud.

Al igual que en el caso de las arritmias, aunque en el tratamiento de Raynaud la mayor eficacia se obtiene con técnicas de *biofeedback*, la relajación actúa por vías distintas de las del *biofeedback*, de tal manera que, de nuevo, no son técnicas competitivas sino complementarias. Los efectos que ejerce este último sobre la vasculatura periférica están mediados por un incremento de la actividad beta-adrenérgica, mientras que en la relajación se produce una reducción de la actividad alfa-adrenérgica. Por tanto, la conjunción de ambas técnicas puede potenciar el control sobre la vasodilatación periférica y, por tanto, la eficacia del tratamiento.

Diabetes

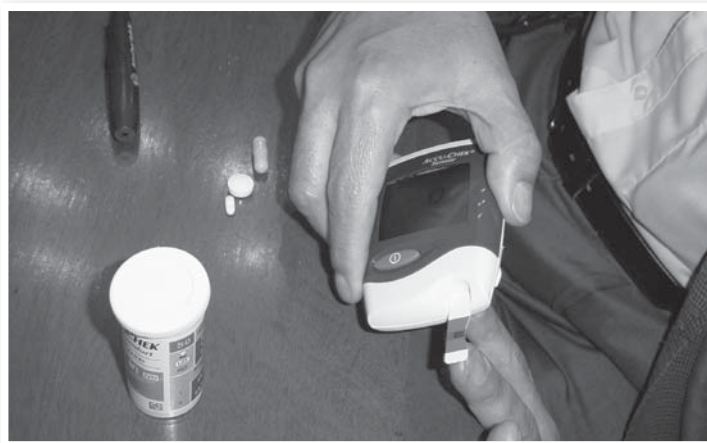
Apoyo social y estrés

La influencia del apoyo social sobre los procesos de estrés es probablemente la relación más ampliamente aceptada y estudiada debido a sus efectos sobre la salud y el bienestar. Gran número de modelos teóricos se han desarrollado en torno a esta premisa, los cuales plantean, en sus formas más radicales, que la actuación del apoyo social únicamente se manifiesta en situaciones

de alto estrés. La estrecha relación existente entre estos dos procesos ha provocado, a menudo, su confusión, por lo que no son claramente distinguidos, ni en la teoría ni en la investigación. Ello ha dificultado la obtención de resultados más concluyentes que permitan avanzar tanto en el desarrollo de formulaciones teóricas como en el diseño de intervenciones. Si bien los teóricos estiman necesario considerar la interacción entre el apoyo social y el estrés, también han insistido en que se debe concretar la naturaleza de dicha relación, así como diferenciar claramente la autonomía de cada uno de estos fenómenos.

Entre las formulaciones teóricas de estrés que disfrutan de una mayor generalización se encuentra el modelo de equilibrio o balanza, según el cual el estrés sólo permanece o se desarrolla cuando las demandas del entorno exceden la capacidad de afrontamiento del individuo. Hobfoll (1988) critica este esquema calificándolo de tautológico, ya que los recursos son definidos en función de las demandas, y viceversa. Ante ello, no es posible reconocer un recurso o una demanda hasta que no se ha completado el proceso de afrontamiento. Según este enfoque, si un recurso potencial de afrontamiento no disminuye el efecto negativo del estresor, no constituye verdaderamente un recurso.

Hobfoll (1988) propone un modelo alternativo de estrés, denominado de conservación de recursos, que goza de mayor evidencia empírica que el de balanza: el estrés es definido



como una reacción al ambiente cuando se percibe una amenaza de pérdida de recursos, o que una inversión de recursos no produce ganancias. Esta formulación implica una visión activa de los individuos, los cuales intervienen en su ambiente para mejorar la situación o para evitar que empeore. Por ello, dicho comportamiento precede incluso al surgimiento de los estresores. Este modelo hace radicar la esencia del afrontamiento en la inversión de recursos, puesto que de aquí se deriva la obtención de nuevos recursos, que serán empleados, a su vez, en el proceso de afrontamiento. Por otro lado, contempla una serie de estrategias concretas mediante las cuales los recursos de apoyo social pueden fortalecer la resistencia al estrés, tanto antes de que éste surja como una vez que el individuo lo padece. Aporta un sentimiento de apego y previene la percepción de soledad que surge cuando no se dispone de este recurso.

- El mantenimiento del apoyo social hace que el individuo no experimente el sentimiento de pérdida de otros recursos, pues no tiene que realizar esfuerzos para continuar disfrutando de los vínculos familiares y afectivos.
- El apoyo social puede prevenir directamente la pérdida de recursos pues evita la exposición del individuo a situaciones de estrés.
- Cuando se ha desarrollado la percepción de estrés, el apoyo social puede aportar los recursos perdidos, directa o indirectamente.
- También puede favorecer una mejor utilización de los recursos de los que dispone un individuo estresado así como potenciar la creación de nuevos recursos.

Al considerar las redes de apoyo social como recursos contextuales, se producen dos implicaciones: la distinción entre los índices de estrés y los de apoyo social, y la existencia de una relación de interdependencia entre ambos procesos. Diversos autores han profundizado en la búsqueda de los patrones de interacción entre el apoyo social y el estrés. De aquí surge una línea de investigación que propone que determinadas formas de apoyo social son más adecuadas que otras ante ciertos tipos de estresores. Desde esta perspectiva es totalmente posible que las intervenciones de apoyo social, cuando no atienden a las necesidades creadas por un determinado estresor, pueden generar estrés en lugar de disminuirlo.

Cutrona y Russell (1990) han desarrollado un modelo, mediante el cual intentan explicar qué tipos específicos de recursos de apoyo social son los más eficaces para afrontar diferentes clases de eventos vitales estresantes. Este modelo se basa en la investigación empírica y se constituye sobre tres dimensiones:

Deseabilidad, referida a la naturaleza del suceso estresante, que puede tener matices positivos (como por ejemplo tener un hijo o un ascenso laboral), o negativos (por ejemplo, una enfermedad o la ruptura de una relación deseada).

Controlabilidad o posibilidad de intervenir activamente en el contexto ambiental, lo cual facilita o dificulta el desarrollo de los acontecimientos que originan el estrés. El modelo predice que el apoyo emocional es más efectivo cuando se trata de acontecimientos incontrolables, mientras que el apoyo instrumental es más adecuado para eventos controlables.

Dominio vital, que plantea que la naturaleza de la pérdida determina el carácter de los recursos requeridos para compensarla. De esta forma, ciertas crisis vitales inciden en déficit emocionales y otras, en cuestiones más materiales, por lo que los recursos de apoyo tendrán que adecuarse a estas necesidades para conseguir mitigar el malestar experimentado.

Como resultado de lo anterior, se elabora un esquema que recoge los tipos concretos de apoyo social que se ajustan mejor a las características del estresor. Cada situación de estrés es multidimensional y, por tanto, puede elicitar diferentes necesidades de apoyo social. Además existen ciertos componentes de éste cuya eficacia se generaliza a una amplia variedad de condiciones de estrés.



Efectos del apoyo social en la adaptación a la enfermedad crónica

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.

Una de las consecuencias más notables de una enfermedad crónica es el desencadenamiento de un conjunto de situaciones estresantes, entre las que se encuentran la imposibilidad de curación, la incertidumbre sobre el porvenir, las implicaciones económicas, la posible alteración de las relaciones familiares, sociales, etc., todo lo cual puede provocar un estado de estrés crónico. Algunos autores sostienen que este estado no sólo extingue las conductas de apoyo, sino que altera rápidamente las relaciones con los miembros de la red. Por tanto, en determinados procesos crónicos, la actitud de la persona enferma, continuamente estresada, ansiosa o preocupada, puede producir un desequilibrio de la balanza de costes y beneficios con las personas que conforman la red, lo cual provocará un distanciamiento de éstos.

En el caso de las enfermedades mentales crónicas, se han realizado estudios comparativos entre muestras de población normal con pacientes psiquiátricos cuyos resultados indican que estos últimos tienen redes más pequeñas y caracterizadas por menor intimidad interpersonal, mayor asimetría en los intercambios de ayuda y menos estabilidad. No obstante, en las enfermedades mentales no se ha podido determinar si la carencia de apoyo social es un antecedente o una consecuencia de ella.

Consecuencias de la enfermedad crónica sobre la red social

Ya hemos hecho mención de las interrupciones que se producen en las relaciones del enfermo crónico con sus redes sociales como efecto de la enfermedad. Podemos observar dos tendencias en los estudios que han abordado esta cuestión. Por un lado, los que se centran en las relaciones interpersonales entre el enfermo y sus redes, y por otro, los que se refieren a las alteraciones que sufren éstas cuando atienden a un enfermo crónico, lo que también tiene efectos indirectos en la relación con la persona enferma. Ésta tiende, en ocasiones, a evitar los contactos o a descargar su angustia con las personas que intentan ayudarlo, lo cual produce efectos negativos en su relación con los miembros de la red. Además, se detectaron síntomas depresivos en las parejas de pacientes en diálisis, y que cuanto menor es la percepción del apoyo social mayor o más agudos son los síntomas depresivos.



En los casos en que las características de la enfermedad han provocado altos niveles de exigencias y, por consiguiente, de estrés —por ejemplo, padres de niños que sufren enfermedades crónicas, o familiares de quienes padecen procesos de demencia senil—, se observa que el estrés crónico al que se enfrentan estas personas produce un efecto negativo en las interacciones con sus redes de apoyo, lo cual genera dificultades a la hora de pedir ayuda, de recibir ofrecimientos de apoyo y de conseguir el comportamiento deseado. Estas personas, a menudo, evitan las peticiones o aceptación de ayuda de los demás, pues suponen que dicho comportamiento es indicativo de una falta de eficacia en el cuidado. Por otro lado, perciben menos ayuda en comparación con aquellas que no tienen familiares enfermos.

De acuerdo con lo expresado, la interacción entre las organizaciones de apoyo social y la enfermedad crónica es más compleja de lo que a primera vista parece; y aunque de ella puede resultar una mejor adaptación, se encuentra condicionada por múltiples factores, tales como las características de la enfermedad, las reacciones de la red de apoyo social hacia la persona afectada por la enfermedad crónica y la interpretación que el enfermo hace, tanto de su estado como de las conductas de ayuda.

Apoyo social y diabetes

Como ya se ha comentado, las características propias de cada enfermedad crónica determinan tanto el grado de estrés desarrollado como su afrontamiento. Por tanto, es necesario realizar un análisis específico de los efectos y reacciones con base en los componentes idiosincrásicos de cada enfermedad. Entre las afecciones crónicas más comunes se encuentra la diabetes mellitus, la cual es considerada, más que una enfermedad, como “un síndrome caracterizado por la presencia de una elevada cantidad de glucosa circulante en el torrente sanguíneo que se conoce como hiperglucemia crónica, frecuentemente asociado a otras anomalías del metabolismo lipídico y proteico, condicionado por factores genéticos y/o ambientales, que tiene una propensión al desarrollo ulterior de complicaciones vasculares específicas e inespecíficas y que se debe a un defecto en la secreción y/o actividad de una hormona, la insulina”. La diabetes puede ser desencadenada por una amplia variedad de factores, distinguiéndose diferentes tipos, aunque todos comparten la situación de hiperglucemia crónica motivada por un déficit o carencia de insulina. Si el estado de hiperglucemia no es controlado, aparecen múltiples complicaciones agudas y crónicas, lo cual tiene claras consecuencias sobre el bienestar del diabético, ya que, de ser una persona prácticamente normal que necesita ciertos cuidados, se convertirá en un verdadero enfermo.

La adherencia al tratamiento, en su sentido más amplio, se ve acompañada por una serie de limitaciones referidas al horario, frecuencia y tipo de comidas, la cantidad y características del ejercicio que se realice y la necesidad de adquirir hábitos específicos para el cuidado de la salud, lo cual implica a la red social en un doble sentido. Por un lado, las relaciones sociales pueden ser afectadas, en alguna medida, por esta situación; por otro lado, se necesitará todo el apoyo posible de las personas que componen la red para facilitar la adaptación a un nuevo estilo de vida centrado en la salud. Esto último no resulta nada fácil, sobre todo si tenemos en cuenta que en el contexto de las relaciones sociales se comparten, a veces, hábitos no saludables, como fumar, consumir alcohol, comer en exceso, etcétera.

La mayoría de los diabéticos está incluida en el grupo de la diabetes tipo I, insulino-dependiente, o en el grupo de la diabetes tipo II, no insulino-dependiente. Se han encontrado diferencias en la edad en que suele aparecer cada una de estas formas de diabetes. Normalmente, la primera surge en la infancia o adolescencia, por lo que también es denominada diabetes juvenil, mientras que la segunda, también denominada “del adulto”, aparece en la edad mediana o avanzada. Aunque han sido detectadas otras muchas diferencias, la principal de ellas reside en la dependencia o no de la insulina, lo cual no sólo requiere de distintos tratamientos, sino que además, enfrenta al diabético a situaciones peculiares que demandan una atención adecuada a las características del tipo de diabetes que padece.



Las personas afectadas por la diabetes juvenil tienen que autoadministrarse la insulina que su organismo necesita, lo cual provoca un fuerte rechazo inicial, puesto que supone, generalmente, tener que inyectarse dos veces al día. Ante ello, surge miedo al dolor y a la dependencia de por vida, creencias irracionales sobre el efecto de la insulina, temor por los cambios, privaciones y las consecuencias en las relaciones familiares y sociales, etc. Estos factores afectan en menor medida al niño diabético, pues en su caso, la responsabilidad del tratamiento recae en los padres, quienes se enfrentan a una situación altamente estresante. Sin embargo, el cuidado del diabético joven es aún más complicado, puesto que, a la dificultad de superar las barreras mencionadas y encontrar las dosis adecuadas de insulina, se añade la necesidad de realizar una dieta alimenticia y un tipo de ejercicio físico determinado. El equilibrio entre estos factores tiene una importancia crucial, puesto que de ello depende que los valores de glucosa en sangre se mantengan en niveles normales; en caso contrario, el individuo diabético se enfrenta a un alto riesgo de complicaciones crónicas como retinopatías, cardiopatías y nefropatías, entre las más frecuentes.

El caso de los diabéticos tipo II es distinto, aunque no menos complejo. Por lo general, no necesitan la administración permanente de insulina, pero el seguimiento estricto de la dieta alimentaria adquiere una importancia capital para lograr un adecuado funcionamiento metabólico. Esto resulta bastante complicado, ya que este tipo de diabetes aparece, en muchos casos, como consecuencia de la obesidad y de hábitos no saludables como el sedentarismo, lo que dificulta su modificación. La adquisición de nuevos hábitos es un requisito básico para controlar la diabetes; en este sentido, la influencia del entorno familiar, social y laboral constituye un factor altamente determinante.

Todos los aspectos mencionados hacen que sea indispensable la participación y apoyo social de familiares, amigos y personal sanitario para conseguir una buena adaptación de la persona diabética a su situación. La educación sanitaria lleva a cabo una gran labor de información y entrenamiento para estimular el autocontrol en la administración de la insulina, el seguimiento de una dieta adecuada y la realización de ejercicio físico, pero ha dirigido menor atención a las implicaciones psicosociales de la diabetes, las cuales no son pocas, tal como se deduce de todo lo expuesto.

Apoyo social y diabetes juvenil

Muchos estudios han resaltado la importancia de los aspectos familiares en la adherencia y el control metabólico del diabético. Se ha destacado el nivel de estrés familiar, valorado a partir del grado de conflicto interpersonal y la carencia de recursos personales y económicos. El bajo nivel de conductas específicas de apoyo a la enfermedad se ha relacionado con los problemas de adherencia. Algunas investigaciones que han observado directamente la interacción familiar, encontraron evidencias de asociación entre las habilidades de comunicación entre padres e hijos y un buen nivel de adherencia. Hauser *et al.* (1992) distinguen dos estilos de interacción en las familias de jóvenes que se enfrentan a una enfermedad crónica como la diabetes: interacciones de coacción e interacciones facilitadoras. Cuando prevalecen las primeras, los miembros de la familia inhiben sus sentimientos hacia los demás y utilizan estrategias de afrontamiento de evitación, pesimismo y ausencia de ayuda. Las segundas estimulan la expresión de los sentimientos de independencia y utilizan estrategias de afrontamiento adaptativas.

Aunque son pocos los estudios sistemáticos que han evaluado la eficacia de las intervenciones con familiares, los resultados señalan que dichos programas fomentan un efecto positivo sobre la adaptación, tanto de la familia como del paciente, a la situación que rodea a la diabetes infantil. Las investigaciones centradas en la relación entre el apoyo social y la diabetes tipo I han prestado especial atención a las características de una etapa del desarrollo: la adolescencia, en la que se han detectado asociaciones tanto positivas como negativas.



La diabetes dificulta la superación de esta etapa transicional. Tan es así, que se ha llegado a afirmar que “superar una adolescencia normal es una tarea monumental por sí sola. Para un adolescente con diabetes, las frustraciones ordinarias del joven se componen de la frustración y la ansiedad, asociadas a una enfermedad crónica implacable. Según Gottlieb (1991) los adolescentes tienen una necesidad especial de sentirse normales, por lo que experimentan fuertes reacciones frente a los acontecimientos estresantes que les hacen parecer desviados. Se ha insistido en la importancia de esta cuestión, de cara al diseño de intervenciones dirigidas a esta población, es decir, favorecer su introducción en el contexto natural del adolescente y tratar de reproducir, en la medida de lo posible, las características de los intercambios naturales de ayuda. Los programas de prevención para adolescentes deben potenciar no sólo la utilización de las fuentes y tipos de apoyo específicos para un estresor concreto, sino también cubrir las necesidades propias de esta fase del desarrollo.

Algunos trabajos han encontrado asociaciones negativas entre el apoyo social y el control de la diabetes en adolescentes. El estudio de Kaplan (1985) comprobó, en contra de las predicciones, una correlación negativa importante entre la satisfacción con el apoyo social y el control de la diabetes. Una de las explicaciones dadas por los autores a este sorprendente hallazgo fue que los adolescentes que estaban más satisfechos con el apoyo social, podrían estar muy adaptados a su grupo de iguales no diabéticos, lo cual podría inducirlos a realizar comportamientos no saludables. Otra posible explicación es que los diabéticos menos implicados socialmente, debido a que tienen más tiempo, pueden reaccionar a la sociedad con una mayor conciencia de su estado de salud y obtener un mejor control metabólico que aquellos que desarrollan una mayor actividad social y, por tanto, prestan menos atención a su estado. Kaplan (1985) puso en funcionamiento un programa de verano, durante tres semanas, dirigido a diabéticos adolescentes, con el propósito de cambiar el ambiente social y crear un grupo de iguales (diabéticos). Se encontró que el apoyo social fue un predictor del cambio de comportamiento de los adolescentes tras su participación en este programa.

Una cuestión que ha suscitado mucho interés es la identificación del vínculo entre el estrés y la diabetes, así como del papel que desempeña el apoyo social. Hanson *et al.* (1987) sostienen que el estrés puede tener un efecto directo sobre la enfermedad, es decir, afectar el funcionamiento fisiológico, o bien, un efecto indirecto sobre las conductas de adherencia. También se observó que la competencia personal moduló los efectos del estrés sobre la diabetes y que el apoyo paternal no lo hizo, lo cual puede ser debido a que los adolescentes deseen solucionar los problemas por sí mismos o con el apoyo de sus amigos, por lo que llegan a rechazar los consejos de sus padres, aun cuando éstos sean adecuados.

Diabetes no insulino-dependiente y apoyo social

Los denominados diabéticos tipo II deben enfrentar una compleja trama de problemas diferente de la que padecen los diabéticos jóvenes, ya que las circunstancias en que surge la enfermedad plantea distintas barreras para la adherencia y la adaptación, lo cual genera una serie de limitaciones y necesidades especiales de apoyo social.

Kaplan (1985), como conclusión de un estudio con diabéticos adultos, sostiene que el tratamiento que deben seguir, implica la adquisición de ciertos hábitos comportamentales, lo cual podría ser fortalecido por el apoyo social. Los resultados no confirmaron la eficacia del apoyo social, aunque se encontraron diferencias en función del sexo. Así, la satisfacción con el apoyo social estuvo relacionada con un buen control de la diabetes en el caso de las mujeres, pero con un pobre control en los hombres. En otro estudio se puso a prueba un tratamiento conductual dirigido de forma conjunta al diabético y a su pareja, donde se fomenta-



ba el apoyo mutuo. Paralelamente se formó un grupo de control donde el mismo programa era aplicado individualmente. Este trabajo no encontró diferencias significativas entre los dos grupos en cuanto a la pérdida de peso; no obstante, se observó que el tratamiento conjunto fue más eficaz para las mujeres diabéticas, mientras que la intervención individual tuvo mayores beneficios en el caso de los hombres. Una posible explicación de este resultado podría ser que cuando se implica a los hombres en el tratamiento de la diabetes de sus esposas, éstas se sienten apoyadas; sin embargo, en el caso contrario, el hombre diabético delega las tareas de autocuidado en su esposa y participa de forma menos activa en el tratamiento.

La influencia de las relaciones familiares también ha suscitado mucho interés entre los profesionales interesados en el control de la diabetes. Existe acuerdo en que el comportamiento de los miembros de la familia puede favorecer la adherencia al tratamiento, pero también puede interferir en su cumplimiento.

Edelstein y Linn (1985) evaluaron tres elementos de la dinámica familiar en asociación con el ajuste a la diabetes: el tipo de orientación ofrecido por la familia, la organización y el grado de control ejercido. Observaron que los pacientes diabéticos mejor ajustados pertenecían a familias que daban una orientación alentadora, donde existía poco conflicto y sin un control muy rígido.

En síntesis, el apoyo tiene una influencia positiva sobre la salud siempre que refuerce las conductas adecuadas, pero cuando potencia comportamientos insalubres, el efecto funcional producirá una influencia negativa. Por tanto, es necesario distinguir entre los efectos funcionales positivos de los negativos.

Grupos de apoyo social dirigidos a personas diabéticas

Muchas personas con enfermedades crónicas enfrentan continuos problemas, algunos de los cuales no pueden ser solucionados por los servicios formales del cuidado de la salud. Los grupos de apoyo constituyen una forma poderosa y constructiva de favorecer que las personas se ayuden tanto a sí mismas como a los demás.

La utilización de la intervención grupal en el paciente diabético es puesta de relieve en los programas de carácter educativo. De éstos se deriva la idea, de forma más o menos encubierta, de que los beneficios que surgen de esta estrategia de educación residen en el apoyo de personas que experimentan una situación crítica y similar de salud. En este sentido, la práctica educativa grupal para personas diabéticas comparte con los grupos de apoyo social una de sus principales características.

Anderson *et al.* (1989) otorgan especial importancia al elemento grupal en un estudio realizado con setenta diabéticos adolescentes y sus familias, cuyo objetivo era comprobar si este tipo de programa presentaba ventajas con respecto a la intervención individualizada tradicional. Los investigadores encontraron, de acuerdo con sus predicciones, que los diabéticos que recibieron una educación grupal no mostraron un descenso brusco de los niveles de glucosa en sangre (según los índices de hemoglobina glicosilada); sin embargo, esta intervención ayudó a prevenir el deterioro del control de la glucosa esperado en el curso de la adolescencia, aportando las habilidades, la práctica y el apoyo necesarios para ajustarse a las exigencias de su situación. Además, la educación grupal fue más eficaz que la individual para fortalecer las habilidades de autorregulación de los adolescentes diabéticos. El estudio de Hombrados *et al.* (1993) analizó los efectos de un programa educativo en grupo sobre el apoyo social en una muestra de treinta sujetos diabéticos insulino-dependientes. Como conclusión, se extrajo que, tras la intervención, aumentó de forma significativa la cantidad percibida de apoyo del padre, de la madre y de la pareja.

Rabin *et al.* (1986) desarrollaron un programa de entrenamiento en grupo para aumentar la adherencia y el control de diabéticos adultos insulino-dependientes, cuyo objetivo era entrenar a estas personas en asertividad, tanto general como aplicada, a interactuar con el



equipo médico y a manejar el afrontamiento cognitivo del estrés general y específico de situaciones relacionadas con el ámbito sanitario. A lo largo de doce reuniones semanales de tres horas cada una, los miembros del grupo pasaron por diferentes estados: en un primer momento rechazaron la idea de ser diferentes y no se enfrentaron directamente con su enfermedad; luego, comenzaron a ventilar sus sentimientos de vergüenza y culpabilidad, revelando la necesidad de admitir que eran diabéticos; en un tercer estado se inició la puesta en práctica de las estrategias cognitivas y conductuales que habían aprendido para manejar su ansiedad y expresar directamente su ira; por último, hicieron uso del apoyo mutuo y sus nuevas confianzas para planear reuniones con el equipo médico y afrontar directamente los conflictos en sus vidas fuera del grupo.

Tras finalizar el programa, estas personas dependían tanto del apoyo mutuo que expresaron su deseo de continuar su relación, y formalizarla en un grupo de autoayuda. Los autores justificaron el éxito de la intervención debido a la cobertura de una serie de necesidades:

- La necesidad de tener el apoyo de otros diabéticos para estar seguros de ser normales y comprobar que otros utilizan las mismas estrategias.
- La necesidad de expresar sentimientos y pensamientos tanto para sí mismos como dirigidos al equipo médico, la familia, los compañeros de trabajo y los amigos.
- La necesidad de desarrollar habilidades específicas para manejar directamente los conflictos interpersonales y el estrés resultante con el objeto de poder resolver los problemas de adherencia sin experimentar excesiva dependencia del equipo médico.

SeEVERS (1991) define los grupos de apoyo social en diabetes como un conjunto de personas diabéticas, y/o su familia o cuidadores, que se reúnen de forma regular con el objetivo de cubrir necesidades de educación y/o de apoyo social. Esta definición, que tiene bastantes elementos en común con la mayoría de los grupos de apoyo social, adquiere especial significado en el caso de la diabetes, hace hincapié en dos elementos: la implicación de la familia y de las personas relacionadas con el cuidado de la diabetes, lo que resalta el hecho de que esta enfermedad, como cualquier otra afección crónica, no afecta únicamente al paciente; por otro lado, la educación es un elemento importante, que debe ser considerada como una labor continua, no limitada a un programa de conocimientos básicos, ya que constantemente se realizan avances y además, la situación del diabético cambia tanto en distintas fases de la enfermedad como en el transcurso del ciclo vital.

Asimismo se estudiaron tres indicadores: la dinámica organizacional, las actividades grupales y el papel de los profesionales.

En lo referente a la dinámica organizacional se encontró que la estructura de los grupos de apoyo social se extendía desde grupos informales de discusión hasta aquellos que estaban dotados de todo un equipo de oficiales y comités que diseñaban las intervenciones con un año de antelación. Los profesionales actuaron como líderes en 50% de los grupos, en 15% dicho rol fue compartido con personas diabéticas y en 35% fue asumido únicamente por diabéticos. El número de participantes era muy diverso, y entre ellos se encontraban diabéticos, profesionales, miembros de la Asociación Americana de Diabetes (AAD, por sus siglas en inglés) y personas interesadas, de los cuales sólo asistían habitualmente a las reuniones un promedio de 19%. Además, 60% de los grupos dependía de la AAD, 25% de hospitales y 15% eran independientes. Los equipos vinculados a la AAD y a los hospitales disponían del mayor número de miembros en sus listas, con una fuerte implicación profesional y una estructura formal, mientras que los grupos independientes se caracterizaban por una mayor duración total, ausencia de dirección y una estructura menos formal.

Las actividades desarrolladas en los grupos se ajustaron a cinco categorías básicas: educación, apoyo social, ocio, verbalización de pensamientos y trabajo para introducir cambios en el sistema de cuidado de la salud. En 50% de los grupos se indicó que la educa-



ción y la protección social eran las dos actividades más importantes del grupo de apoyo. Además, 45% de los grupos señalaron que la mayor parte del tiempo la ocupó el apoyo social, en forma de discusión de sentimientos o intercambio de problemas y experiencias.

Por lo que se refiere al papel desempeñado por los profesionales, éste fue muy diverso, desde ser un miembro más del grupo, una fuente de apoyo, miembro de un comité organizador o líder, facilitador de la discusión o simplemente, estar presente para resolver dudas. Entre los profesionales participantes se encontraban enfermeros, médicos, dietistas, psicólogos, trabajadores sociales y fisioterapeutas.

Con base en estos resultados, Seevers (1991) concluyó que aún existen muchos interrogantes sobre los elementos responsables de la eficacia de los grupos de apoyo social en pacientes diabéticos, aunque lo que sí parece confirmarse es que debe existir participación profesional en la iniciación de los grupos. Sin embargo, es posible que para satisfacer sus necesidades a lo largo del tiempo requieran un funcionamiento más informal, dirigido por sus propios miembros.

Variables psicosociales y su influencia en el cáncer

Desde una perspectiva histórica, la medicina psicosomática se ha ocupado de este estudio nutriéndose de notables aportaciones procedentes de las teorías del enfoque antropológico, psicofisiológico y psicoanalítico, principalmente.

Todas estas disciplinas han contribuido a configurar una serie de conocimientos que han servido de punto de partida para actuales investigaciones y modelos sobre la relación entre la enfermedad y la personalidad.

Actualmente, la psicosomática, con una orientación psicoanalítica, la medicina conductual y la psicología de la salud, desde una posición cognitivo-conductual, tratan de identificar los aspectos psicológicos, biológicos y sociales que interaccionan en diferentes tipos de enfermedades físicas, una de ellas, el cáncer.

Se hace hincapié en un modelo biopsicosocial que tenga en cuenta la influencia relativa de todos estos elementos en el desarrollo de una patología, es decir, que atribuya un determinado peso a cada uno de ellos, según el trastorno en particular bajo consideración o de los síntomas que se manifiesten. Esta concepción multifactorial e interactiva de la enfermedad supera la posición clásica de causalidad unidireccional, en la que se postulaba que un trastorno psicosomático se caracterizaba porque el factor psicológico contribuía de manera esencial a originar la enfermedad.

De toda una serie de enfermedades que se investigan en la actualidad, podemos mencionar numerosas variables psicosociales en relación con el cáncer, con un cierto rigor y desde un abundante soporte empírico. Aunque dista mucho de conformar un modelo acabado, perfectamente verificado que se halla en un estado de continua revisión y de nuevas formulaciones, se pueden exponer sus líneas fundamentales, ya que existe una coincidencia y acuerdo amplio en las hipótesis principales que se refieren a los rasgos de personalidad generalmente identificados en bastantes pacientes con cáncer.

En este sentido, se estima que la personalidad es una variable más que puede tener alguna influencia y determinación en el curso de la patología cancerosa, pero de ninguna manera se intenta proponer que cierto tipo de ella podría ser responsable de la aparición del cáncer en un paciente.



Sistema inmune y cáncer

Principios de la carcinogénesis

La génesis del cáncer es un proceso evolutivo que sigue una serie de pasos sucesivos basado en la existencia de un largo periodo entre la exposición a un carcinógeno y el desarrollo de una neoplasia.

Actualmente se admiten tres etapas: La primera, de iniciación, es resultado de la aplicación de una dosis única y baja de un carcinógeno, seguida de una etapa de promoción, que no requiere la exposición al agente, pero sí a un segundo agente no necesariamente carcinógeno (el promotor). La tercera etapa se denomina de progresión tumoral, ya que en ella la neoplasia ya establecida adquiere propiedades que suponen una mayor malignidad.

1. La iniciación: Se puede definir como un proceso que ocurre intracelularmente por la acción de agentes biológicos, químicos o físicos, que alteran de forma irreversible la estructura heredable de la célula, lo cual produce como resultado una célula con el potencial de desarrollarse en un clono de células malignas. Lo más peculiar de esta etapa es, por tanto, el carácter de irreversibilidad.
2. La promoción: Esta fase se puede definir como un estadio de la historia natural del desarrollo neoplásico que, si existe, se caracteriza por la expansión reversible de la población iniciada y la alteración reversible de la expresión genética. La promoción, por tanto, se diferencia de la iniciación en el hecho de la reversibilidad. El mecanismo de acción de los agentes promotores es desconocido. Se afirma que ejercen su acción alterando la expresión de la información genética celular. Además, otros agentes podrían actuar como inhibidores de la comunicación intercelular.
3. La progresión tumoral: Se caracteriza por la existencia de una neoplasia, ya sea benigna o maligna, claramente establecida de forma irreversible. En esta neoplasia se van a producir cambios en el cariotipo celular, que son el reflejo de una inestabilidad cariotípica, propia de este estado de progresión. Estos cambios provocan que la neoplasia adquiera cualquiera de las características que definen a los tumores “más malignos”, como la capacidad de producir metástasis a distancia, o de desarrollar el fenotipo de resistencia a fármacos.

Es conveniente señalar que las células que forman los tumores benignos tienden a comprimir a los tejidos normales que los rodean pero no crecen penetrando en su interior. En cambio, las células de un tumor maligno penetran y se extienden en el interior de los tejidos normales del organismo, pasando posteriormente, a través de la corriente sanguínea o de los canales linfáticos a otras áreas corporales en donde se establecen nuevos tumores. Se distinguen así la “tumorigenicidad” de la “malignidad”.

En los últimos años la investigación básica ha proporcionado nuevos datos sobre la patogenia de las metástasis, así como de las características fenotípicas y genotípicas de las células tumorales responsables de esta enfermedad con frecuencia mortal. Por otra parte, en el campo de la terapéutica aumenta la conciencia de que la quimioterapia orienta su acción hacia un aspecto parcial del fenómeno oncológico: la acción de los fármacos empleados se basa en la citotoxicidad, es decir, en el intento de destruir la célula tumoral. Se lucha contra la “tumorigenicidad”, pero se deja de lado la capacidad de algunas células tumorales para invadir y metastatizar.

Además, las metástasis tumorales son la causa más frecuente del fracaso terapéutico en el paciente oncológico. Aproximadamente 30% de los pacientes que son diagnosticados inicialmente con tumor sólido (con exclusión de los tumores cutáneos que no sean melanomas) presentan metástasis clínicamente evidentes. Alrededor de 35% pueden ser curados con sólo tratamiento antitumoral local. Los demás tienen micrometástasis ocultas que se harán final-



mente evidentes. La mayoría de estos pacientes mueren por el compromiso anatómico directo producido por las metástasis o por complicaciones asociadas con el tratamiento antimetastático.

En resumen, se puede afirmar que el fenómeno de “malignidad” tiene una serie de características que lo definen: *a)* existe un fallo en la organización celular normal; *b)* la organización histológica es anormal; *c)* hay una exageración de la heterogeneidad celular; *d)* se produce un aumento de la proliferación celular; y *e)* los tejidos normales son invadidos.

Por otro lado, la naturaleza de los agentes carcinógenos se refiere de manera específica a la etiología del cáncer. Se trata de clasificar y de explicar concretamente qué características y qué aspectos definen a los “causantes” de la patología cancerosa. Son cuatro grupos de factores los responsables de la aparición y desarrollo del cáncer y aquí simplemente los vamos a citar: *a)* carcinogénesis y herencia; *b)* agentes químicos; *c)* agentes físicos; y *d)* carcinogénesis vírica.

Aspectos inmunológicos de las neoplasias

En el apartado anterior se explicó que las células neoplásicas se desarrollan y proliferan con una estructura diferente a la normal y que en su organización histológica muestran una serie de características que las hace claramente distintas del resto y, por tanto, patológicas.

Un posible papel del sistema inmune en la defensa contra el cáncer es precisamente la capacidad de reconocer estas células anormales en las cuales han ocurrido esta serie de cambios y eliminarlas antes de que el tumor pueda desarrollarse. Esta cualidad o función del sistema inmune se ha denominado “vigilancia inmunológica”. En una etapa posterior, también dicho sistema podría ayudar a detener el crecimiento de metástasis en el tumor que escapa a la vigilancia inmunológica.

Variables psicosociales

El primer autor que señaló la relación entre personalidad y cáncer fue Galeno, quien en su tratado sobre los tumores *De tumoribus* afirmó que las mujeres “melancólicas” eran más propensas que las “sanguíneas” a padecer un cáncer de mama.

En estudios posteriores no científicos se han descrito a las personas que padecían cáncer como sujetos no agresivos, muy cooperativos, extremadamente pacientes, poco asertivos e incapaces de expresar adecuadamente sus emociones.

La investigación científica llevada a cabo en las tres últimas décadas presenta una serie de variables psicosociales relacionadas con el cáncer caracterizadas por una constelación de rasgos y estilos de afrontamiento que puede constituir la “personalidad predispuesta al cáncer”, la cual ha sido etiquetada como personalidad “tipo C” y constituye un patrón de conducta contrapuesto al “tipo A” (predispuesto a la enfermedad coronaria) y diferente del “tipo B” (tipo saludable).

Los elementos que definen más especialmente al tipo C son la inhibición y negación de las reacciones emocionales negativas como la ansiedad, agresividad e ira; por otra parte, también lo caracterizan la expresión acentuada de emociones y conductas consideradas positivas y deseables socialmente, tales como excesiva tolerancia, extrema paciencia, aceptación estoica de los problemas y actitudes de conformismo en general, en todos los ámbitos de la vida. Se describe esta personalidad como la “típica buena persona” que siempre desea complacer y buscar la armonía en las relaciones interpersonales, así como evitar actitudes y reacciones que puedan ofender a otros, incluso en perjuicio de sus propios derechos y necesidades, con el fin último de no propiciar un conflicto.



Por otro lado, Grossarth-Maticcek y Eysenck (1990, 1991), para explicar la implicación psicológica en los trastornos psicósomáticos, proponen seis tipos de reacción al estrés, de los cuales dos de ellos se hallan muy relacionados con el cáncer, por lo que, a continuación, se detallan las características más relevantes:

Tipo 1: predisposición al cáncer. El individuo tipo 1 se caracteriza por presentar elevado grado de dependencia conformista respecto de algún objeto o persona con valor emocional destacado para él (consideran a estos objetos o personas como lo más importante para su bienestar y felicidad), e inhibición para establecer intimidad o proximidad con las personas queridas. Son personas que ante las situaciones estresantes suelen reaccionar con sentimientos de desesperanza, indefensión y tendencia a reprimir las reacciones emocionales abiertas. La pérdida/ausencia del objeto se mantienen como fuente de estrés, ya que la persona no se desvincula definitivamente de él, pero tampoco logra la proximidad/intimidad necesaria.

Tipo 5: racional-antiemocional. Se define por la tendencia a emitir reacciones racionales y antiemocionales. Este tipo de personas suele suprimir o negar las manifestaciones afectivas, pues encuentra dificultades para expresar las emociones. Debería denotar predisposición a la depresión y al cáncer. Presenta predominio de lo racional sobre lo emocional.

Por tanto, es necesario elaborar una clasificación de los posibles factores psicológicos que sistematice y recoja de la manera más completa posible toda la riqueza de variables, rasgos, estilos y aspectos psicológicos en relación con el cáncer. En este sentido se destacan dos grandes categorías: depresión, que a su vez se subdivide en depresión, indefensión/esperanza, y pérdida del apoyo social y evitación emocional, subdividida en baja emocionalidad negativa y alta emocionalidad positiva.

Depresión

Es el estado psicológico que se describe más a menudo asociado con el cáncer indefensión/desesperanza.

Estos estados psicológicos, que están más relacionados con el cáncer que la depresión, han servido como predictores del resultado de biopsias, así como de la recurrencia del cáncer de mama.

Pérdida del apoyo social

Esta categoría se refiere a la pérdida de personas queridas para el sujeto, así como a una red de relaciones sociales y familiares pobre y a una disminución o interrupción de los apoyos y refuerzos afectivos que todo individuo necesita. Quienes sufren o han soportado alguna de estas situaciones son más proclives a padecer un cáncer.

Se ha analizado la pérdida del apoyo social/afectivo desde tres perspectivas:

- a) Pérdida temprana de los padres o falta de figuras parentales cercanas.
- b) Pérdidas recientes de seres queridos por muerte, separación o divorcio.
- c) Inadecuado y pobre soporte social y afectivo en la vida diaria.

Ha recibido especial atención por parte de los investigadores el estado de aflicción producido por la muerte de seres queridos, particularmente de padres, esposos o hijos. Se ha constatado que estos sucesos producen una serie de cambios importantes en el equilibrio psicofísico que oscilan desde la agitación, llanto, trastornos del sueño, hasta alteraciones endocrinas, inmunológicas y en última instancia, en algunos casos, cáncer.

Estos tres factores son vitales y definitivos para lograr estabilidad emocional. Además, se considera que en la vida adulta, contarán con:

- a) Una adecuada relación con la familia de origen.
- b) Un satisfactorio núcleo familiar.
- c) Una rica red de relaciones interpersonales (amigos, compañeros, etc.) protege al individuo en gran medida contra posibles enfermedades.

Por último, cabe destacar que las mujeres muestran mayor capacidad de recuperación ante la aflicción producida por estas pérdidas que los hombres.

Baja expresión de emociones negativas

El rasgo central del constructo tipo C parece ser, fundamentalmente, la no expresión y/o no experiencia de emociones negativas, especialmente la ira y la cólera. Quienes presentan estos rasgos poseen las siguientes características: son personas con baja hostilidad, poca ansiedad y neuroticismo, con una emocionalidad “blanda y constreñida”, muy racionales, distantes y antiemocionales. En general, el control emocional y la baja expresividad emocional son rasgos específicos que se encuentran asociados, en muchos casos, con el padecimiento de la enfermedad cancerosa.

Otro rasgo del constructo es el “estilo represivo de afrontamiento”, cuyas características dominantes son:

- a) bajos niveles de comunicación de las emociones negativas como ansiedad, ira e impulsos hostiles.
- b) defensividad en procesos atencionales frente a estímulos ansiógenos.
- c) déficit de memoria para recuerdos emocionales negativos.
- d) intentos de evitar dar una impresión de perturbación psicológica.
- e) poca descripción de la experiencia emocional.

Así, en una situación de afrontamiento de la enfermedad cancerosa, se ha demostrado que la expresión de emociones como la ira, la cólera y la presentación de actitudes de espíritu de lucha y de ganas de vivir han frenado el posterior curso y evolución del cáncer. Al contrario, las personas que aceptan estoicamente la enfermedad y manifiestan conductas de resignación y de inhibición de emociones, sin “estallar emocionalmente” y sin presentar “explosiones afectivas”, han acelerado el proceso neoplásico y ha sido imposible su recuperación.

Alta expresión de afectos positivos

Las personas con predisposición al cáncer presentan un buen ajuste social pero en el sentido de ser muy convencionales y conformistas. Estos sujetos exhiben una alta frecuencia de conductas de deseabilidad social, como grandes dosis de tolerancia, paciencia, solidaridad, búsqueda constante de la armonía en las relaciones interpersonales y, en general, una alegre, agradable o impasible cara ante el mundo.

APÉNDICE

Personalidad tipo A como objetivo terapéutico

Desde 1974, cuando Friedman y Rosenman indicaron por primera vez la posibilidad de modificar la conducta de tipo A con el objeto de reducir el riesgo coronario, ha crecido rápida-



mente el interés por este campo de la terapia. La nueva tecnología conductual puede tener un valor práctico para prevenir y tratar enfermedades médicas.

La ambigüedad del tipo A como objetivo terapéutico sitúa una carga doble sobre el terapeuta. Antes de que éste pueda considerar técnicas específicas de tratamiento, debe resolver la cuestión previa y, mucho más importante, de decidir qué es lo que requiere ser cambiado en el patrón de tipo A. Fundamentalmente, cada terapeuta se ve obligado a elaborar su propio modelo conceptual de los vínculos entre las características del tipo A y la enfermedad.

Una segunda dificultad central para diseñar los programas de intervención sobre el tipo A es la amplitud de la penetración de este patrón de conducta. Actualmente, la opinión más extendida es que este tipo no constituye un rasgo de personalidad, sino una respuesta ante ciertas situaciones de amenaza, alarma o daño. Sin embargo, en los individuos clasificados en él, parecen presentarse un sinnúmero de estímulos, tanto internos como externos, que provocan las manifestaciones del patrón. En lugar de enfrentarse con un síntoma localizado en el tiempo y el espacio (por ejemplo, ansiedad ante una intervención quirúrgica), el terapeuta debe tratar un conjunto de respuestas que afectan a todas las situaciones y relaciones. Por tanto, el proceso de terapia implica necesariamente todos los aspectos de la vida del individuo y, al mismo tiempo, mantenerse en los límites de un contacto terapéutico restringido: una tarea delicada y difícil.

La tarea del terapeuta se complica debido a la baja motivación al cambio del estilo de vida de estos individuos debido a que no perciben la relación entre su estilo general de vida y el aumento del riesgo de padecer la enfermedad. Asimismo, perciben el temor generado por la creencia de que si intentaran modificar sus características de personalidad resultarían menos activos y productivos, de modo que se comprometerían más en acciones preventivas, cuando sintieran que la enfermedad que evitan es grave, que es posible que lleguen a padecerla y que los beneficios de la acción preventiva superen a los costes de la misma. Únicamente la primera de estas condiciones se cumple en los individuos de tipo A, pese a que sólo unos pocos negarían la gravedad de la enfermedad cardíaca; la mayoría no ve la relación entre su estilo general de vida y un aumento del riesgo de padecer esta enfermedad. No acordarán con que el estilo apremiante y competitivo de su vida sea patológico. Al contrario, tanto ellos como la sociedad en la que viven, tienden a considerar que es un estilo vital, normal, e incluso, loable.

El hecho de que los individuos de tipo A tiendan a mostrar ambivalencia en sus deseos de cambio y experimenten fuertes presiones sociales para someterse a tratamiento, establece una serie de restricciones sobre las clases de intervención terapéutica que pueden llevarse a cabo. El escaso valor inicial del cambio, incluso para aquellos individuos de tipo A que aceptan someterse a un programa de tratamiento, sitúa sobre el terapeuta la responsabilidad de establecer desde el principio una razón costo-beneficio que sea claramente favorable. A menos que el individuo experimente rápidamente que los beneficios son mayores que el tiempo invertido, el esfuerzo y las incomodidades, el riesgo de deserciones es bastante alto. El margen para el error terapéutico es muy bajo.

Programa cognitivo conductual

Contenido del tratamiento

Las técnicas de afrontamiento elegidas por los diseñadores de este programa fueron la relajación muscular, la Terapia Racional Emotiva (TRE), el entrenamiento en habilidades de comunicación, la resolución de problemas y, cumpliendo una función especial, una adaptación de la inoculación de estrés. Con base en la posible aceptación por parte de los clientes, se seleccionó el entrenamiento en habilidades de comunicación en lugar del entrenamiento asertivo,



se adaptó la TRE al problema de la ira y se eligió el agobio por falta de tiempo como problema prototípico para la inoculación del estrés. Luego se estableció el siguiente orden para presentar las estrategias mencionadas.

La relajación muscular progresiva se eligió como primera técnica a enseñar porque es de las más fáciles de utilizar y sus beneficios son casi inmediatos. En segundo lugar, se propusieron los principios de la TRE, debido a que la práctica en el control de emociones negativas como la ira, la ansiedad, la culpa y la depresión también generan una inmediata sensación de bienestar.

A continuación fueron presentadas las habilidades en comunicación y resolución de problemas. Una vez adquirida la destreza en el manejo de estas técnicas, se introdujo una forma modificada de inoculación de estrés.

Relajación progresiva

Es imposible que coexistan la sensación de bienestar corporal y la de estrés mental. La relajación progresiva de los músculos reduce la frecuencia del pulso y la presión de la sangre, así como el grado de transpiración y la frecuencia respiratoria. Además, cuando se realiza de modo correcto puede llegar a tener el mismo efecto que un fármaco que actúa reduciendo la ansiedad.

Edmond Jacobson publicó en 1929 un libro titulado *Relajación progresiva*, en el cual describía su técnica de relajación muscular profunda, la que, afirmaba, no requería imaginación, fuerza de voluntad ni sugestión. Esta técnica está basada en la premisa de que las respuestas del organismo a la ansiedad provocan pensamientos y actos que generan tensión muscular. Esta tensión fisiológica, a su vez, aumenta la sensación subjetiva de ansiedad. La relajación muscular profunda reduce la tensión fisiológica y es incompatible con la ansiedad: el hábito de responder de una forma, anula el responder de otra.

Síntomas sobre los que actúa

Se han conseguido excelentes resultados en el tratamiento de la tensión muscular, la ansiedad, el insomnio, la depresión, la fatiga, el colon irritable, los espasmos musculares, el dolor de cuello y espalda, la hipertensión, las fobias moderadas y el tartamudeo.

Tiempo de entrenamiento

Se sugiere un entrenamiento durante una o dos semanas, en sesiones de 15 minutos diarios.

Instrucciones

La mayoría de las personas desconoce cuáles de sus músculos están tensos de una forma crónica. La relajación progresiva proporciona el modo de identificar estos músculos o grupos de músculos y de distinguir entre la sensación de tensión y la de relajación profunda. Se trabajarán cuatro grupos principales de músculos.

1. De la mano, antebrazo y bíceps.
2. De la cabeza, cara, cuello, hombros, frente, mejillas, nariz, ojos, mandíbula, labios y lengua. Se prestará especial atención a los de la cabeza, ya que desde el punto de vista emocional la mayoría de los músculos importantes están situados en esta región.



3. Del tórax, de la región del estómago y de la región lumbar.
4. De los muslos, nalgas, pantorrillas y pies.

Se aconseja practicar la relajación sentado en una silla y procurando que la cabeza esté apoyada en alguna superficie. Cada músculo o grupo de músculos se tensa de cinco a siete segundos y luego se relaja de veinte a treinta. Es conveniente repetir el proceso por lo menos una vez. Si después de la repetición alguna área permanece todavía tensa, podría reiterarse el ejercicio completo hasta cinco veces más. Las siguientes autoinstrucciones pueden resultarle de utilidad aun cuando no se halle especialmente tenso:

Libero la tensión de mi cuerpo.
Alejo la tensión —Me siento en calma y descansado.
Me relajo y libero los músculos.
Dejo que la tensión se disuelva poco a poco.

Procedimiento básico

Póngase en una posición cómoda y relájese. A continuación cierre el puño derecho y apriételo más y más fuerte. Observe la tensión que se produce al hacerlo. Manténgalo cerrado y fíjese en la tensión que se ha desarrollado en el puño, en la mano y en el antebrazo. Ahora relájese. Sienta la flacidez de su mano derecha y compárela con la tensión que sentía hace unos segundos. Repita de nuevo el proceso pero esta vez con la mano izquierda y, por último, hágalo con las dos manos a la vez.

Seguidamente, doble los codos y tense los bíceps. Ténselos tanto como pueda y repare en la sensación de tensión. Relájese y estire los brazos. Déjelos relajados y observe la diferencia. Repita este ejercicio y los sucesivos, por lo menos una vez.

Dirija su atención hacia la cabeza. Arrugue la frente tanto como pueda. Luego, relájese y desarrúguela. Imagínese cómo toda la piel de su frente y de su cabeza se ha ido estirando hasta ponerse completamente lisa en el momento en que se ha sentido relajado. A continuación frunza el entrecejo e intente sentir cómo las venas se extienden por la frente. Relájese y deje que la frente se ponga de nuevo lisa. Cierre los ojos y apriételes fuertemente. Observe la tensión. Relájelos y déjelos cerrados suavemente. Ahora cierre la mandíbula y apriete con fuerza: note la tensión que se produce en toda la zona. Relájela. Una vez relajada, se percatará de que los labios están ligeramente separados. Aprecie el contraste real que existe entre el estado de tensión y el de relajación. Luego, apriete la lengua contra el paladar. Observe el dolor que se produce en la parte posterior de la boca. Relájese y, luego de algunos instantes, apriete los labios haciendo con ellos una “O”. Relájelos. Observe cómo su frente, sus ojos, su mandíbula, su lengua y sus labios están, en este momento, relajados.

Desplace la cabeza hacia atrás tanto como pueda, sin hacerse daño. Observe la tensión que aparece en el cuello. Hágala girar hacia la derecha y concéntrese en el desplazamiento del foco de tensión; luego, hacia la izquierda. Enderezca la cabeza y muévala hacia delante, apretando la barbilla contra el pecho. Observe la tensión que siente en la nuca. Relájese y deje que la cabeza vuelva a una posición natural. A continuación, encoja los hombros. Encójalos hasta que la cabeza se hunda entre ellos. Relájelos. Ahora bájelos y sienta cómo la relajación se extiende al cuello, nuca y hombros; relajación pura, más y más profunda.

Dé a todo su cuerpo la oportunidad de relajarse. Sienta la comodidad y la dureza. Aspire y llene de aire los pulmones. Sostenga la respiración. Observe la tensión que se produce. Luego, expire haciendo que el tórax se deshinché y relaje, dejando que el aire salga poco a poco. Continúe relajándose y permita que la respiración se produzca de una forma espontánea y agradable. Repita esta rutina varias veces y observe cómo la tensión va desapareciendo de su cuerpo a medida que el aire es expulsado. A continuación tense el estómago y manténgalo así. Note la tensión y luego relájese. Ahora coloque una mano en esta región.



Respire profundamente y al mismo tiempo apriete la mano contra la pared del estómago. Aguante y luego relájese. Perciba la diferencia que se produce al soltar el aire. Arquee la espalda sin llegar a hacerse daño. Mantenga el resto del cuerpo tan relajado como pueda. Concentre su atención en la parte más baja de la espalda. Seguidamente, relájese más y más profundamente.

Tense las nalgas y los muslos. Para ello, contraiga los músculos apretando con los talones hacia abajo, tan fuerte como pueda. Relájese y sienta la diferencia. Flexione los dedos de los pies con fuerza para que se tensen las pantorrillas. Estudie la tensión que se produce. Relájese. Luego, extienda con fuerza los dedos y dirija las puntas hacia arriba y sentirá con ello la contracción de los músculos de las espinillas. Relájese otra vez.

Sienta la sensación de pesadez en la parte más baja del cuerpo, a medida que la relajación se profundiza. Relaje los pies, los tobillos, las pantorrillas, las espinillas, las rodillas, los muslos y las nalgas. Luego, deje que la relajación se extienda hasta el estómago, hasta la región lumbar y el tórax. Deje que se extienda más y más. Siéntala en los hombros, en los brazos y en las manos. Más y más profundamente. Sienta la sensación de laxitud y relajación en el cuello, en la mandíbula y en todos los músculos de la cara.

Respiración

Síntomas sobre los que actúa

Los ejercicios de respiración han demostrado ser útiles para reducir la ansiedad, la depresión, la irritabilidad, la tensión muscular y la fatiga. Se utilizan en el tratamiento y la prevención de la apnea, de la hiperventilación, la respiración superficial y la frialdad de las manos y de los pies.

Tiempo de entrenamiento

Mientras que un ejercicio puede aprenderse en cuestión de minutos y experimentar los resultados de forma inmediata, es probable que los efectos profundos del ejercicio no se aprecien plenamente hasta después de varios meses de práctica persistente.

Respiración natural completa

Los niños saludables y los hombres salvajes respiran de modo natural y completo. Los hombres civilizados, con sus horarios rígidos y su vida sedentaria y estresora, han tendido a apartarse de esta forma de respiración. Con un poco de práctica, el siguiente ejercicio de yoga puede llegar a convertirse en un acto automático.

1. Empiece por ponerse cómodo, de pie o sentado.

Respire por la nariz.

Al inspirar llene primero las partes más bajas de sus pulmones. El diafragma presionará su abdomen hacia afuera, para permitir el paso del aire. En segundo lugar, llene la parte media de los pulmones, mientras que la parte inferior del tórax y las últimas costillas se expanden ligeramente para acomodar el aire que hay en su interior. Por último, llene la parte superior de los pulmones mientras eleva ligeramente el pecho y sume el abdomen. Estos tres pasos pueden desarrollarse en una única inhalación suave y continuada que puede llevarse a cabo, con un poco de práctica, en pocos segundos.

2. Mantenga la respiración pocos segundos.



3. Al espirar lentamente, suma el abdomen ligeramente y levántelo de manera suave a medida que los pulmones se vacían. Cuando haya realizado la espiración completa, relaje el abdomen y el tórax.
4. Al final de la fase de inhalación, eleve ligeramente los hombros y con ellos las clavículas, de modo que los vértices más superiores de los pulmones se llenen de nuevo con aire fresco.

Entrenamiento autógeno

El entrenamiento autógeno (EA) es un programa sistemático para enseñar al cuerpo y a la mente a responder de una forma rápida y eficaz las órdenes verbales de relajación y regreso a un estado normal de equilibrio. Es uno de los métodos más amplios y eficaces de reducción del estrés crónico.

En los centros holísticos de salud y de reducción del estrés, el EA se utiliza cada vez más con biorretroalimentación. Otros profesionales de la salud lo emplean como tratamiento de elección en el adiestramiento de la autorregulación del sistema nervioso autónomo.

Cuando no podemos recuperarnos de los acontecimientos estresantes, ni física ni mentalmente, el proceso bioquímico del organismo se desequilibra y se traduce en un humor disfórico.

Johannes H. Schultz, un psiquiatra berlinés, descubrió que se puede crear un estado muy parecido al trance hipnótico solamente pensando en la sensación de pesadez y de calor a nivel de las extremidades. Básicamente, lo único que hay que hacer es relajarse, no distraerse, ponerse cómodo y concentrarse pasivamente en fórmulas verbales que sugieran calor y pesadez en los miembros.

Las fórmulas verbales de Schultz corresponden a tres clases principales de ejercicios: los estándar, que se refieren al cuerpo; los de meditación, que se refieren a la mente, y los especiales, dirigidos a normalizar los problemas específicos.

Estos ejercicios pretenden contrarrestar la respuesta de “lucha o huida” o estado de alarma que aparece ante el estrés físico o emocional. El primero de ellos incluye el aspecto de la sensación de pesadez y proporciona la relajación de los músculos estriados del cuerpo, es decir, los músculos voluntarios que utilizamos para mover los brazos y las piernas. El segundo se concentra en el tema de la vasodilatación periférica; así, al decir: “Mi mano derecha está caliente”, los músculos de fibra lisa que controlan el calibre de los vasos sanguíneos de la mano se relajan, con lo que permiten que fluya mayor cantidad de sangre a esta zona. Este proceso contrarresta la llegada masiva de sangre al tronco y a la cabeza que se produce de forma típica en la reacción de “lucha o huida” que se presenta ante el estrés.

El tercero tiene por objetivo normalizar la actividad cardíaca y consiste simplemente en decir: “Mis latidos cardíacos son correctos”. El cuarto ejercicio de este grupo regula el aparato respiratorio. La fórmula verbal para ello es: “Me siento respirar”. El quinto ejercicio estándar relaja y calienta la región del abdomen: “Mi plexo solar está caliente”. El último ejercicio sirve para reducir el flujo de sangre que acude a la cabeza y lo consigue con la siguiente sugestión: “Mi frente está fría”.

Síntomas sobre los que actúa

El EA ha resultado eficaz para tratar varios trastornos del aparato respiratorio (hiperventilación y asma), del aparato digestivo (estreñimiento, diarrea, gastritis, úlceras y espasmos), del aparato circulatorio (taquicardia, arritmia, tensión arterial alta, frialdad en las extremidades y dolores de cabeza vasculares) y del sistema endocrino (problemas de tiroides). Es igualmente útil para reducir la ansiedad generalizada, la irritabilidad y la fatiga. Puede utilizarse también para modificar las reacciones al dolor, para aumentar la resistencia al estrés y para reducir o eliminar los trastornos del sueño.



Contraindicaciones

No es recomendable a los niños menores de cinco años, a los individuos con trastornos mentales o afectivos severos ni a aquellos que carezcan de motivación. Se recomienda que antes de empezar estos ejercicios se realice una revisión médica y se tenga una charla con el médico para determinar los efectos fisiológicos de esta técnica que más le convienen. Las personas con enfermedades importantes del tipo de la diabetes, de situación de hipoglucemia o de problemas cardiacos deben estar bajo control médico mientras realicen este entrenamiento. Aquellas personas que tengan la tensión alta o baja deben estar en contacto con el médico para asegurarse de que el EA está regulando este parámetro.

Tiempo de entrenamiento

Los especialistas en entrenamiento autógeno recomiendan moverse de forma lenta pero segura a la hora de aprender los ejercicios y emplear de cuatro a seis meses para dominar los seis primeros.

Se considera conveniente empezar con sesiones de un minuto y medio, de cinco a ocho veces al día. Si no encuentra tiempo para esta distribución, se deben realizar las sesiones de 30 segundos por lo menos tres veces al día. A medida que se vaya sintiendo más cómodo en la realización de los ejercicios, puede aumentar gradualmente la duración de las sesiones a 30 o 40 minutos dos veces al día.

Instrucciones

Es esencial que al hacer los ejercicios se mantenga una actitud de concentración pasiva, es decir, que se procure experimentar cualquier respuesta física, mental o emocional que se presente en los ejercicios, pero sin esperar nada de antemano; se debe aceptar que lo que ocurre, ocurra. La concentración pasiva no significa aletargarse o dormirse, sino mantenerse al tanto de lo que va experimentando, pero sin analizarlo. Esta actitud es la contraria a la de concentración activa, la que tiene lugar cuando se fija la atención en ciertos aspectos de una determinada experiencia y existe en ella un interés dirigido.

Cada ejercicio presenta una fórmula verbal que debe permanecer durante todo el tiempo en la mente mientras que de forma pasiva se concentra en una parte determinada del cuerpo. Repita esta fórmula, para sí, una y otra vez para generar una corriente verbal estable y silenciosa; asimismo, es muy importante reducir al máximo los estímulos externos para incrementar la eficacia del ejercicio.

Se sugiere adoptar la siguiente postura:

Tiéndase con la cabeza apoyada, las piernas separadas unos veinte centímetros, con las puntas dirigidas ligeramente hacia afuera y los brazos descansando cómodamente a los lados del cuerpo, sin tocarlo.

Explore el cuerpo en busca de áreas de tensión para asegurarse de que la posición que ha elegido le permite permanecer relajado; fíjese sobre todo en que no haya ninguna extremidad hiperextendida, es decir sin apoyar; vigile igualmente la posición de la cabeza, de la columna y de las articulaciones.

Se presentan seis temas de ejercicio, cada uno con una fórmula verbal particular que hace referencia a sensaciones o regiones del cuerpo determinadas: de pesadez, de calor, latidos, respiración, plexo solar y frente. El error más común de todas las personas que empiezan es el de la impaciencia, pues pasan con demasiada rapidez de un tema a otro sin haber aprendido el anterior en profundidad. Por otro lado, cuando el organismo le indique que está realizando un ejercicio determinado de forma correcta y eficaz, puede pasar al siguiente. Si se queda atascado en algún ejercicio o empieza a sentir efectos que no le resultan agradables, pase al siguiente y deje para el final el que le presenta dificultades. Es posible que alre-



dedor de 10% de los practicantes no lleguen a experimentar nunca las sensaciones básicas de pesadez y de calor. No importa. Esta fórmula se utiliza sólo para producir en el organismo un cambio funcional que se puede o no puede sentir. Usted debe concentrarse en hacer el ejercicio correctamente.

Detención del pensamiento

Lograr detener los pensamientos puede ayudarle a vencer las dudas y preocupaciones constantes que pueden interferir en la relajación. Esta técnica fue presentada por primera vez en 1928 por Bain, en *El control del pensamiento en la vida cotidiana*. Más tarde, a finales de los cincuenta, fue adaptada por Joseph Wolpe junto con otros terapeutas de la conducta para tratar los pensamientos obsesivos y fóbicos. Además, es especialmente útil para controlar una serie de pensamientos repetitivos y extraños que no se adaptan a la realidad, improductivos y que, generalmente, producen ansiedad. Pueden tomar la forma de una duda referida a uno mismo: “Jamás seré capaz de delegar y confiar en la responsabilidad del otro”. Pueden tomar también la forma de miedo: “Me parece que a mi corazón le pasa algo”. Los pensamientos fóbicos también son generadores de ansiedad y preocupan al individuo afectado.

Esta técnica de detención permite que el paciente se concentre en los pensamientos no deseados y, después de un corto periodo, detenga y vacíe su mente. Por lo general, se utiliza la orden de “stop” o bien algún ruido fuerte para interrumpir los pensamientos desagradables. Se pueden dar tres explicaciones del éxito de esta técnica:

1. La orden de “stop” sirve de castigo y la conducta que es sistemáticamente castigada acaba por desaparecer.
2. Dicha orden sirve de distracción, debido a lo cual el imperativo autoordenado resulta incompatible con los pensamientos obsesivos o fóbicos.
3. La detención del pensamiento es una respuesta positiva y puede seguirse de pensamientos sustitutivos, de tranquilización o bien de afirmaciones de autoaceptación. Por ejemplo, puede decir: “Este tratamiento es eficaz”. Se ha comprobado que los pensamientos negativos y de miedo preceden invariablemente a emociones del mismo tipo. Si se pueden controlar los pensamientos, los niveles de estrés, en general, se reducirán de forma importante.

Tiempo de entrenamiento

Para adquirir un buen dominio de la técnica, debe practicarse durante todo el día, tres días a lo largo de una semana.

Instrucciones

1. Haga una lista con sus pensamientos estresores, jerarquícela y ocúpese de interrumpir uno de ellos a la vez, de acuerdo con lo mencionado anteriormente.

Consideraciones especiales. Si falla en el primer intento de detener un pensamiento, es posible que haya elegido uno que sea, en verdad, muy difícil de extinguir. En este caso, elija otro pensamiento no deseado que le resulte menos angustiante o alarmante que el primero. Es útil dominar la técnica antes de abordar los temas más estresantes.

2. Si la vocalización interior del “stop” no surte efecto y le resulta embarazoso pronunciar la palabra en voz alta en público, puede utilizar una de las siguientes técnicas: colóquese una goma elástica en la muñeca, de forma que no le apriete, y cuando aparez-



ca el pensamiento displacentero tire de ella y suéltela para que haga un ruido característico. También puede pellizcarse cada vez que aparezcan los pensamientos no deseados. Finalmente, intente detenerlos clavando las uñas de los dedos en la palma de la mano cada vez que surjan.

3. Se percatará de que detener un pensamiento lleva su tiempo. Éste aparecerá de nuevo y, de nuevo, tendrá que interrumpirlo. Lo más difícil es abortarlo justo cuando empieza y luego concentrarse en otra cosa. En la mayoría de los casos, cada vez aparecerán con menor frecuencia y, poco a poco, dejarán de significar un problema.



Capítulo Seis

Adicciones y salud

Elisardo Becoña Iglesias

Universidad de Santiago de Compostela, España

Luis Armando Oblitas Guadalupe

Universidad Iberoamericana, México



Antecedentes

La historia de las adicciones va unida a la historia del hombre. Fumar cigarrillos, beber alcohol, mascar hojas de coca, inhalar (“esnifar”) preparados psicoactivos, beber pócimas, fumar marihuana, utilizar el opio para el dolor, etc., son ejemplos bien conocidos de algunas de las conductas de consumo de sustancias que el hombre ha utilizado a lo largo de la historia o aún utiliza. Sin embargo, en la actualidad, junto con las anteriores y sus derivados industriales o químicos, han surgido nuevas adicciones, unas derivadas de sustancias, como es el caso de la heroína, la cocaína, las drogas de diseño, el LSD, entre las más importantes, y otras comportamentales, sin sustancia, como resultado de nuestra sociedad tecnológica, como la adicción a Internet, a los juegos de azar, al teléfono móvil, a los teléfonos eróticos, al sexo, a las compras, etc., de conductas que pueden llegar a ser adictivas (Becoña, 1998b).

Por ello, en los últimos años se han incluido distintas conductas bajo la denominación genérica de adicciones o conductas adictivas. Basadas inicialmente en el concepto de dependencia (física y psíquica), y evolucionando a partir del mismo, se aplicaban inicialmente a sustancias psicoactivas que, ingeridas por un individuo, tenían la potencialidad de producir dependencia. Con el transcurrir de los años se observó que también existían conductas que, sin haber sustancia de por medio, tenían la capacidad de producir dependencia y las características que presentan las dependencias generadas por las sustancias psicoactivas.

Una característica central de las conductas adictivas es la pérdida de control. Quienes las padecen no tienen control sobre ellas, aparte de que éstas les producen dependencia, tolerancia, síndrome de abstinencia y una incidencia negativa muy importante en su vida, que va a ser en muchos casos la causa de que acudan en busca de tratamiento o les obliguen a buscarlo. Gossop (1989) definió como elementos característicos de una adicción: 1) un fuerte deseo o un sentimiento de compulsión para realizar la conducta particular (especialmente cuando la oportunidad de llevarla a cabo no está disponible); 2) la capacidad deteriorada para controlarla (especialmente, en términos de controlar su comienzo, mantenimiento o nivel en el que ocurre); 3) malestar y estado de ánimo alterado cuando la conducta es impedida o reprimida, y 4) persistir en ella a pesar de la clara evidencia del grave daño que produce. En la misma línea, Echeburúa (1999) considera como características principales de las con-

ductas adictivas la pérdida de control, la fuerte dependencia psicológica, el desinterés por otras actividades gratificantes y la interferencia grave en la vida cotidiana.

Si tuviésemos que hablar de diferencias entre las adicciones del pasado y las actuales, consideramos que entre unas y otras existen tres características distintivas fundamentales, a saber: 1) la disponibilidad y comercialización (sea de tipo legal o ilegal) a lo largo de todo el planeta de sustancias o productos que las contienen; 2) la pérdida del sentido simbólico y del valor cultural que tenían en el pasado muchas de las sustancias actuales, que en aquel contexto se consumían de manera controlada, bajo ciertas normas y como parte de un ritual, y 3) el cambio social que estimula el individualismo, la búsqueda del placer inmediato y la satisfacción de todas las necesidades que el individuo piensa que le son imprescindibles, lo cual le hace caer más fácilmente en las adicciones.

Respecto de la primera, hoy es indudable que la disponibilidad de sustancias y conductas con poder adictivo es enorme. Además, se han miniaturizado, en el sentido comercial y físico, con lo cual su transporte es más fácil y en cantidades casi ilimitadas (Westermeyer, 1998). Por ejemplo, no es lo mismo el número de dosis para el consumo que obtenemos de una tonelada de hoja de coca que de una tonelada de cocaína. La segunda permite multiplicar de manera exponencial la cantidad de dosis para el consumo.

La pérdida del sentido simbólico de muchas sustancias ha facilitado el incremento de las adicciones. En muchas culturas la sustancia o la conducta tenían un valor simbólico o ritual, y como tal estaban sometidas a las normas y al control sociales. Sin el control social, en muchos casos precisamente para evitar el abuso, el exceso ritual se convierte en uno frecuente. Esta circunstancia provoca que una parte de los individuos de ese sistema social tenga problemas con esa sustancia.

Finalmente, los cambios sociales, económicos, tecnológicos y de toda clase que hemos vivido en los últimos 50 años han facilitado el cambio del tipo de hombre, en el más amplio sentido. Desaparece la ruralización y se incrementa la urbanización, se cambia el modo de producción, de intercambio de bienes, es decir, muere un sistema social y una forma de ver el mundo, lo cual produce falta de referentes en muchos individuos. En otros casos, ante la disponibilidad de dinero que permite adquirir bienes, algunos optan por adquirir sustitutos más accesibles que producen placer inmediato. Y allí, en este placer inmediato, radica la mayoría de las adicciones.

Por lo general, el mayor problema que arrastran las adicciones no son los efectos que producen a corto plazo, sino las consecuencias que se manifiestan a mediano y largo plazos. Así, muchos fumadores de cigarrillos morirán de cáncer de pulmón o de enfermedades cardiovasculares años después de fumar ininterrumpidamente (Becoña y Vázquez, 1998); infinidad de bebedores excesivos de alcohol o alcohólicos fallecerán de enfermedades hepáticas o por accidentes; muchas personas dependientes de la heroína o de la cocaína perecerán víctimas de enfermedades causadas por ellas, como ha ocurrido y ocurre con el sida, la hepatitis, diversas infecciones, etc., además de los problemas sociales que causan en forma de robo, extorsión, cuestiones legales, familiares y muchas otras. Lo mismo podemos decir de las otras adicciones, donde en muchos casos la ruina económica es un paso previo al resto de los problemas legales, familiares, físicos y de toda índole.

Estado actual

En la actualidad, el primer elemento relevante que enfrentamos cuando hablamos de las adicciones es delimitar qué entendemos por ellas. A pesar de que contamos con criterios específicos para definir los distintos trastornos, como la dependencia de sustancias psicoactivas, el juego patológico, etc., todos parten de los criterios de dependencia de sustancias psicoactivas, dado que además en las adicciones, sean con o sin sustancia, se presentan los fenómenos de pérdida de control, tolerancia, síndrome de abstinencia, etc. En esta línea,

para el DSM-IV (American Psychiatric Association, 1994) la dependencia de sustancias psicoactivas se caracteriza por un patrón desadaptativo de consumo de la sustancia que genera un deterioro o malestar clínicamente significativos, expresado por tres o más de los síntomas que indicamos a continuación, durante un periodo continuado de 12 meses, a saber: 1) Tolerancia, definida por cualquiera de los siguientes ítems: *a*) necesidad de cantidades marcadamente crecientes de la sustancia para conseguir la intoxicación o el efecto deseado; *b*) el efecto de las mismas cantidades de sustancia disminuye claramente con su consumo continuado. 2) Abstinencia, definida por cualquiera de los siguientes ítems: *a*) el síndrome de abstinencia característico de la sustancia; *b*) se toma la misma sustancia (o una muy parecida) para aliviar o evitar los síntomas de abstinencia. 3) La sustancia es tomada con frecuencia en cantidades mayores o durante un periodo más largo de lo que inicialmente se pretendía. 4) Existe un deseo persistente o esfuerzos infructuosos para controlar o interrumpir el consumo de la sustancia. 5) Se emplea mucho tiempo en actividades relacionadas con la obtención de la sustancia (por ejemplo, visitar a varios médicos o desplazarse largas distancias), en el consumo de la sustancia (por ejemplo, fumar un cigarrillo tras otro) o en la recuperación de los efectos de la sustancia. 6) Reducción importante de actividades sociales, laborales o recreativas, debido al consumo de la sustancia. Y, 7) se continúa tomándola a pesar de tener conciencia de problemas psicológicos o físicos recidivantes o persistentes, que parecen causados o exacerbados por el consumo (por ejemplo, uso de cocaína a pesar de saber que provoca depresión, o continuada ingesta de alcohol a pesar de que empeora una úlcera).

El Manual de Estadística y Diagnóstico de las Perturbaciones Mentales (DSM, Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) también considera el abuso de sustancias, que es una condición menos grave que la dependencia. En el caso de la dependencia de sustancias, cuando nos referimos a conductas sin ellas, el diagnóstico sería el mismo si sustituimos la palabra sustancia por la “específica” conducta adictiva (por ejemplo, juego, sexo, etc.), con los matices de ese comportamiento específico (Echeburúa, 1999).



Técnicas de tratamiento de las adicciones y aplicaciones

Objetivos a conseguir mediante el tratamiento de una conducta adictiva

Son muchas las distintas sustancias y conductas que pueden generar dependencia. En cualquier intervención terapéutica con una persona adicta existen varios objetivos a conseguir, los cuales están graduados en función de la propia dependencia, es decir, poco se puede hacer con una intervención psicológica si la persona está intoxicada cuando acude a consulta. Lo mismo se puede decir cuando se intenta que una persona mejore su estilo de vida saludable si no conoce medidas adecuadas para hacerlo.

El primer objetivo del tratamiento es que la persona con una adicción asuma que precisa tratamiento. Muchos de quienes consumen drogas tanto legales como ilegales padecen un proceso de negación (Becoña, 1998a). Las drogas les producen placer, bienestar, satisfacción (reforzamiento positivo) y, al mismo tiempo, les permiten evitar el síndrome de abstinencia (reforzamiento negativo) cuando no consumen o no tienen suficientes dosis. Por ello, la dependencia se mantiene en el tiempo y el proceso de reforzamiento hace que las graves consecuencias que suelen acompañar a éste impidan al principio asumir el problema. Aparte, debido a los procesos de cambio, se sabe que la persona tiene que pasar por distintas fases antes de reconocer que es necesario que modifique su conducta.

Una vez que la persona ha asumido que tiene que cambiar es muy posible que solicite distintos tipos de ayuda. En este momento es de gran importancia hacerle ver claramente que precisa asistencia y apoyo, que tiene que cambiar su conducta debido a las graves y evidentes consecuencias que ella le provoca, pero que la persona no percibe en ese momento (por ejemplo, que lo han despedido del trabajo, que ha tenido que abandonar los estudios, que tiene conflictos familiares, que lo ha detenido la policía, que tiene que ingresar a prisión, que sus relaciones sociales han cambiado y ahora se relaciona sólo con amigos consumidores, etcétera).

Superada la fase de negación o de minimización del problema, se hace necesario delimitar claramente la patología por la que acude, factores relacionados y otros problemas que ha causado la dependencia. Ésta es la fase de evaluación.

Inicialmente, el tratamiento debe orientarse a lograr que la persona consiga la abstinencia. En esta etapa es importante modificar el abordaje según se trate de una persona dependiente del alcohol, la nicotina, la heroína, la cocaína, el juego o Internet, pero dentro de ciertos aspectos comunes en lo que atañe a las técnicas de curación que utilizaremos con unos o con otros. Hoy existen, especialmente en el tratamiento de la dependencia de la heroína, junto con los enfoques orientados hacia la abstinencia, los programas de reducción de daños, de manera fundamental los de mantenimiento con base en la metadona.

En el caso de la heroína la desintoxicación cobra una gran relevancia, pues las personas adictas a ella padecen tanto la dependencia física como la psicológica. Para combatir la primera, es necesario desintoxicar el organismo mediante una interrupción brusca o paulatina de la sustancia. En la cocaína y drogas sintéticas, como en el juego patológico y casi todas las adicciones conductuales, lo más grave es la dependencia psicológica, por lo cual la deshabitación desde este punto de vista se convierte en el aspecto esencial del tratamiento.

Conseguida la desintoxicación, o lo que es lo mismo que la persona deje de consumir la sustancia, se pasa al proceso de deshabitación psicológica. Ésta es la etapa más larga y compleja del proceso curativo, con excepción de aquella en la que la persona está en un programa de mantenimiento con metadona, en cuyo caso ambos procesos son paralelos.

La deshabitación psicológica pretende conseguir que la persona dependiente de una sustancia psicoactiva o de una conducta adictiva sea capaz de afrontar la abstinencia. Por ello, en el caso de la dependencia de la heroína y de otras sustancias, se le entrena mediante distintas técnicas para afrontar la vida sin drogas, poder evitarlas, rechazarlas y reorganizar su ambiente de modo que pueda estar sin ellas (Becoña y Vázquez, 2001). Ésta es una de las partes más complejas de todo el proceso dado que las personas que acuden a tratamiento en ocasiones son adictas desde hace un buen número de años. Además, muchos han descubierto que cuando se encuentran mal pueden mejorarse rápidamente mediante el consumo de una nueva dosis. Aquí radica la relevancia que tiene la capacitación en estrategias de afrontamiento ante las situaciones de riesgo de consumo. Las drogas producen efectos inmediatos. Entre el consumo y su efecto pasan pocos segundos. Existe también una gran disponibilidad de ellas y la persona sabe cómo acceder a ellas. Capacitar al paciente de manera adecuada para que adquiera habilidades para vivir sin drogas, que se encuentre bien, subjetiva y anímicamente, y que tenga apoyo de su entorno, son algunas de las claves del éxito de un tratamiento. No se debe olvidar que las drogas consiguen no sólo un efecto inmediato, sino que por el consumo previo se han convertido en elementos claramente reforzantes.



Es necesario buscar alternativas de refuerzo para que el individuo pueda contraponer las consecuencias negativas del consumo (ya que cuando es adicto sólo percibe las positivas) a las ventajas que tiene no consumir a nivel personal, familiar, social, etcétera.

Dado que sabemos que la recaída es algo íntimamente unido a la dependencia de cualquier sustancia, tanto sea de tipo legal como ilegal, o adicciones conductuales, entrenarlo para no recaer es un elemento de gran relevancia una vez superadas las fases anteriores. Desde el modelo de Marlatt y Gordon (1985) y los desarrollos basados en él, que generaron numerosas técnicas eficaces para prevenir las recaídas, esta etapa se ha convertido en un importante componente del tratamiento. Con él podemos conseguir que la persona se mantenga abstinentes y si recae pueda regresar a la abstinencia en el menor tiempo posible.

Finalmente, si la persona cambia su estilo de vida anterior por uno saludable, tendrá más probabilidades de mantener la abstinencia a largo plazo. Aunque ello es hoy claro, la realidad nos muestra que un cambio en el estilo de vida no siempre es fácil, especialmente en los adictos a opiáceos, y que él va a depender de múltiples circunstancias, tanto del sujeto como de la familia y del medio social, oportunidades, madurez, etc. Cuando conseguimos un cambio en el estilo de vida relacionado con la abstinencia, entonces es más probable y fácil mantener la abstinencia tanto a corto como a largo plazos. El análisis de la comorbilidad, vinculado con el cambio de estilo de vida, cobra una gran relevancia. Hacer un seguimiento de ella y poder intervenir en los problemas asociados con el consumo de drogas puede ser uno de los factores que faciliten el mantenimiento de la abstinencia.

Proceso de tratamiento de las adicciones: modelo general

A continuación exponemos un modelo general para el tratamiento de cualquier adicción. Con ello se puede también ver que las semejanzas entre ellas permiten partir de un modelo general de tratamiento, aunque existen técnicas específicas para adicciones concretas, como veremos en un punto posterior.

El proceso de tratamiento de una persona con una adicción consta de las etapas de demanda del tratamiento, evaluación, tratamiento y seguimiento. A su vez, dentro de la primera de ellas se distinguen seis fases: desintoxicación o mantenimiento; deshabitación psicológica o consecución de la abstinencia de la sustancia o dejar de llevar a cabo la conducta; normalización, cambio de estilo de vida anterior y búsqueda de nuevas metas alternativas a la adicción; prevención de recaídas; programa de mantenimiento o de apoyo a corto, mediano y largo plazos; y, cuando sea necesario, programa de juego controlado o programas de reducción de daños (por ejemplo, en la dependencia de la heroína). Además, en éste como en otros trastornos, y en razón de los problemas asociados con él, el psicólogo tiene que poner en marcha todos los recursos terapéuticos disponibles que nuestra ciencia nos proporciona.

En la tabla 6.1 se exponen con detalle las fases mencionadas, el objetivo básico de cada una de ellas, los elementos que debemos considerar y los procedimientos técnicos necesarios. Se exponen también las técnicas de tratamiento más importantes que se utilizan. Además, se presta atención especial a los aspectos motivacionales previos al tratamiento, a la prevención de la recaída y al mantenimiento a largo plazo. Las aplicaciones de esta terapia pueden verse en Becoña (1996a, 1998a, 2001) y Becoña y Vázquez (2001).

Queda claro, inicialmente, que lo que se pretende es que la persona consiga la abstinencia. Éste es, sin lugar a dudas, el objetivo básico, aunque no se debe descartar una mejora en las condiciones de vida del individuo mediante el mantenimiento de la conducta adictiva en niveles bajos (por ejemplo, en el juego controlado o en los programas de reducción de daños o de sustitutivos opiáceos, como sucede en el caso de la metadona), la cual puede ser una meta desde el principio del tratamiento. De este modo se logra retener a la persona en tratamiento, reducir o eliminar su conducta problema y mejorar su funcionamiento cotidiano.

Tabla 6.1 Esquema general para el tratamiento de una conducta adictiva

1. Demanda de tratamiento

Objetivo básico: análisis de la demanda y retención del paciente en tratamiento.

Elementos a considerar: motivación para el cambio, estadios de cambio, recursos disponibles, apoyo de su medio, tratamientos previos, conocimientos de los tratamientos disponibles, tratamiento que desea, analizar quién está implicado en la demanda, por qué, etcétera.

Procedimientos técnicos: entrevista motivacional, escalas para evaluar aspectos motivacionales y estadios de cambio.

2. Evaluación y análisis funcional

Objetivo básico: conocer las áreas donde es más necesario e inmediato realizar cambios; conocer aquellas donde hay que realizar cambios a mediano plazo; conocer las áreas donde los cambios a través del tratamiento y la reinserción social le pueden llevar a una vida normalizada. Con toda esa información disponible se debe realizar el análisis funcional de la conducta de juego y otros comportamientos asociados con el problema o problemas relacionados.

Elementos a considerar: evaluación individual, familiar, social, etcétera.

Procedimientos técnicos: entrevista clínica, autoinformes, cuestionarios, medidas psicofisiológicas, etcétera.

3. Tratamiento

Fase I. Desintoxicación o mantenimiento (por ejemplo, en el caso de la dependencia de la heroína).

Objetivo básico: desintoxicación física de la sustancia.

Elementos a considerar: tipo de desintoxicación en función de su requerimiento, posibilidades asistenciales, recursos, etc., desde la fase ambulatoria hasta la hospitalaria.

Procedimientos técnicos: intervención médica frente a la hospitalaria para lograr la desintoxicación sin sufrir los síntomas del síndrome de abstinencia de los opiáceos.

Fase II. Deshabitación psicológica o consecución de la abstinencia de la sustancia o dejar de realizar la conducta.

Objetivo básico: lograr la completa deshabitación psicológica a los indicios que conducen al paciente al consumo de la droga o a la realización de la conducta adictiva.

Elementos a considerar: adherencia al tratamiento, fase del tratamiento, aceptación del tratamiento propuesto, etcétera.

Procedimientos técnicos: técnicas conductuales y cognitivas para conseguir la abstinencia (por ejemplo, exposición con prevención de la respuesta, control de estímulos, entrenamiento en solución de problemas o en reducción del estrés, relajación, entrenamiento en habilidades sociales, técnicas de afrontamiento, reestructuración cognitiva, etc.). Se debe utilizar terapia individual, grupal y familiar.

Fase III. Normalización, cambio del estilo de vida anterior y búsqueda de nuevas metas alternativas a su conducta adictiva.

Objetivo básico: normalización, es decir, adquisición de más responsabilidades en el trabajo, en los estudios, en la familia, con los amigos, con la pareja, etc.; pago de las deudas; búsqueda de trabajo si no lo tiene y otras medidas de reinserción social.

Elementos a considerar: grado de deterioro, si trabaja o no, si está o no separado, si padece enfermedades físicas (por ejemplo, VIH, hepatitis, etcétera).

Procedimientos técnicos: planificación de metas y objetivos, entrenamiento en adquisición de nuevas habilidades, así como en asertividad, programa psicoeducativo, entrenamiento en solución de problemas, etcétera.

(continúa)

Tabla 6.1 (continuación)

Fase IV. Prevención de recaídas.

Objetivo básico: entrenamiento en técnicas de prevención de la recaída para que mantenga su abstinencia a lo largo del tiempo.

Elementos a considerar: superación de las fases anteriores, mantenimiento de la abstinencia y efectos de su violación.

Procedimientos técnicos: técnicas de prevención de recaídas (por ejemplo, autoinstrucciones, entrenamiento en solución de problemas, etcétera).

Fase V. Programas de mantenimiento o de apoyo a corto, mediano y largo plazos.

Objetivo básico: entrenamiento en estrategias de mantenimiento de la abstinencia a largo plazo y en mejoramiento de calidad de vida.

Elementos a considerar: apoyo familiar, visitas de seguimiento a largo plazo, asistir a asociaciones de autoayuda, etcétera.

Procedimientos técnicos: entrenamiento en relajación, programación de actividades, procedimientos de manejo de estrés, etcétera.

Fase VI. Cuando sea necesario: programa de reducción de daños, programa de juego controlado, etcétera.

Objetivo básico: en el caso de la dependencia de la heroína, reducir la prevalencia de VIH y mejorar los problemas causados por las drogas; en el juego patológico, reducir la conducta de juego a un nivel que no acarree graves problemas.

Elementos a considerar: grado de deterioro de la persona, falta de adherencia al tratamiento psicológico, problemas psiquiátricos asociados, aceptación de este tipo de programa.

Procedimientos técnicos: intervención mínima, programa psicoeducativo, educación para la salud y prácticas de seguridad ante la transmisión de enfermedades (VIH, hepatitis, etc.), técnica de control de estímulos, educación sobre el juego y las leyes de la probabilidad, educación a nivel familiar, laboral y de tiempo libre.

4. Seguimiento

Objetivo básico: conocer la evolución de la persona después del alta terapéutica.

Elementos a considerar: modo de realizarlo (personalmente, en su casa, teléfono).

Procedimientos técnicos: entrevista, autoinforme, urionoanálisis, etcétera.

A continuación se exponen las distintas técnicas para alcanzar los objetivos anteriores.

Incremento de la motivación para el cambio. Hoy se sabe de la importancia que tiene la motivación para el cambio. Es frecuente que muchos de los pacientes que presentan conductas adictivas no acudan a tratamiento. De los que sí lo hacen, una parte lo abandona después de la primera o primeras sesiones. Además, no siempre siguen las instrucciones que se les dan. Por ello, en los últimos años este aspecto se ha convertido en un elemento terapéutico más, bajo la denominación de entrevista motivacional (Miller y Rollnick, 1999).

Este tipo de entrevista, que se lleva a cabo en los primeros contactos entre el terapeuta y el paciente, es el modo más idóneo para incrementar la motivación para el cambio. No hay que olvidar que no todas las personas con una adicción acuden la primera vez voluntariamente a tratamiento; más bien ello es la excepción. En ocasiones concurren por causas externas, bien sean de tipo familiar o legal. En otros casos, para buscar una ayuda puntual. Retener al sujeto en tratamiento, o más bien retenerlo al principio para que luego inicie un tratamiento, es una cuestión fundamental.

Muchas personas que acuden por primera vez a tratamiento piensan que no tienen un problema, que éste es superficial o que aún no ha alcanzado el suficiente nivel de gravedad como para que haya que tratarlo. El objetivo de la primera entrevista, si se presentan estas circunstancias, es convencerles de que padecen un problema, o de que alguien cercano a él lo tiene, y de que se le puede ayudar. Además, de poco sirve que una persona comience el tratamiento si no quiere realizarlo o no está motivado para llevarlo a cabo. De hacerlo, probablemente va a ser un esfuerzo inútil o va a abandonarlo o no va a acudir a las siguientes sesiones.

La entrevista motivacional permite abordar la cuestión de la falta de incentivos en aquellos sujetos en las fases de precontemplación (cuando no tienen ningún interés en cambiar su conducta) o contemplación (cuando tienen algún interés en hacerlo pero no en ese momento, sino en un futuro cercano). En ella se utilizan ocho estrategias que han demostrado una probada eficacia para motivar al paciente a cambiar su conducta, a saber: dar información y aconsejar, eliminar obstáculos, proporcionar diversas opciones al paciente para que él elija, disminuir los factores que hacen deseable la conducta de consumo, promover la empatía, ofrecer retroalimentación, clarificar objetivos y proporcionarle ayuda activa. Con esta entrevista podemos no sólo motivar al sujeto para que lleve a cabo el tratamiento, sino para que derribe las barreras y comience efectivamente el proceso de cambio.

Exposición con prevención de la respuesta. En España, la técnica de exposición con prevención de la respuesta es un enfoque esencial en el tratamiento de los jugadores patológicos que acuden a tratamiento (Becona, 1996b; Fernández-Montalvo y Echeburúa, 1997; González, Jiménez y Aymamí, 1999; Labrador y Fernández-Alba, 1998). Dado que, básicamente, el problema por el que acuden es la adicción a las máquinas tragamonedas (tragaperras) o el bingo, esta técnica se convierte en central para que consigan modificar su comportamiento. Pero también es esencial para tratar las otras adicciones (por ejemplo, dependencia de la heroína, adicción al sexo, etc.). Como ejemplo, indicamos a continuación cómo se aplica para desterrar la adicción a dichas máquinas.

El objetivo de esta técnica es exponer al jugador a la máquina tragamonedas, para que mediante la presencia de los indicios que se han ido asociando a lo largo del tiempo con ella tome conciencia de las sensaciones molestas que, sin prevención de la respuesta, o con dinero, le llevarían al juego. Dicha prevención tiene como objetivo la imposibilidad de consumir su conducta, en este caso, jugar.

Los indicios más frecuentemente asociados con la conducta de juego de una persona dependiente de éste en máquinas tragamonedas es estar presente en el bar, mirar la máquina, notar cómo las luces de colores van cambiando en sentido ascendente, ver cómo otra persona introduce dinero en la máquina, comprobar que a un jugador le ha tocado un premio, observar la forma en que otras personas se fijan en quien ha obtenido un premio y comentan algo sobre ello, etcétera.

La exposición tiene que ser realizada en vivo, en compañía del terapeuta o de un coterapeuta. También el propio jugador puede llevar a cabo un proceso de autoexposición. En este caso es conveniente que lo acompañe un familiar o persona de confianza. Cuando ello no es posible, tendrá que autoexponerse solo. Sin duda alguna, si se puede llevar a cabo esta etapa en presencia del terapeuta, se controla mejor dicho proceso, aunque, por supuesto, es más costoso.

En los últimos años, a partir del programa de Ladouceur (véase Ladouceur, 1993; Ladouceur y Walker, 1998a, 1998b), se ha introducido también junto a la exposición con prevención de la respuesta el procedimiento de pensar en voz alta y la reestructuración cognitiva cuando la persona juega. Con ello se pretende no sólo que la persona se exponga a la conducta de juego y no participe en él, sino que, además, cambie sus pensamientos y creencias irracionales por otros más lógicos y apegados a la realidad, lo que, a largo plazo, le permite no jugar y mantener más fácilmente la abstinencia.

Control de estímulos. Una técnica que se utiliza con frecuencia es la de control de estímulos, que en el caso del juego patológico es parte esencial del tratamiento (Becoña, 1996b). Mediante ella se restringe el acceso a aquellos lugares en donde la probabilidad de jugar es mayor (calles donde hay ciertos bares con máquinas “calientes”, lugares donde hay bingos), u horas de mayor riesgo de consumir una sustancia (por ejemplo, en la zona donde se consigue droga). Para lograr el resultado deseado, se debe entrenar a la persona en la búsqueda de alternativas a sus anteriores costumbres o a que la acompañe alguien en las situaciones que son de mayor riesgo de acudir a jugar o a comprar heroína.

En este caso es determinante el control del dinero. Dado que éste es uno de los estímulos más importantes para que la persona juegue o compre la droga, si no lo tiene, su probabilidad de jugar o comprar droga se reduce de manera notable. En este caso el jugador tiene que transferir todo su dinero a un familiar o a una persona cercana para que se lo controle y para que le dé sólo el que precisa cotidianamente. Además, debe justificar todos los días, de preferencia con tickets o facturas, en qué lo ha gastado para que no utilice parte de ese dinero para jugar (Fernández-Montalvo y Echeburúa, 1997; Labrador y Fernández-Alba, 1998).

En el caso de la dependencia a opiáceos, esta técnica es muy útil en las primeras fases del tratamiento. Algunos de los estímulos más relevantes asociados con el consumo son la conducta de búsqueda de drogas, amigos consumidores, lugares habituales de consumo, indicios ambientales, material para el consumo, etc. Junto con esta restricción es importante que la persona sea capaz de generalizar dicho control para no recaer en el futuro.

Entrenamiento en solución de problemas. Esta técnica es un procedimiento mediante el que se entrena a las personas a reconocer sus problemas, buscar soluciones adecuadas para éstos e implantar la mejor solución en la situación donde ocurren. Este entrenamiento consta de cinco fases: 1) orientación general hacia el problema; 2) definición y formulación del problema; 3) generación de soluciones alternativas; 4) toma de decisiones, y 5) puesta en práctica y verificación de la solución (D’Zurilla, 1986). Sin embargo, para pasar de una fase a otra es necesario superar previamente la anterior. Cuando no se ha proporcionado suficiente información sobre una fase concreta, se ha subvalorado o saltado alguna de ellas, se está en una fase de entrenamiento o la solución elegida no resulta la adecuada, se debe regresar a la fase o fases previas para cubrirlas correctamente, luego de lo cual se pueden abordar las siguientes.

En los últimos años, el entrenamiento en solución de problemas se ha constituido en un elemento de muchos de los programas de tratamiento por su racionalidad, facilidad de explicación al sujeto y eficacia. Es, además, una estrategia incluida en casi todos los programas de prevención de la recaída.

Terapia cognitiva. La terapia cognitiva parte de la premisa de que los trastornos se producen y mantienen debido a una serie de cogniciones subyacentes distorsionadas y a distintos errores en el procesamiento de la información. El tratamiento se orienta a corregir tanto esas premisas distorsionadas como los errores cognitivos (Beck, Wright, Newman y Liese, 1993). La importancia de las creencias y las urgencias son muy relevantes en esta terapia. Para Beck, a partir del patrón cognitivo desadaptativo, ocurre la conducta (por ejemplo, el consumo) y lo biológico (por ejemplo, síndrome de abstinencia). Lo que la terapia cognitiva trata de lograr es la modificación de los pensamientos y creencias erróneos del individuo y enseñarle técnicas de autocontrol. Aunque su planteamiento pueda parecer reduccionista, en la práctica no lo es. Junto al peso que se le da a la parte cognitiva de la persona, como causa de la explicación del consumo de sustancias, también se consideran como aspectos esenciales sus actuales problemas vitales, evolución desde la infancia, supuestos, estrategias compensatorias, elementos de vulnerabilidad, conducta, etc. De modo semejante, el tratamiento se centra en varios de los aspectos que se relacionan con el problema (véase Beck *et al.*, 1993). Además, se otorga gran relevancia a la relación terapéutica dentro del tratamiento y se utilizan técni-

cas cognitivas como el diálogo socrático, la reatribución, las tareas para casa, identificación y modificación de las creencias relacionadas con las drogas, relajación, solución de problemas, etc. Conforme avanza el tratamiento, junto con el control de las urgencias y creencias asociadas con éstas, cobra más relevancia la práctica de la activación de creencias de control, los otros problemas asociados con los que genera el consumo y la prevención de la recaída.

Entrenamiento en reducción de la ansiedad y del estrés. Uno de los problemas asociados con la abstinencia del consumo de sustancias, como en el juego patológico y otras adicciones, es la ansiedad y el estrés que genera dicho estado. Por ello, es necesario evaluar esta problemática y aplicar técnicas para controlarlo. Los programas específicos pretenden alterar la percepción del grado de amenaza que se le atribuye al factor que lo produce (estresor), su estilo de vida para reducir tanto la frecuencia como la severidad de los estresores externos y capacitarles para usar estrategias de afrontamiento activas que inhiban o reemplacen las respuestas de estrés incapacitantes.

Como técnica de intervención general se puede utilizar cualquiera de las existentes para este problema, por ejemplo, el entrenamiento en manejo del estrés y las técnicas de relajación, las cognitivas, la biblioterapia, el cambio del estilo de vida, etc. En la práctica, el entrenamiento en relajación es una técnica ampliamente utilizada, junto con las de tipo cognitivo, para modificar las creencias erróneas sobre las causas de la ansiedad o de los elementos estresantes. Cuando el paciente sufre un trastorno de ansiedad específico (por ejemplo, ataques de pánico) es necesario aplicar aquellas técnicas especiales que son eficaces para su tratamiento.

Entrenamiento en habilidades sociales. A muchas personas con dependencia de distintas drogas y con otras adicciones conductuales se les proporciona entrenamiento en determinadas habilidades para mejorar su competencia social. Cuando carecen de aptitudes interpersonales e intrapersonales adecuadas, de capacidad para controlar su estado emocional sin acudir a jugar o a consumir la sustancia y de habilidades para manejar su relación de pareja, con los hijos, en el trabajo o en situaciones semejantes, este entrenamiento es imprescindible. La capacitación en habilidades sociales se convierte de este modo en una parte importante del tratamiento cuando ellas no son suficientes (Monti, Rohsenow, Colby *et al.*, 1995). Además, con ello se conseguirá disponer de una estrategia de prevención de la recaída para el futuro. Las situaciones de recaída se presentan cuando existe frustración e incapacidad para expresar ira o para resistir la presión social, estado emocional negativo intrapersonal, incapacidad de resistir la tentación intrapersonal, entre otras.

La potencial relación entre las pobres habilidades sociales y las actividades de juego o consumo debe ser analizada con los pacientes. Es importante reconocer que las personas con adicciones pueden necesitar más que las habilidades sociales promedio para afrontar sus conflictos relacionales. Por ejemplo, algunos jugadores necesitan entrenamiento en asertividad para mejorar su habilidad para rechazar las invitaciones a jugar con sus amigos. El juego de roles puede ser utilizado para mejorar las habilidades de comunicación. Este entrenamiento se enfoca en las consecuencias negativas de jugar y en la forma en que la carencia de adecuadas habilidades sociales es un factor que contribuye a ello.

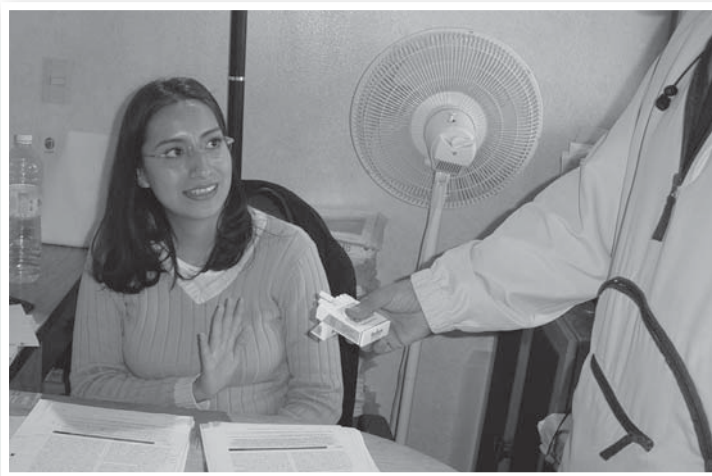
Control de la ira y de la agresividad. En ocasiones, la persona dependiente de sustancias tiene problemas asociados de ira y agresividad, los cuales, a su vez, le acarrearán distintos conflictos en su medio familiar, social o legal. Si esto ocurre, se puede agudizar aún más su problema inicial de dependencia, o bien, mantenerse ésta por no tener una forma de solucionarla. Además, tanto la ira como la agresividad están asociadas con la caída y la recaída, como estados emocionales negativos (Marlatt, Barrett y Daley, 1999).

Cuando éste es el caso, es necesario utilizar estrategias de control de la ira y de la agresividad tal como la técnica de inoculación de estrés, juego de roles, entrenamiento asertivo, entrenamiento en relajación, solución de problema o reestructuración cognitiva.

Manejo de contingencias. El consumo de drogas se mantiene debido al reforzamiento positivo que la sustancia produce en la persona (por ejemplo, euforia, placer) y por el reforzamiento negativo (consumo para evitar las consecuencias negativas del síndrome de abstinencia). Por tanto, está influenciado por los principios de aprendizaje y condicionamiento. En consecuencia, mediante la utilización de estos principios podemos cambiar esta conducta desadaptada por otra adaptada que no incluya el consumo de drogas. Este objetivo se puede lograr mediante los principios básicos del manejo de contingencias, el reforzamiento positivo y el negativo, el castigo positivo y negativo y las distintas técnicas derivadas de ellos (por ejemplo, extinción o control de estímulos) (Graña, 1994).

Desde la perspectiva operante se sabe que el desarrollo de un trastorno por abuso o dependencia de sustancias se debe tanto al poder reforzante de la droga como de otros factores, como los biológicos, ambientales y variables conductuales (Becoña, 1999). Sin embargo, sin negar esta afirmación, de cara al tratamiento se propone un mecanismo de intervención, la alteración de las contingencias conductuales, que es independiente de los factores etiológicos específicos.

Técnicas como la aplicación de estímulos aversivos, reforzamiento de conductas alternativas incompatibles con el consumo de drogas, extinción o varias de las anteriores al mismo tiempo, facilitan el cambio de la conducta adictiva. Otra extensión de ellas son los contratos de contingencias o las estrategias de prevención de recaídas. La utilización de técnicas de manejo de contingencias, muchas veces, junto con algunas otras, permite realizar un abordaje útil y eficaz de muchos pacientes que acuden a tratamiento. Especialmente, para que una persona lleve a cabo conductas alternativas al consumo de drogas, el manejo de contingencias es, en ocasiones, la técnica principal para que la persona mantenga su abstinencia. Algunas ya mencionadas, como la de control de estímulos, son técnicas de control de contingencias que tienen una gran relevancia tanto para el tratamiento de las personas con dependencia de la heroína como del resto de las conductas adictivas.



Técnicas de autocontrol. Una de las estrategias utilizadas en el tratamiento de distintas adicciones, tanto en un programa orientado hacia la abstinencia como hacia el juego controlado o a la reducción de daños es el entrenamiento en técnicas de autocontrol (Hester, 1995). Este enfoque puede ser empleado una vez que la persona acepta participar en un tratamiento orientado hacia la abstinencia, cuando tiene dificultades en conseguirla o cuando su objetivo es el juego controlado o la reducción de daños. En ocasiones el autocontrol se pone en marcha en la parte media del tratamiento, cuando ya se han conseguido los objetivos mínimos para que el paciente mantenga su adherencia a él.

Las técnicas de autocontrol se concentran en que la persona conozca su conducta problema y sea capaz de afrontarla mediante determinadas técnicas sin llevarla a la práctica. El autocontrol enseña a la persona estrategias para controlar o modificar su conducta a través de distintas situaciones, con el propósito de alcanzar metas a largo plazo. Para ello se le

entrena en distintas técnicas para que no realice la conducta o, en caso de que la lleve a cabo, lo haga de un modo poco problemático, y con la idea de poder llegar a conseguir la eliminación total de ella.

El terapeuta le ayuda a establecer condiciones favorables para el cambio, le entrena en técnicas para conseguirlo y le refuerza por los avances conseguidos. También lo capacita en la aplicación de autorrefuerzos, en la búsqueda de apoyo en otras personas para mantener las ganancias conseguidas y para que aquellas que conforman su entorno le apoyen en su abstinencia. Existe una serie de técnicas que se utilizan sistemáticamente cuando se aplica un programa de autocontrol (por ejemplo, autorregistros, cambio de estímulos discriminativos, técnicas encubiertas). Para realizar un buen diseño de dicho programa es necesario llevar a cabo una evaluación conductual adecuada del problema y adaptar el tratamiento a los avances que se van produciendo a lo largo de éste y a la consecución de los objetivos iniciales e intermedios. También, las técnicas de autocontrol conceden una gran importancia al mantenimiento de los cambios, especialmente a través de la utilización del autorrefuerzo, cuando la conducta toma la dirección esperada y, en caso contrario, el autocastigo. Finalmente, cada vez cobran mayor importancia los procedimientos cognitivos dentro del autocontrol, especialmente por las ideas, creencias, pensamientos o atribuciones erróneas que la persona tiene con respecto al juego y el ambiente donde éste se desarrolla, así como sobre sus resultados.

El tratamiento de los problemas de comorbilidad. Aproximadamente 90% de las personas con dependencia de opiáceos tiene un diagnóstico psiquiátrico adicional y 15% intentan, al menos una vez, suicidarse. No menos de 25% de las personas jugadoras patológicas padecen problemas de depresión mayor, y entre 15 y 20% problemas de dependencia del alcohol. También pueden estar presentes otras afecciones como trastornos de ansiedad, de personalidad, etc. (Grant y Dawson, 1999). Por tanto, diagnosticar y tratar estos trastornos asociados es una parte integral del tratamiento.

Cuando se detectan este tipo de problemas, cada uno de ellos se debe abordar con intervenciones específicas de tipo cognitivo-conductual, farmacológico o una combinación de ambas modalidades, adaptadas a las necesidades específicas del paciente. Uno de los problemas que surgen en este momento es decidir si los tratamientos se realizarán de forma integrada por un mismo equipo terapéutico (modelo integracionista), si se debe iniciar el tratamiento de un trastorno y posteriormente el del otro (modelo secuencial) o si, por el contrario, se deben abordar todos a la vez. En los últimos años se ha hecho hincapié que para tratar los trastornos duales se debe adoptar un modelo integracionista. Esto significa que los tratamientos de ambos trastornos deben ser efectuados de modo simultáneo y por el mismo equipo terapéutico.

El tratamiento de los problemas maritales y familiares: terapia de pareja y terapia familiar. Las conductas adictivas inciden de modo muy acusado en la vida de la persona, de su familia o de su pareja. Ésta es una de las áreas más afectadas pues, en ocasiones, sus seres más queridos quedan “apresados” en su proceso adictivo. Si éste es prolongado, ellos sufren directamente el desapego, el deterioro físico, los problemas con sus amigos, con la justicia, etc., de ese miembro de la familia o pareja.

Una vez que ha entrado en tratamiento, es necesario intervenir en la pareja, si es el caso, con una terapia específica. Si es la familia nuclear o extensa la afectada, deberá intervenir mediante terapia familiar (Heath y Stanton, 1998). La primera es un tipo de terapia específica que pretende incrementar la comunicación entre ambos, conseguir un incremento del intercambio de refuerzos entre los miembros de la pareja y solucionar entre ellos las cuestiones que vayan surgiendo, entrenándoles en técnicas de solución de problemas. También es necesario capacitarlos en aquellos otros aspectos que inciden en la relación (por ejemplo, manejo de los hijos, problemas sexuales de uno de los miembros, etcétera).

La terapia familiar tiene su aplicación cuando toda la familia es afectada por la conducta de un miembro problema (la persona con adicción) y por las relaciones peculiares que se establecen entre el adicto y uno o más miembros de la familia. Este tratamiento es recomendable cuando el paciente es joven y vive con su familia. Además, por lo general suele basarse en el concepto de sistema, es decir, entiende que las experiencias y conductas de una persona están asociadas y dependen del comportamiento de otros miembros de la familia. Esto es, la conducta de un integrante no se puede entender aislada de la de los demás. Cada familia desarrolla patrones de comunicación y secuencias de conductas para mantener el equilibrio entre sus integrantes. Algunos de los objetivos de la terapia familiar conductual son entrenar a los miembros de la familia en técnicas de manejo de contingencias (por ejemplo, contratos conductuales), capacitarlos en la solución de problemas de comunicación, intercambio de conductas, observación del comportamiento propio, y el de los demás, intercambio de refuerzos entre los distintos miembros de la familia, cambio de expectativas y atribuciones negativas, reducción de los estados emocionales negativos, etc. Especialmente, cuando la persona consigue la abstinencia, o deja de realizar la conducta adictiva, es necesario estar atento a posibles cambios en la estructura relacional de la familia que puede facilitar la recaída. Tener comprometido al núcleo familiar en el tratamiento puede evitar la reincidencia, más aún si se lleva a cabo un adecuado manejo de los conflictos subyacentes o manifiestos en él y se dispone de adecuadas habilidades de comunicación y de solución de problemas. Para lograr esos objetivos es necesario establecer claras normas de convivencia, de jerarquía y de comunicación familiares y que el padre se implique en la familia y en el problema que tiene su hijo y no deje todo el peso del conflicto sobre la madre. Por tanto, en algunas ocasiones la intervención se hace más amplia y compleja de lo que puede parecer en un principio cuando otras personas, como en este caso integrantes de la familia, facilitan o pueden hacerse cargo de parte del problema. Por ello, en ocasiones, la terapia familiar se lleva a cabo sólo con los padres, o con grupos de padres, para entrenar a éstos en el manejo adecuado de sus hijos y para que tengan una adecuada implicación emocional con ellos y un comportamiento que facilite la recuperación de su hijo o hija.

Terapia de grupo. La terapia de grupo es una modalidad terapéutica que se utiliza con frecuencia para tratar a las personas con distintas adicciones (Galanter, Castañeda y Franco, 1998). Junto con el tratamiento individual, y otras intervenciones que se puedan estar llevando a cabo, este enfoque ha adquirido gran relevancia en varios de los tratamientos específicos de las adicciones, especialmente de las personas que acuden a los centros de drogodependencias y a las asociaciones de autoayuda, en donde es una parte esencial.

El objetivo que se pretende con esta terapia es el mismo que el que se persigue con el tratamiento individual pero en un formato de grupo y con las dinámicas propias que se van desarrollando dentro de cada uno de éstos. Entre otros beneficios, esta dinámica le permite al paciente compararse con otros, tener apoyo, aprender estrategias y técnicas de control, adquirir habilidades y asumir normas de funcionamiento del grupo. Los objetivos centrales del mismo son solucionar problemas y realizar tareas que le lleven a la abstinencia o le permitan mantener la misma para, finalmente, poder cambiar su estilo de vida.

Prevención de la recaída. El primer consumo de la sustancia o tener un episodio de juego después de dejarlo no tiene por qué representar una recaída: puede ser sólo una caída o un desliz puntual. Para Marlatt y Gordon (1985), la recaída se define como cualquier retorno al comportamiento adictivo o problemático o al estilo de vida anterior, después de un periodo inicial de abstinencia y de cambio en el estilo de vida. Una caída es un retorno breve a la conducta adictiva en un momento determinado, es decir, una pérdida de control puntual sobre la conducta, que puede llevar al sujeto a realizar algún consumo esporádico. La recaída en las adicciones se puede manifestar de distintas formas: regresar al estilo de vida anterior, consumir drogas sustitutivas, realizar actividades de azar y de riesgo o sexualidad com-

pulsiva, etc. En el caso del juego, la forma más común de manifestarse es jugar nuevamente de forma regular. Lo mismo ocurre en el caso de las sustancias psicoactivas.

Un concepto fundamental para comprender el proceso de recaída es el llamado *efecto de violación de la abstinencia*, el cual se compone de dos elementos cognitivos clave: la disonancia cognitiva (conflicto y culpa) y un efecto de atribución personal (autoculparse como causa de la recaída), así como algunas veces la anticipación de los efectos positivos en relación con la droga o el juego. La combinación de estos tres componentes predisponen al paciente a una recaída total.

El modelo de prevención de la recaída considera a las adicciones como un hábito adquirido que puede cambiarse mediante la aplicación de los principios del condicionamiento clásico, operante y vicario. Además, otorga gran importancia a los factores cognitivos implicados en ella. Las estrategias de prevención de las recaídas se orientan a anticipar y prevenir la ocurrencia de éstas después del tratamiento y a cómo ayudar a los pacientes a afrontarlas si se producen. Es un programa de autocontrol donde se enseña a los pacientes a anticipar y a afrontar eficazmente los problemas que pueden aparecer después del tratamiento o durante su seguimiento. Por ello, la prevención de las recaídas se puede aplicar como estrategia de mantenimiento, para prevenirlas, o con un enfoque más general para cambiar el estilo de vida.

Las causas principales de la recaída en las adicciones son los estados emocionales negativos, conflicto interpersonal y presión social (por ejemplo, Marlatt y Gordon, 1985). Los estados emocionales negativos son situaciones en las que los sujetos experimentan un estado emocional o de ánimo o sentimientos negativos, como frustración, ira, ansiedad, depresión o aburrimiento, antes o al mismo tiempo que la ocurrencia de la primera caída. Los conflictos interpersonales son situaciones que incluyen un problema actual o relativamente reciente, asociado con cualquier relación interpersonal, tales como las que se entablan en el matrimonio, con los miembros de la familia, en el trabajo, etc. La presión social se refiere a situaciones en las que el paciente responde a la influencia de otra u otras personas que ejercen una influencia significativa para involucrarlo de nuevo en el consumo de sustancias.

Si la persona es capaz de presentar y llevar a cabo una respuesta de afrontamiento eficaz en una situación de alto riesgo, la probabilidad de recaída disminuye. Cuando así lo hace, es probable que experimente una sensación de dominio y percepción de control que le genere una expectativa positiva en cuanto a su capacidad para enfrentar eficazmente las futuras situaciones de riesgo que se le presenten (autoeficacia). Si esto se repite, adquirirá una mayor percepción de control y disminuirá la probabilidad de recaída. Por el contrario, si el paciente es derrotado en la primera batalla, y tiene una expectativa positiva de reincidir en la conducta adictiva, dicha probabilidad aumenta.

Son tres las principales estrategias de aproximación que se utilizan para prevenir los procesos de recaída: de apoyo social, de cambio de estilo de vida y la cognitiva-conductual. Sin embargo, se ha demostrado que esta última es la más eficaz; sus técnicas se orientan a aumentar la autoeficacia, mejorar el control de impulsos, favorecer la reestructuración cognitiva y mejorar las estrategias de toma de decisiones. Las estrategias dirigidas al cambio de estilo de vida están diseñadas para fortalecer la capacidad global de afrontamiento del paciente y a reducir la frecuencia e intensidad de los impulsos y deseos irresistibles de jugar que a menudo son el producto de un estilo de vida desequilibrado. Otras técnicas que han demostrado su eficacia son los programas de reestructuración cognitiva, el entrenamiento en identificación y control de estímulos, exposición a estímulos en vivo (reales) o imaginarios, detención del pensamiento, condicionamiento encubierto, programas de refuerzo externo, etc. Si en una situación de alto riesgo el paciente anticipa lo que le puede ocurrir (por ejemplo, cuando pasa por delante del bar en el que habitualmente jugaba o ante el barrio en el que adquiriría la sustancia) y tiene una sensación extraña semejante a la que experimentaba cuando entraba y jugaba o consumía la droga, puede poner en marcha distintas estrategias para afrontarla, especialmente cuando tiene urgencias, para así poder hacerle frente y no caer o recaer en su problema adictivo.



Perspectivas

En la actualidad, las conductas adictivas se han convertido en un grupo de trastornos de gran relevancia en razón de su alta prevalencia en la población, tanto adulta como adolescente. El número de individuos dependientes de la nicotina y del alcohol, solamente, se cuenta por millones en cada país (Becoña y Vázquez, 1998). Aunque en menor grado, la adicción a drogas ilegales ocupa un lugar nada despreciable, sobre todo por los problemas físicos que acarrea su consumo, especialmente en los últimos años, aparte de la alarma social que ha producido el consumo incremental de sustancias como la heroína, la cocaína y la marihuana, y todavía sigue produciéndose en éstas y otras nuevas (por ejemplo, drogas de síntesis). Otras adicciones, las comportamentales, como el juego patológico, las compras y el sexo compulsivos, la adicción a Internet y otras, son paralelas al desarrollo de las sociedades industrializadas, al ocio y tiempo libre (Calafat *et al.*, 2001) y a una nueva forma de vida, en comparación con lo que ocurría hace no más de 50 años.

El tratamiento de las adicciones ha cobrado una enorme relevancia en las últimas décadas. Con la irrupción de las drogas ilegales, especialmente heroína y cocaína, en los países desarrollados, desde los setenta hasta el presente, la demanda de tratamiento no ha dejado de crecer y los problemas causados por aquéllas son sumamente graves. Además, el surgimiento del VIH y el sida unido al consumo ha producido un vuelco inesperado en esta problemática y un incremento del interés, de los medios y de los recursos para controlar tanto la epidemia del sida como los problemas de drogadicción. Todo ello ha producido el surgimiento de una nueva área de trabajo e investigación que no ha dejado de crecer. El problema radica en que los índices se mantienen en un nivel estable, o en fase de crecimiento en algunos países. Asimismo, cada vez más tenemos que hablar de un trastorno crónico o caracterizado por las frecuentes recaídas, lo que obliga a plantear programas de tratamiento complejos y a largo plazo (Becoña y Vázquez, 2001). Realmente, el mejor modo de enfrentar este problema es a través de la prevención (Becoña, 1999), pero en nuestra sociedad no existe una sólida cultura sobre ella, por lo cual los recursos suelen proporcionarse al tratamiento y a la rehabilitación, ya una vez que el problema nos ha explotado en las manos. Desarrollar e impulsar actividades de tipo preventivo, tal como las caracteriza la psicología de la salud, es un adecuado abordaje de este problema (Oblitas y Becoña, 2000).

El éxito del abordaje psicológico de las adicciones se basa en que el mecanismo explicativo es, en primer término, social, en segundo psicológico y en menor grado biológico (Becoña, 1999). Esto no significa que unos elementos sean menos relevantes que otros, pero sí que ésta es su graduación. Como sobre el elemento social es difícil intervenir porque corresponde al desarrollo natural de las sociedades, modulado por sus sistemas cultural, económico y político, la intervención sobre la conducta del individuo en su contexto más cercano se ha convertido en el campo de trabajo más relevante para ayudar especialmente a las personas que tienen problemas de adicción a sustancias y a conductas. Además, en este último caso, la mejor explicación es la psicológica, aunque, insistimos, estructurada a partir de un enfoque macro, pues el entorno social, la cultura y el tipo de vida actual en muchas ocasiones están en la base del trastorno. Aunque es indudable que el componente biológico existe y que sin él no habría adicciones, el desarrollo del individuo a lo largo de su historia evolutiva y genética, permite a la mayoría de ellos afrontar adecuadamente las distintas adicciones, y superarlas, aun en caso de que tuviesen contacto con ellas. Por tanto, tener una visión comprensiva y global de este tipo de conductas es muy importante para poder ayudar más eficazmente a las personas que acuden a nosotros (Becoña, 1999).

Afortunadamente, en los últimos años se han realizado grandes esfuerzos y buen número de investigaciones para conocer mejor este tipo de conductas, bien sea de modo general (adicciones), o específicamente cada una de ellas (por ejemplo, alcoholismo, tabaquismo, dependencia de la heroína, del juego, etc.). Ello ha favorecido el campo del tratamiento, en donde también se han dado pasos muy importantes en las últimas décadas. Asimismo, ha

permitido el surgimiento y que se hayan aplicado distintos tratamientos psicológicos y/o farmacológicos, muchos de ellos con una buena evaluación y eficacia (Labrador, Echeburúa y Becoña, 2000). Entre los tratamientos psicológicos se han destacado los enfoques cognitivo-conductuales, que se han constituido en terapias de elección para las distintas conductas adictivas, bien de manera excluyente (por ejemplo, en el tratamiento del juego patológico, adicción al sexo o Internet, cocaína, etc.) o como una parte básica del mismo (por ejemplo, dependencia de la heroína, alcoholismo, etc.). Los buenos resultados se deben atribuir tanto a la eficacia del tratamiento en sí como a su racionalidad y escaso tiempo de intervención, comparado con otros abordajes terapéuticos. Sin embargo, incluso así, es necesario tener presente que, en ocasiones, el tratamiento puede ser largo y lleno de avatares, porque la recaída es una de sus características definitorias. Además, de lo que hoy ya no tenemos dudas es que, desde un punto de vista optimista, el porcentaje y complejidad de las conductas adictivas, como hemos insistido (Becoña, 1998b), van a mantenerse en el futuro o, lo más probable, se incrementen. De esta certeza surge la necesidad de disponer cada vez más de abordajes terapéuticos eficaces y convencer a los afectados de que acudan a tratamiento lo antes posible para evitar que el trastorno adquiera características crónicas e impedir que el abordaje terapéutico se complique y la recuperación se dificulte.

Finalmente, como afirmábamos en otro lugar (Becoña, 1998b), consideramos que las conductas adictivas serán el gran problema del siglo XXI, a nivel cuantitativo, porque los datos epidemiológicos sobre dependencia de alcohol, tabaco, drogas ilegales, además de las adicciones comportamentales, nos muestran que un porcentaje muy significativo de la población, que puede ser a veces de un tercio o un cuarto de ésta tiene, según los criterios diagnósticos actuales, un problema de dependencia a una adicción (por ejemplo, el porcentaje de personas dependientes de la nicotina y del alcohol). Que no sea más conocido este problema y no se dediquen más medios a combatirlo se debe a los intereses, los enormes intereses económicos que subyacen a la mayoría de estas conductas adictivas, que mueven diariamente muchos cientos de millones de dólares.

Conclusiones

Las conductas adictivas, sean con sustancia o sean comportamentales, constituyen actualmente un problema de gran relevancia social y clínica en las sociedades desarrolladas. Apenas existentes hace unas décadas, hoy en día tienen un nivel de prevalencia poblacional muy elevado. Ello ha llevado al desarrollo de técnicas específicas de tratamiento para ellas, interés por parte de los profesionales y otorgamiento de recursos importantes para su tratamiento. En los próximos años este interés se mantendrá y puede que se incremente debido a la cronificación de los trastornos en muchas de las personas que lo padecen, además de las consecuencias colaterales que puede producir (por ejemplo, sida) y la necesidad de controlar un problema que, epidemiológicamente, desde la perspectiva clínica, es el más relevante de la actualidad. Por suerte, disponemos de adecuados tratamientos para estos trastornos, aunque es necesario perfeccionarlos para así ayudar más eficazmente a quienes los padecen.

Capítulo Siete

Ansiedad y salud

José Gutiérrez Maldonado

Universidad de Barcelona, España



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. Ni el comportamiento desviado (por ejemplo, político, religioso o sexual) ni los conflictos entre el individuo y la sociedad son trastornos mentales, a no ser que la desviación o el conflicto sean síntomas de una disfunción.

De manera similar, el término general “trastorno” se utiliza en la clasificación de la Organización Mundial de la Salud, CIE-10, para señalar la presencia de un comportamiento o un conjunto de síntomas que, en la mayoría de los casos, son acompañados por malestar o interfieren con la actividad del individuo (OMS, 1992).

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.

En las páginas que siguen se estudiará la ansiedad normal y la patológica; se diferenciará la que se experimenta en situaciones concretas, como un estado transitorio, de aquella más relacionada con tendencias estables y consistentes de conducta, es decir, con rasgos de personalidad. 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. Más adelante se expondrá la clasificación de estos trastornos, se ofrecerán datos epidemiológicos, se hablará de su evolución y se comentarán las técnicas de intervención apropiadas.

Las principales teorías que intentan explicar la ansiedad son de tres tipos: biológicas, conductuales y cognitivas. Los modelos biológicos buscan las causas que la provocan en los niveles bioquímico, psicofisiológico y neuroanatómico del organismo. Algunos proponen que determinados sistemas de neurotransmisión funcionan inadecuadamente, ya sea por exceso o por defecto. Los neurotransmisores son liberados por la neurona presináptica, a través de la cual se desplaza el impulso nervioso y, cuando son captados por la neurona postsináptica, hacen que ésta transmita el impulso a otras neuronas conectadas con ella, que es lo que se denomina neurotransmisión excitadora. Otros neurotransmisores hacen justo lo contrario, es decir, impiden que el impulso nervioso pase de una neurona a otra. Este segundo mecanismo se denomina neurotransmisión inhibitoria. Otras teorías biológi-



cas relacionan la ansiedad tanto con mal funcionamiento de la neurotransmisión excitadora como de la inhibitoria.

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. Algunas teorías proponen que en personas que sufren trastornos de ansiedad estas estructuras entrarían en funcionamiento con umbrales de estimulación menores que en personas normales.

Algunos de los principios más sólidos de la psicología se han encontrado al estudiar el aprendizaje. 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.

Se tratarán también algunas teorías de tipo cognitivo. Si las anteriores aludían a mecanismos biológicos o conductuales, los modelos cognitivos proponen como causas de la ansiedad formas de pensamiento inadecuadas. 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.

Los modelos animales de la ansiedad que, por ejemplo, toman en consideración la conducta motora y medidas fisiológicas, pueden ser suficientes para explicar algunos aspectos de la ansiedad humana, aunque no todos. Se precisa complicarlos un poco más para que



incluyan variables como la conducta verbal o el pensamiento. La ciencia avanza aquí, como en cualquier otro campo, acumulativamente. Pueden existir teorías contradictorias, pero ello no es lo habitual, porque unas complementan a otras. Integraciones interdisciplinarias que incluyan variables biológicas, conductuales y cognitivas son las que permiten formular modelos y teorías más parecidos a la ansiedad real, y con mayor poder predictivo. Sin embargo, no siempre se quiere elaborar modelos complejos. A veces es mejor trabajar con paradigmas sencillos porque es más fácil manejar unas pocas variables. Los modelos simples son elegantes, incluso estéticos, y más fáciles de integrar con otros de disciplinas afines. Sin embargo, su capacidad predictiva en situaciones específicas es menor que la de aquellos que presentan un nivel más elevado de complejidad.

Más adelante se hablará de la influencia de la ansiedad sobre el rendimiento. Como se decía al principio, la ansiedad no siempre es perjudicial; de hecho es un mecanismo normal de activación del organismo que le permite prepararse y enfrentar situaciones que exigen un esfuerzo especial. En situaciones nuevas puede no resultar adaptativo responder impulsivamente, dado que tal vez sea necesario organizar una respuesta no del todo disponible en el repertorio de conducta del sujeto. En esas circunstancias la ansiedad es adaptativa, puesto que inhibe de manera temporal el comportamiento motor y permite reestructurar perceptivamente la situación para dar con la respuesta más adecuada. Una vez encontrada ésta, la ansiedad puede proporcionar el nivel de activación suficiente para ejecutar la respuesta con el control adecuado de todos los detalles. El problema puede surgir cuando la ansiedad inicial no se transforma en esfuerzo, y el sujeto permanece inmovilizado. Determinados niveles de ansiedad son positivos, pero si son excesivos se convierten en perjudiciales porque no permiten el paso a la acción una vez que se ha reestructurado la percepción de la situación de manera adecuada y se ha seleccionado la respuesta pertinente. El umbral a partir del cual los niveles de ansiedad se convierten en perjudiciales varía en función de la situación.

Para acabar, se expondrán algunas técnicas y procedimientos prácticos encaminados a manejar la ansiedad ante diferentes situaciones de estrés. Entre las estrategias generales para controlar la ansiedad se encuentran las que inciden sobre la activación fisiológica, las que lo hacen sobre el autoconcepto y la autoestima, el entrenamiento en habilidades sociales y el entrenamiento en resolución de problemas. La experiencia más llamativa para la persona que experimenta ansiedad es la elevada activación fisiológica. Algunas personas manifiestan que tienen dificultades para respirar, otras que sienten su corazón latir fuerte y rápidamente, otras tienen la sensación de marearse, la boca seca, dolor en el aparato digestivo, temblor en las piernas, etc. Existen procedimientos para controlar estas reacciones hasta cierto punto, pero más importante es el cambio de actitud que la persona que las sufre debe desarrollar ante ellas. Es más importante dejar de sentir temor ante estas reacciones que intentar controlarlas. De hecho, muchas personas las buscan como fuente de estimulación y para sentir que viven la vida con intensidad. Para ello practican deportes de riesgo, se lanzan en paracaídas, suben a montañas rusas o buscan conocer gente nueva. ¿Por qué intentar evitar esas sensaciones en lugar de aprender a disfrutar de ellas, sin que interfieran con el rendimiento? No menos importante es la intervención sobre la imagen que se tiene de uno mismo, y el juicio de valor que se hace de ella, de manera que también se expondrán técnicas para modificar el autoconcepto y la autoestima. En continuidad con lo expuesto en un trabajo anterior, en seguida se describirán procedimientos para el aprendizaje de habilidades sociales. Otro tipo de técnicas generales se concentran en el entrenamiento en habilidades de resolución de problemas. La ansiedad puede aparecer cuando se pretende resolver situaciones complicadas de una sola vez. Es mejor dividir una tarea compleja en componentes más sencillos, y resolver cada uno de ellos por separado o secuencialmente. Las habilidades implicadas en la descomposición de problemas complejos en componentes simples pueden ser entrenadas.



Ansiedad y personalidad

Ansiedad rasgo y ansiedad estado

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-res-



puesta, según las cuales aquélla 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.

Constitución y temperamento

El tema de la relación entre las características corporales y el temperamento ha sido abordado desde muchos años atrás. Así, Eysenck (1970) ofrece una lista de los principales autores y de sus respectivas clasificaciones:

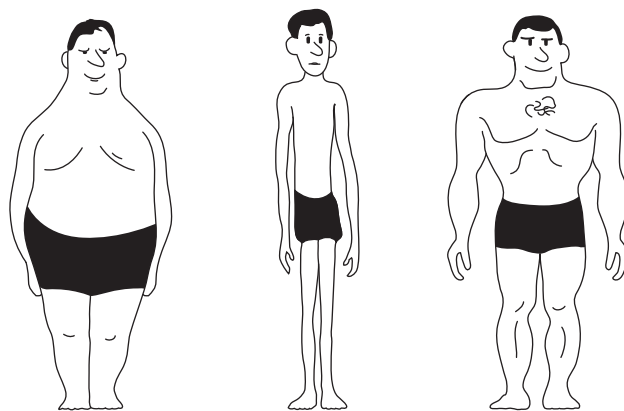
- Hipócrates (430 a. de C.): *Habitus apoplecticus-habitus phitisticus*
- Halle (1797): abdominal-muscular-cefálico
- Rostan (1828): digestivo-muscular-cerebral/respiratorio
- Walker (1852): nutritivo-locomotivo-mental
- Carus (1852): flemático-atlético-cerebral/asténico
- Wells (1869): vital-motor-mental
- Beneke (1878): hiperplástico-normal-hipoplástico
- Huter (1888): tipo comida-tipo fuerza-tipo sensación
- Virenius (1904): conectivo-muscular-nervioso/epitelial
- Sigaud (1914): digestivo-muscular-cerebral/respiratorio
- Stockard (1923): lateral-intermedio-lineal

Kretschmer (1921,1955), más recientemente, distinguió entre los tipos pícnico (tronco pequeño y encorvado, extremidades cortas, cabeza grande y redonda), leptosomático (tron-



co y extremidades delgadas, rostro estrecho y puntiagudo, tendinoso) y atlético (tronco trapecoidal, osamenta y musculatura pronunciadas, manos y pies grandes, rostro perfilado).

Relacionó cada uno de estos tipos con la propensión a padecer determinados tipos de enfermedades mentales (pícnicos con trastornos maniaco-depresivos, leptosomáticos con esquizofrenia y atléticos con epilepsia); por ello, asignó a los pícnicos un temperamento “ciclotímico”, a los leptosomáticos “esquizotímico” y a los atléticos “viscoso”. Se propuso incluso un índice para sustituir la categorización a ojo de la apariencia corporal por un criterio objetivo (índice de Wertheimer-Hesketh: longitud del esqueleto por 100/perímetro por profundidad por altura torácica); o el índice de Piguet: altura (peso + perímetro torácico).



Otro autor, Sheldon, formuló una nueva tipología, aunque equivalente a la de Kretschmer, en la que se diferenciaba entre endomorfos, ectomorfos y mesomorfos, atribuyéndoles respectivamente los temperamentos viscerotónico, cerebrotónico y somatotónico, de los cuales, los dos primeros son análogos a los temperamentos ciclotímico y esquizotímico, respectivamente. Además, caracterizó al somatotónico por la tendencia al esfuerzo y a la actividad enérgica, al viscerotónico por la laxitud y la complacencia y al cerebrotónico por las tendencias introvertidas e intelectuales. Los resultados de algunos estudios mostraron que la psicosis maniaco-depresiva se asociaba con el tipo endomorfo, la esquizofrenia con el ectomorfo y la paranoia con el mesomorfo (Eysenck, 1970).

De todas las tipologías, las de Kretschmer y Sheldon han sido, sin duda, las más influyentes. La de este último, en particular, resulta interesante porque introduce una concepción dimensional, pues considera que el tipo corporal es el resultado de la influencia de los tres componentes en que se basa su clasificación, y utiliza una escala de 1 a 7 para describir la importancia de cada uno de estos componentes en la determinación de la constitución física total; así, el tipo 711 corresponde a una persona con dominancia del componente endomorfo y ausencia de los componentes mesomorfo y ectomorfo. En teoría, por tanto, existen 343 posibilidades de combinación de estos componentes, aunque Sheldon informa que únicamente ha encontrado 76 en la realidad. Otros índices introducidos por Sheldon son el índice “d”, que se refiere al grado de inconsistencia en la mezcla de los tres componentes básicos en diferentes regiones del cuerpo; el índice “q”, que señala el grado en que una constitución física presenta rasgos asociados ordinariamente con el sexo contrario; y el índice “t”, que se refiere a variaciones textuales.

Otros investigadores, como Ekman, se interesaron por la posibilidad de reducir la tipología tridimensional de Sheldon a una bidimensional. Todos ellos llegaron, a partir de sus análisis de correlaciones, a la conclusión de que era posible limitar las dimensiones básicas a dos, puesto que el tipo endomorfo y el mesomorfo no aparecían como factores independientes sino como manifestaciones puestas de un mismo factor.

La línea de investigación en este campo, fundamentada en el análisis factorial de medidas corporales, se diferencia, principalmente por el uso de datos empíricos, de la intuitiva y, en gran parte, subjetiva, de Sheldon y sus predecesores. Eysenck (1970) destaca en esta área de la antropometría a Spearman (1927).

Los factores más contrastados empíricamente permiten representar esquemáticamente el cuerpo humano como un rectángulo que puede describirse a partir de las medidas de altura y anchura. Un índice que se deriva de estas medidas puede ser, por ejemplo, la multiplicación de la altura por la anchura.



Eysenck (1947) supuso que los introvertidos altos en neuroticismo (distímicos) deberían tener mayor tendencia al tipo endomorfo que los extrovertidos altos en neuroticismo (histéricos) y obtuvo resultados que coincidían con sus predicciones.

Los estudios sobre la relación entre constitución física y temperamento han proliferado, como se ha visto, desde los inicios de las investigaciones sobre la personalidad. Una de las características de la evolución histórica de esos estudios, como de la psicología de la personalidad en general, ha sido el progresivo abandono de las concepciones categoriales y su sustitución por las dimensionales. Los representantes más destacados de las teorías dimensionales de la personalidad han sido J.P. Guilford, R.B. Cattell y H.J. Eysenck. Tienen en común que ofrecen sistemas descriptivos generales de la personalidad basados en el análisis factorial, es decir, que intentan detectar todos los ámbitos de la conducta y mostrar la estructura y dependencia recíproca de las dimensiones descritas. Les diferencia, no obstante, su mayor o menor tendencia a limitarse a un enfoque puramente empírico del problema o a recurrir a la formulación de teorías explicativas y, por tanto, a la proposición de mecanismos fundamentalmente biológicos de la personalidad.

Los trabajos de Heymans y Wiersma fueron continuados por la escuela de Spearman.

Teorías de Cattell, Eysenck y Gray

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 persecución 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.



Neuroticismo y ansiedad

Como Cattell, H.J. Eysenck también desarrolló su teoría de la personalidad y, en particular, su concepto de ansiedad, a partir de estudios factoriales. El factor de neuroticismo (N), de Eysenck, y la ansiedad comparten algunas características semejantes, pero hay otras que los diferencian. Puede haber individuos altos en N, pero no altos en ansiedad. No obstante, probablemente son más las similitudes entre ambos constructos que las diferencias.

N se relaciona con la intensidad de las respuestas emocionales, las cuales se reflejan en la activación del sistema nervioso autónomo (SNA). Por tanto, una manera de estudiar el neuroticismo es a través de las respuestas del SNA. Una de éstas es el reflejo de orientación. Ante un estímulo se produce una clase de respuestas en el organismo que facilitan su percepción: la mirada se orienta hacia el lugar de donde procede, se activan zonas del sistema nervioso encargadas de procesarlo, etc. Estas respuestas tienen componentes tanto observables como no observables directamente. Uno de estos últimos, que sólo puede ser observado mediante instrumentos adecuados, es el descenso de la resistencia eléctrica de la piel. Éste se produce como consecuencia de una mayor sudoración, resultante de la activación del SNA, que hace que la piel ofrezca menor resistencia al paso de una corriente eléctrica. A menor resistencia, mayor respuesta de orientación. Se ha comprobado que las personas con alto N manifiestan respuestas de orientación de mayor magnitud. Esta característica hace que sean más distraíbles y perturbables, puesto que señales de baja intensidad en el ambiente son suficientes para provocar su reflejo de orientación. Están más alerta ante los estímulos del entorno que las personas con bajo N.

Teoría del arousal

Además de describir las características asociadas con el neuroticismo y la ansiedad, H.J. Eysenck se ocupó de formular teorías para explicarlas. En 1967 propuso la que se denomina “teoría del arousal”. Según ésta, las dos principales dimensiones de la personalidad (extroversión y neuroticismo) tienen base biológica, como se comentaba anteriormente, en las estructuras del sistema nervioso a saber, la extroversión en el sistema reticular activador ascendente (SRAA) y el neuroticismo en el sistema límbico (SL). El SRAA es una estructura nerviosa que se encuentra en el tronco del encéfalo, que recibe proyecciones procedentes de las vías sensoriales y que proyecta otras sobre la corteza cerebral. Su función consiste en enviar impulsos a la corteza para activarla y facilitar el procesamiento que ésta hace de las señales sensoriales que también recibe. Se trata de un sistema de activación relacionado con los ritmos sueño-vigilia. Las personas con baja extroversión (introvertidas), se caracterizan por umbrales de activación menores en el SRAA que aquellas con alta extroversión. Esto es, su SRAA se pone en marcha y activa la corteza cerebral ante estímulos de baja intensidad, mientras que las personas extrovertidas precisan que éstos sean mayores para activar su SRAA y para que éste, en consecuencia, envíe señales de activación a la corteza cerebral.

Esas diferencias biológicas están en la base de las distintas personalidades de unos y otros. Existe una relación entre activación y rendimiento que tiene forma de U invertida, fenómeno que se conoce como ley de Yerkes-Dodson, la cual sostiene que para cada tarea existe un nivel óptimo de activación en el que se obtiene el máximo rendimiento, por encima y por debajo del cual éste empeora. Las tareas fáciles tienen un nivel óptimo de activación superior al de actividades complejas. Se necesita más activación para encontrar la motivación necesaria que permita realizar una tarea fácil; en cambio las difíciles requieren más tranquilidad para su afrontamiento.

En relación con la personalidad, los individuos introvertidos están crónicamente más activados que los extrovertidos, debido a los menores umbrales de su SRAA, es decir, se encuentran de manera natural muy cerca de su nivel óptimo de activación. Esta característica los impele a evitar situaciones de estrés o activadoras, en razón de que éstas deterioran su rendimiento pues sobrepasan su óptimo de activación. En cambio, las personas extrover-



tidas se encuentran crónicamente subactivadas y buscan situaciones estimulantes que les lleven cerca de dicho óptimo. La interacción social es una de las situaciones que generan mayores niveles de activación; en consecuencia, las personas introvertidas prefieren actividades que puedan ser realizadas en aislamiento, prefieren leer que ir a fiestas, etc. Los extrovertidos buscan estimulación y encuentran ésta muchas veces en la relación social. También son dados a actividades de riesgo, búsqueda de sensaciones, etcétera.

La base biológica del neuroticismo, como se decía anteriormente, se encuentra en el sistema límbico (SL), estructura nerviosa directamente relacionada con la experiencia de las emociones. El temor, así como la ansiedad, tienen su origen en el funcionamiento del SL. Las personas altas en N se caracterizan por necesitar umbrales de estimulación menores que las personas bajas en N para activarla. En consecuencia, situaciones que a una persona baja en N no le producirían temor o ansiedad, pueden hacer que una persona alta en N sí las experimente. El SRAA y el SL son sólo parcialmente independientes, puesto que existen conexiones entre ambos, lo cual permite que el SL también pueda producir activación cortical. Sin embargo, su principal efecto es la activación del sistema nervioso autónomo (SNA).

La línea explicativa de Eysenck, basada en la apelación a mecanismos del nivel biológico, ha hecho que proliferen estudios en los que se ha sometido a prueba empírica mediante la utilización de variables psicofisiológicas. Algunas de estas investigaciones han empleado medidas centrales, como la actividad electroencefalográfica (EEG) o los potenciales evocados, mientras que otras han estudiado medidas autonómicas como la tasa cardíaca, la actividad electrodermal, etcétera.

También se han estudiado otros indicadores del arousal, aunque en menor medida que los anteriores. Por ejemplo, la dilatación de la pupila, donde ante la presentación de un estímulo luminoso, normalmente se produce una contracción de la pupila de origen parasimpático, seguida por una lenta dilatación causada por la actividad simpática. Se ha observado una más lenta contracción pupilar de los extrovertidos, que ha sido interpretada como indicadora de un menor arousal que en los sujetos introvertidos.

Asimismo, se ha observado que la dilatación pupilar previa a la estimulación es mayor en los introvertidos, al igual que la que se produce tras la presentación de estímulos auditivos, tanto neutros como cargados emocionalmente.

Gray

Gray (1982) propuso una teoría de la personalidad semejante a la de Eysenck, al considerar dos dimensiones básicas de personalidad, que corresponden a las diagonales del modelo de Eysenck, es decir, ansiedad e impulsividad. En el modelo de Gray, las personas con elevada ansiedad son aquellas que en el de Eysenck puntúan alto en N y bajo en E, mientras que las bajas en ansiedad son bajas en N y altas en E. Las personas muy impulsivas son altas en N y en E; y las poco impulsivas son bajas en N y en E. Es decir, las dimensiones más importantes de la personalidad corresponden, según Gray, a una rotación de 45° de los ejes del modelo de Eysenck. Esta nueva consideración de las dimensiones fundamentales de la personalidad permitía predecir mejor, argumentaba Gray, el resultado de algunos experimentos de aprendizaje animal y fisiología.

Pueden distinguirse dos etapas en la evolución de la teoría de Gray. Una inicial, muy cercana a Eysenck y otra más distanciada. Gray partió de la observación de que los barbitúricos y el alcohol tenían efectos similares a la extroversión, así como efectos específicos en estudios de aprendizaje, particularmente en paradigmas de castigo y de extinción de conductas, que no se producían en paradigmas de reforzamiento positivo o evitación activa. Efectos análogos se observaban en las lesiones del hipocampo y del área septal medial. En consecuencia, supuso que las estructuras neuroanatómicas relacionadas con la extroversión eran, además del SRAA, las que forman el que denominó sistema septohipocámpico (SSH).

Con todo ello reformuló el concepto de introversión-extroversión como dimensión de susceptibilidad al castigo (a mayor introversión, mayor susceptibilidad al castigo), y neuroti-



cismo como la susceptibilidad a todo tipo de reforzamiento (tanto a la recompensa como al castigo). Por consiguiente, la mayor susceptibilidad al castigo debería presentarse en los individuos con alta introversión y alto neuroticismo, y la mayor susceptibilidad a la recompensa en los sujetos con alta extroversión y alto neuroticismo.

Si en esta primera formulación la teoría de Gray mantenía los factores de E y N como dimensiones básicas, más adelante propuso las de ansiedad e impulsividad como fundamento alternativo de la personalidad. Estas dimensiones se encontraban desviadas 45 grados con relación a las de Eysenck y se vinculaban con estructuras neuroanatómicas propias, así como con constructos hipotéticos de carácter psicológico: el sistema de inhibición conductual (SIC) para la ansiedad y el sistema de activación conductual (SAC) para la impulsividad. El SIC se pondría en marcha ante señales de castigo o de no recompensa y estímulos nuevos y ejercería su influencia en tres niveles: conductual, cognitivo y fisiológico, en los cuales inhibía la conducta, incrementaba la atención y aumentaba la activación cortical. Algunas de estas funciones se han detectado en el SSH, y se supone que los fármacos ansiolíticos influyen sobre esta estructura disminuyendo su actividad.



En la base de la ansiedad se encuentra un sistema que responde a las señales de castigo o de falta de recompensa, mientras que en la de la impulsividad radica un sistema que responde a las señales de recompensa. El primero de ellos se encarga de inhibir la conducta ante aquellos tipos de señales, así como de activar el SNA, función que corresponde al sistema septo-hipocámpico (SSH). La susceptibilidad a la recompensa depende fisiológicamente del haz anteromedial cerebral y del hipotálamo lateral, que se encargan de las conductas de exploración.

Algunos estudios experimentales se ajustan mejor a la teoría de Gray, pero otros respaldan la de Eysenck. En realidad no son teorías contradictorias, sino complementarias, puesto que prestan atención a aspectos diferentes del comportamiento. La impulsividad, por ejemplo, predice mejor la condicionabilidad del sujeto que la extroversión; pero ésta pronostica de manera más acertada que aquella algunos aspectos del comportamiento social.

Ansiedad clínica

En el punto anterior se trató la ansiedad como componente de la personalidad normal. En éste se describirá la ansiedad patológica.

A la psicopatología le interesa el estudio de la ansiedad como entidad clínica, es decir, los trastornos por ansiedad, pero como ciencia básica debe ocuparse también de los modelos de la ansiedad que se han formulado desde esos enfoques diferentes. Por lo tanto, se pueden diferenciar dos niveles de análisis. El primero de ellos es descriptivo. El segundo es explicativo, y comprende modelos de la ansiedad patológica procedentes de diferentes sistemas de investigación, de los cuales se hablará más adelante.

Los trastornos por ansiedad son uno de los motivos de consulta más frecuentes en los centros de salud mental. Diversas encuestas muestran que hasta una tercera parte de los adultos sufren molestias debido a dichos trastornos. Esta proporción varía, en diferentes grupos de población; por ejemplo, hay menos incidencia entre los hombres que entre las mujeres, entre las clases de nivel económico alto que entre las de escasos recursos económicos, y entre los jóvenes que entre las personas de edad avanzada.



La ansiedad patológica se asocia frecuentemente con las exigencias que plantea la sociedad urbana actual: con alto nivel de competitividad, hacinamiento, urgencia, contaminación, ruido. Los remedios cotidianos que se aplican para combatir la ansiedad son múltiples y variados, desde el ejercicio físico hasta los psicofármacos, pasando por una amplia lista de remedios-placebo como colgantes, aparatos que “generan ondas” para conciliar el sueño, etcétera.

Signos y síntomas en los trastornos de ansiedad

A partir de la forma en que se manifiestan los síntomas y signos que las caracterizan, es posible distinguir básicamente dos tipos de ansiedad patológica: una, en la que la sintomatología aparece de manera súbita, en forma de crisis, y otra en la que surge de forma más gradual y duradera. En la primera de ellas, el paciente siente el brusco e intenso temor de que algo malo le va a suceder de modo inmediato. Tal experiencia subjetiva puede expresarse de diversos modos: miedo a enloquecer, a marearse y perder el conocimiento o incluso a morir. El temor a marearse, desmayarse o perder el control de alguna otra manera conlleva el miedo de que la crisis pueda producirse en circunstancias donde no sea posible recibir ayuda, o a que otras personas sean testigos de esta situación de debilidad, lo que puede facilitar el desarrollo de una agorafobia (más adelante se describirá con detalle este trastorno). Otras personas tienen la desagradable sensación de que algo se ha modificado en su cuerpo o en el entorno. Junto con este componente cognitivo aparecen síntomas de activación vegetativa en diferentes sistemas: cardiovascular, respiratorio, digestivo, muscular, etc., que son interpretados como extremadamente desagradables y que refuerzan la creencia del sujeto sobre la gravedad de su situación. La duración de las crisis varía de unos individuos a otros y en uno mismo en diferentes momentos. En algunos, los periodos entre las crisis son asintomáticos, mientras que en otros permanece un fondo de ansiedad crónico. Esta forma de aparecer guarda cierta similitud con la evolución fásica de los cuadros de depresión mayor, y llama la atención el hecho de que ambos trastornos responden a un mismo tipo de psicofármacos antidepressivos. La tabla 7.1 muestra los síntomas más frecuentes en las crisis de pánico según Aronson y Logue (1988).

Tabla 7.1 Síntomas más frecuentes en las crisis de pánico (de Aronson y Logue, 1988)

Aturdimiento	76.1%
Irritabilidad	71.7%
Nerviosismo	71.7%
Taquicardia	71.7%
Disnea	65.2%
Palpitaciones	60.9%
Oleadas de calor	60.9%
Temblor	58.7%
Desrealización	58.7%
Miedo a morir	58.7%
Síntomas depresivos	58.7%
Hiperventilación	56.5%
Desmayo	56.5%
Sensación de volverse loco	50.0%



Otro tipo de ansiedad patológica se manifiesta de manera menos intensa, pero la sintomatología se mantiene de forma persistente en el tiempo. Como en la ansiedad que se presenta en crisis, la de carácter crónica tiene componentes cognitivos y vegetativos. La preocupación exagerada, vaga e indefinida, la hipervigilancia sobre el medio y la tensión motora se mantienen en niveles percibidos como desagradables durante largos periodos.

Las manifestaciones somáticas se destacan entre los signos y síntomas de los diferentes tipos de ansiedad. El sistema cardiovascular suele presentar taquicardia, palpitaciones y opresión precordial. El respiratorio, dolores torácicos que a veces se extienden hacia el brazo izquierdo, así como sensaciones subjetivas de dificultades respiratorias que pueden llevar a complicaciones hiperventilatorias, debido a la aceleración de la frecuencia respiratoria que se produce con la finalidad de compensar la supuesta insuficiencia. En el sistema gastrointestinal puede producirse tanto sequedad de boca como salivación incrementada, espasmos faríngeos o esofágicos, flatulencia y, alternativamente, diarreas y estreñimientos. Son frecuentes también los síntomas neurológicos, como dolores y temblores. El aparato urinario puede presentar poliurias y dolores pelvianos. En la piel se detecta una intensa sudoración y ruborización. En cada paciente suelen predominar característicamente los síntomas correspondientes a algún o algunos de estos síntomas. La sintomatología descrita suele estar acompañada por signos como la inquietud motora. Además, no es rara la elevación transitoria de la tensión arterial. A nivel bioquímico se detectan elevaciones de cortisol, adrenalina y noradrenalina en sangre. Las exploraciones físicas complementarias adquieren una importancia fundamental cuando se formulan hipótesis diagnósticas que hacen pensar en un posible trastorno por ansiedad, puesto que otras enfermedades se manifiestan con signos y síntomas muy semejantes. Esta manera de proceder es especialmente necesaria cuando quienes padecen estas características tienen más de 35 años, y en los casos donde no hay antecedentes familiares de este tipo de trastornos. Si no se descartan adecuadamente estas posibles causas ligadas a condiciones médicas generales, puede condenarse al paciente a recibir tratamientos, ya sea psicológicos o farmacológicos, que, en el mejor de los casos, serán absolutamente ineficaces, mientras que en otros, producirán perjuicios importantes que hubieran sido fácilmente evitables mediante sencillas exploraciones complementarias previas al diagnóstico.

La exploración física complementaria debe incluir, al menos, un análisis de sangre completo, análisis de orina, función renal y hepática, pruebas de función tiroidea y un electrocardiograma.

Las principales enfermedades que pueden provocar sintomatología ansiosa son: los trastornos tiroideos o paratiroideos, la hipoglucemia y diferentes cardiopatías. Aunque es frecuente no comprobar los niveles de hormonas tiroideas si no aparecen otros síntomas o antecedentes que puedan hacer pensar en una patología de tiroides, la práctica más recomendable es realizar siempre esta determinación de niveles. Para descartar una tiroidopatía, el paciente debe someterse únicamente a una simple extracción de sangre, por lo que es poco justificable excluir esta prueba.

En pacientes diabéticos pueden producirse descensos de hasta 40 mg/100 ml de glucemia (glucosa en sangre), suficientes para provocar la aparición de crisis de pánico. Para descartar que la causa de la ansiedad sean estos descensos, debe determinarse la glucemia, de ser posible durante una crisis. En general, en cardiopatías como las arritmias y la taquicardia paroxística supraventricular la frecuencia cardíaca suele ser superior a 140 pulsos por minuto, valor que no se alcanza durante las auténticas crisis de pánico; por otro lado, la taquicardia supraventricular no es afectada por la relajación inducida o por fármacos ansiolíticos, y presenta un electrocardiograma típico. También los episodios de insuficiencia coronaria pueden confundirse con crisis de pánico (en este caso el riesgo que entraña un error en el diagnóstico es evidente).

Otros procesos en los que se produce sintomatología ansiosa secundaria son los síndromes de abstinencia, algunos fármacos, el comienzo de algunas infecciones, la anemia aguda posthemorrágica, el embolismo pulmonar, la retención urinaria y el cafeísmo.



En la ansiedad que se presenta ante estímulos fóbicos se encuentran características semejantes a las que aparecen en las crisis por pánico, tanto en sus aspectos cognitivos como en los somáticos. Al igual que sucede en los restantes trastornos por ansiedad, esta vivencia subjetiva se expresa con grandes diferencias individuales. Algunas de las personas con trastornos fóbicos pueden tener sensaciones de desrealización o despersonalización, si bien suelen ser breves y la falta de criterios unívocos para definirlos, hace que sus porcentajes de incidencia varíen mucho según los autores. Otros enfermos no se caracterizan tanto por el temor ante amenazas a la propia integridad física como por sentimientos de vergüenza y de lesión al amor propio (por ejemplo, en las fobias relacionadas con algún defecto físico, o a hablar en público). El sujeto que lo padece tiene conciencia de que su miedo es exagerado o irracional, desproporcionado en relación con el riesgo real que representa el estímulo o la situación. A pesar de ello, no lo puede controlar mediante la sola voluntad.

Otra característica fenomenológica de estos trastornos es la intensa tendencia a escapar de la situación fóbica y a evitarla por todos los medios. Ello puede conducir a un deterioro significativo en las áreas laboral, social o familiar, aunque el sujeto llega a desarrollar estrategias que reducen la reacción fóbica a límites tolerables (hacerse acompañar por alguien o por un animal, llevar un bastón, bolsas, etcétera.).

Clasificación DSM IV

En la sección sobre trastornos por ansiedad del DSM IV se distinguen 12 subtipos: producido por pánico sin agorafobia, por pánico con agorafobia, agorafobia sin antecedentes de crisis de pánico, fobia específica, fobia social, trastorno obsesivo-compulsivo, por estrés post-traumático, por estrés agudo, por ansiedad generalizada, por ansiedad debido a una condición médica general, por ansiedad inducida por droga o tóxico y por ansiedad no especificada.

Dos trastornos adicionales son clasificados en otros apartados: el de ansiedad por separación, incluido entre los trastornos diagnosticados habitualmente por primera vez en la infancia, niñez o adolescencia, y la evitación fóbica limitada al contacto genital con una pareja sexual, clasificado entre los trastornos sexuales.

Algunas manifestaciones ansiosas fueron ya descritas por Hipócrates con el término de histeria, pues atribuía su causa a las migraciones del útero, que comprimía los vasos aferentes del cerebro. Otras descripciones posteriores son las de Burton, en el siglo XVII, y de Boissier de Sauvage, en los siglos XVII y XVIII. En el siglo XIX se realizó una gran cantidad de descripciones de diferentes trastornos neuróticos y de intentos clasificatorios, como el de Morel, en 1860, quien reúne las fobias y otras neurosis en la categoría de *délire émotif*. El término neurastenia fue acuñado por Beard en 1868 para referirse a pacientes ansiosos, depresivos no psicóticos, fóbicos y obsesivos. En 1870 Benedikt describió un cuadro agorafóbico, al que denominó "mareo en lugares públicos". Al año siguiente, Westphal definió ese cuadro como el miedo a la imposibilidad de encontrar ayuda en caso de enfermedad o indisposición imprevista en múltiples situaciones. En 1892, Oppenheim describe la neurosis traumática; dos años más tarde Freud explica la neurosis de ansiedad, y en 1896 Kraepelin establece la categoría de neurosis psicógenas, en la cual incluyó a la psicosis epiléptica, la psicosis histérica y la neurosis traumática.

Ya en nuestro siglo, el sistema clasificatorio propuesto en el *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales* distinguiría, en su primera edición (APA, 1952), entre dos tipos básicos de trastornos por ansiedad: la reacción de ansiedad y la reacción fóbica. Posteriormente, el DSM-II (APA, 1968) subdivide los trastornos por ansiedad en ocho tipos de neurosis (de ansiedad, histérica, fóbica, obsesivo-compulsiva, depresiva, hipocondriaca, de despersonalización y neurasténica). En las décadas de 1960 y 1970 cobra fuerza en Estados Unidos el denominado movimiento neokraepeliniano; en este contexto aparecen los criterios diagnósticos operativos, primero con objetivos de investigación y que, a continuación, serían adoptados con finalidad clínica.



En el DSM-III (APA, 1980), se abandona el término neurosis, dado que presenta connotaciones etiológicas no comprobadas, y se introducen criterios diagnósticos operativos para los diferentes trastornos. Las anteriores neurosis son ahora distribuidas en diferentes categorías: las neurosis fóbicas, de ansiedad y obsesivo-compulsiva son agrupadas en la categoría de trastornos por ansiedad junto con un cuadro añadido que es el estrés postraumático. La neurosis depresiva pasa al grupo de los trastornos afectivos. Aparecen tres nuevas categorías: los trastornos somatoformes y los disociativos, donde se incluyen las anteriores neurosis histérica e hipocondríaca, y los trastornos adaptativos con ánimo ansioso.

En 1987 aparece la edición revisada del DSM-III, que redujo los criterios de exclusión y realizó algunos cambios en los criterios diagnósticos. En la categoría general de trastornos por ansiedad incluyó el trastorno por angustia (también denominado trastorno por pánico), con o sin agorafobia, la agorafobia sin crisis de pánico, la fobia social, la fobia simple, el trastorno obsesivo-compulsivo, el trastorno por estrés postraumático y la ansiedad generalizada. Persistieron prácticamente sin modificaciones los trastornos somatoformes y los disociativos, así como el trastorno adaptativo. Además, se incorporó en esta edición revisada el trastorno orgánico de ansiedad.

Como consecuencia de diferentes revisiones y estudios, en el DSM IV (APA, 1994) se realizaron nuevas modificaciones, esta vez, al DSM III-R. Algunos de estos cambios afectaron al diagnóstico del trastorno por pánico sin agorafobia. Así, mientras que en el DSM III-R se requerían al menos cuatro crisis en un plazo de cuatro semanas, o una crisis seguida de miedo persistente a sufrir otro ataque que se mantenía durante un mes, en el DSM IV se estableció la necesidad de crisis recurrentes no esperadas, acompañadas de un mes o más de preocupación acerca de la posibilidad de sufrir nuevos ataques o sobre sus implicaciones, o bien un cambio significativo en el comportamiento. Por otro lado, el DSM III-R describía el suceso provocador de estrés del trastorno por estrés postraumático como “fuera del rango de la experiencia humana normal”. Esta frase ha sido eliminada en el DSM IV puesto que incide negativamente sobre la fiabilidad de las clasificaciones; en cambio, se requiere que la respuesta al suceso provocador de estrés implique miedo intenso, desesperanza u horror. Asimismo, se ha incluido un criterio que requiere que los síntomas causen un deterioro clínico significativo, y se especifican los tipos agudo y crónico en función de la duración de los síntomas.

Otras novedades del DSM IV son la inclusión, entre los tipos de trastorno por ansiedad, del trastorno por estrés agudo, que también se encuentra en el ICD-10 (clasificación de la Organización Mundial de la Salud); el trastorno por ansiedad excesiva en la niñez queda incluido en el DSM IV en el trastorno por ansiedad generalizada. En este último, además, se requiere ansiedad y preocupación excesiva, en contraste con el DSM III-R, que requería preocupaciones no realistas. Además, el sujeto debe encontrar que tal preocupación es difícil de controlar, y se ha reducido la lista de 18 síntomas presentes en el DSM III-R a seis. El trastorno orgánico de ansiedad aparece ahora entre los trastornos por ansiedad en el DSM IV, para facilitar el diagnóstico diferencial, distinguiéndose las categorías de trastorno de ansiedad debido a una condición médica general y trastorno de ansiedad inducido por la administración de alguna sustancia.

Con respecto a la ansiedad que aparece en las fobias, entre los antecedentes históricos inmediatos de su estudio se encuentra Benedickt, quien en 1870 describió un cuadro agorafóbico al que denominó “mareo en lugares públicos”. En 1871 Westphal describió también tres casos de agorafobia, definiéndola como el miedo a la imposibilidad de encontrar ayuda en caso de enfermedad o indisposición imprevista. A principios del siglo xx tuvieron cierta difusión los estudios de algunos autores franceses que intentaron distinguir entre diferentes trastornos clínicos en los que podían encontrarse manifestaciones fóbicas. Pitres y Regis, en 1902, reconocieron dos clases de fobias: la difusa y la especial o sistemática (este último tipo se caracterizaba por la focalización en objetos específicos, cosa que no ocurría en la fobia difusa); por otro lado, pensaban que las fobias y las obsesiones no eran condiciones diferentes sino dos grados de un mismo trastorno.



Pese a que años antes (en 1895), Freud ya había propuesto que las fobias y las obsesiones son fenómenos distintos, y a que en el análisis del caso “pequeño Juan”, en 1909, aisló dentro de las neurosis la fóbica, denominada posteriormente histeria de angustia, la idea de la identificación de las fobias con las obsesiones se mantendría vigente durante bastante tiempo. Así ocurría en el manual de Kraepelin (1913), y también Bleuler (1920) incluiría las fobias bajo el título de neurosis obsesiva. No sería hasta la aparición de la clasificación ICD (Clasificación Internacional de Enfermedades) de la OMS (Organización Mundial de la Salud), en el año 1947, que se reconocería mayoritariamente la pertinencia de distinguir las fobias como una etiqueta diagnóstica propia.

La primera edición del *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales* (APA, 1952), diferencia la reacción fóbica de la reacción de ansiedad, si bien en ambas se encuentra la característica común de la sintomatología ansiosa. En el DSM II (APA, 1968), los trastornos fóbicos (con el nombre de neurosis fóbica) se incluyen entre los diferentes tipos de neurosis. Tras un intervalo de 12 años aparecería el DSM III, en el que se distinguirían diferentes clases de trastornos fóbicos: la agorafobia, la fobia social y la fobia simple. Durante el tiempo que medió entre la segunda y la tercera ediciones de los manuales de la APA aparecieron trabajos que influirían en esa tendencia a la subdivisión de las fobias; entre ellos se encuentran el de Marks (1969), que distinguió entre agorafobia, fobia social, fobia animal y otras fobias específicas, y el de Torgersen (1979), quien encontró mediante análisis factorial cinco tipos de miedos: miedo de separación, miedo a animales, miedo a la mutilación, miedos sociales y miedos a estímulos de la naturaleza (repare el lector en la estrecha relación existente entre esta clasificación de miedos y la clasificación de las fobias que propone el DSM IV). En 1988 apareció el DSM III-R, en el que se distinguen dos tipos de agorafobia: con o sin crisis de pánico, y se mantienen las categorías correspondientes a la fobia social y la fobia simple.

Los diferentes tipos de alteraciones fóbicas son incluidos en la cuarta versión del *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales* (DSM-IV, APA, 1994) entre los trastornos por ansiedad. Según este sistema clasificatorio los tipos de fobia son: la *agorafobia*, que puede presentarse con o sin historia de trastorno por pánico, las *fobias específicas* y la *fobia social*.

Trastorno por pánico sin agorafobia

Para diagnosticar este trastorno deben producirse crisis de pánico recurrentes e inesperadas (una crisis de pánico consiste en un periodo limitado durante el cual el paciente sufre un miedo intenso acompañado por síntomas somáticos o cognitivos).

No existe en el DSM IV un código específico para las crisis de pánico, sino para diferentes trastornos en los que se producen tales crisis: trastorno por pánico con agorafobia, fobia social, fobia específica, trastorno por pánico sin agorafobia y trastorno por estrés agudo.

Una crisis de pánico consiste en un periodo limitado durante el cual el paciente sufre un miedo intenso acompañado por, al menos, cuatro de una lista de 13 síntomas somáticos o cognitivos: palpitaciones o ritmo cardíaco acelerado, sudoración, temblor o sacudidas, falta de aliento o sensación de ahogo, sofocación, dolor o molestias precordiales, náuseas o molestias abdominales, mareo o sensación de inestabilidad o de pérdida de conciencia, sentimientos de desrealización o despersonalización, miedo a perder el control o a enloquecer, miedo a morir, parestesias y escalofríos

Estos síntomas aparecen bruscamente y alcanzan el nivel de mayor intensidad durante los primeros 10 minutos. Para diagnosticar el trastorno por pánico (ya sea con o sin agorafobia) se requiere que la crisis se produzca de manera inesperada, sin relación aparente con ningún desencadenante situacional. Las crisis que se producen casi invariablemente ante señales situacionales específicas (o ante su anticipación) son características, en cambio, de las fobias sociales o específicas.



Al menos uno de los ataques debe haber sido seguido, durante un mes por lo menos, por preocupación persistente respecto de la posibilidad de sufrir nuevos ataques, preocupación por las implicaciones o consecuencias de los ataques, o un cambio significativo en el comportamiento.

No se diagnostica este trastorno si va acompañado por agorafobia; tampoco si las crisis son debidas a drogas o abusos de medicamentos, a alguna condición médica general (como el hipertiroidismo), o si otro trastorno mental puede dar cuenta de ellas (por ejemplo, una fobia, un trastorno obsesivo compulsivo, un trastorno por estrés postraumático o un trastorno de ansiedad por separación).

Aproximadamente 60% de las personas con este trastorno recibe también el diagnóstico de trastorno depresivo mayor. Otra complicación frecuente es la aparición de dependencia a sustancias como el alcohol o medicamentos autoadministrados. Por lo demás, el curso se caracteriza por una edad de aparición entre la adolescencia y la tercera década, los casos en que el trastorno se inicia más allá de los 45 años son raros y, en general, el trastorno evoluciona hacia una agorafobia durante el primer año desde el inicio de los ataques.

Trastorno por pánico con agorafobia y agorafobia sin historia de crisis de pánico

La característica principal de la agorafobia es la ansiedad ante situaciones en las que sea difícil o embarazoso escapar, o en las que no sea posible recibir ayuda en caso de sufrir una crisis de pánico o síntomas similares a los que se producen en estas crisis. Las situaciones típicas ante las que se presenta agorafobia son estar solo lejos de casa, entre una multitud, sobre un puente, en un ascensor o en autobús, tren o automóvil en movimiento. Estas situaciones son evitadas en la medida de lo posible; si no hay más remedio que afrontarlas, el sujeto siente miedo muy intenso que puede reducirse notablemente si está acompañado.

En la tabla se muestran las principales situaciones evitadas por los sujetos con agorafobia y el porcentaje de individuos en los que se encuentran, a partir de un trabajo de Marks (1969), realizado con 900 personas agorafóbicas.

Para diagnosticar alguno de los dos tipos de agorafobia (con o sin historia de crisis de pánico), la evitación no debe limitarse a una o unas pocas situaciones, pues en tal caso se trataría de fobia específica, o de situaciones exclusivamente sociales (fobia social). También debe distinguirse del trastorno obsesivo compulsivo, en el cual, personas con obsesiones sobre contaminación pueden presentar por ejemplo, una intensa tendencia a evitar la suciedad. Por otro lado, los estímulos que se evaden no deben ser señales de (o estar relacionados de alguna manera con) un suceso traumático, como ocurre en el trastorno por estrés postraumático, ni con el abandono de hogar o la separación de familiares, como en el trastorno de ansiedad por separación.

Hablar en público	60%
Viajar en metro	50%
Viajar en tren	47%
Teatros	39%
Viajar en autobús	38%
Alturas	36%
Túneles	36%
Peluquero	31%
Ascensores	30%
Dentistas	28%
Multitudes	28%



Lugares abiertos	23%
Fiestas	21%

Los dos trastornos por ansiedad en los que se presenta la agorafobia son los provocados por pánico con agorafobia y la agorafobia sin historia de crisis de pánico. Para diagnosticar el primero, además de cumplirse los criterios de la agorafobia, deben producirse crisis de pánico recurrentes, una o más de las cuales debe ser seguida por un intervalo de, al menos, un mes con preocupación persistente acerca de la posibilidad de sufrir otras o de sus consecuencias, o un cambio significativo en el comportamiento. Estas crisis de pánico no deben ser consecuencia directa de los efectos fisiológicos de alguna sustancia ni producirse en el marco de otro trastorno mental.

En la agorafobia sin historia de crisis de pánico el temor no se produce ante la posibilidad de sufrirlas completas, sino de padecer las denominadas crisis de pánico limitadas. En éstas aparecen alguno o algunos de los síntomas descritos en las crisis de pánico, pero no se cumplen los criterios completos para diagnosticarla.

Además de considerar el trastorno por pánico con agorafobia, el diagnóstico diferencial debe tomar en cuenta las fobias sociales o específicas, el trastorno obsesivo compulsivo y el de ansiedad por separación de la manera indicada anteriormente. También debe descartarse el trastorno depresivo mayor, en el que el sujeto puede evitar salir de casa debido a apatía, pérdida de energía o anhedonia, y el trastorno delirante, en el que pueden originarse temores persecutorios. Asimismo, hay que diferenciar la evitación que aparece en la agorafobia sin historia de crisis de pánico, de la que se produce en ciertas condiciones médicas generales; en éstas, la evitación de determinadas situaciones es realista (por ejemplo, en algunas enfermedades generales, por temor a sufrir diarreas u otro tipo de síntomas que pueden resultar embarazosos).

El trastorno por pánico con agorafobia es diagnosticado con mayor frecuencia en mujeres que en hombres, y aproximadamente entre un tercio y la mitad de las personas con crisis de pánico son diagnosticadas también con agorafobia. La prevalencia de la agorafobia sin historia de crisis de pánico es mayor que la del trastorno por pánico con agorafobia, aunque se ha comprobado que al revisar el diagnóstico de sujetos con agorafobia sin crisis de pánico, mediante entrevistas estructuradas en un elevado número de casos, lo que se encuentra realmente son fobias específicas.

La agorafobia puede desarrollarse en cualquier momento, pero su inicio se presenta habitualmente durante el primer año de la ocurrencia de crisis de pánico repetidas. Su evolución en relación con el curso de las crisis de pánico es variable, pues mientras en algunos casos la disminución de la frecuencia de las crisis va acompañada de una reducción de la evitación agorafóbica, en otros la agorafobia deviene crónica, independientemente de la presencia o ausencia de las crisis de pánico.

Además de cumplirse los criterios de la agorafobia, deben producirse crisis de pánico recurrentes, una o más de las cuales debe ser seguida por un intervalo de, al menos, un mes con preocupación persistente acerca de la posibilidad de sufrir nuevas crisis o de sus consecuencias, o un cambio significativo en el comportamiento. Estas crisis no deben ser origen directo de los efectos fisiológicos de alguna sustancia ni producirse en el marco de otro trastorno mental.

Se ha observado que los parientes de primer grado de los pacientes con trastorno por pánico tienen una probabilidad hasta siete veces mayor de sufrir el mismo padecimiento que la población general, y estudios con gemelos indican que existe una contribución genética a su desarrollo.

Los datos epidemiológicos indican una prevalencia a lo largo de la vida entre 1.5% y 3.5%. El trastorno se ha encontrado en diferentes entornos culturales en todo el mundo, y con mayor frecuencia en mujeres que en hombres.



Fobia específica

La característica principal de las fobias específicas es el miedo intenso y persistente ante determinados objetos o situaciones. La exposición ante el estímulo fóbico provoca casi invariablemente respuestas inmediatas de ansiedad, cuya intensidad está relacionada con la proximidad o con la posibilidad de escapar. Aunque el sujeto reconoce que su miedo es excesivo o irrazonable (excepto en niños), el estímulo o la situación es activamente evitado siempre que sea posible. Es posible que el sujeto no deba enfrentarse en su vida cotidiana ante ese estímulo o situación (por ejemplo, miedo a volar de una persona que no debe realizar largos desplazamientos, o miedo a las serpientes de un individuo que vive en un entorno urbano), en cuyo caso no se diagnostica fobia específica, puesto que la evitación, miedo o anticipación ansiosa ante ese estímulo no interfiere significativamente con la actividad normal.



Existen cuatro tipos de fobias específicas en función del estímulo o situación fóbicos: animal, ambiental (por ejemplo, tormentas), sangre (se incluyen también los procedimientos médicos invasivos como las inyecciones), y situacional (por ejemplo, transportes públicos, túneles, puentes, ascensores, vuelo, conducción, lugares cerrados). En un quinto grupo se incluyen otros tipos de estímulos o situaciones fóbicas no recogidas en las categorías anteriores (por ejemplo, situaciones en las que exista la posibilidad de contagiarse de una enfermedad).

En muchos casos se presentan simultáneamente varios tipos de fobias, por lo que el diagnóstico debe especificar en que caso aparecen.

La frecuencia con que se presentan las fobias específicas en hombres y mujeres varía en función del tipo, aunque siempre son más frecuentes en mujeres; así, entre 75% y 90% de las personas con fobia animal, medioambiental o situacional son mujeres, y en la fobia a la sangre se encuentra entre un 55% y un 70% de mujeres. Se calcula que la prevalencia de la fobia a un año es de 9%, con tasas a lo largo de la vida de aproximadamente 10%.

La edad de inicio del trastorno también depende del tipo de fobia. La situacional presenta una distribución bimodal, con un pico en la niñez y otro a mediados de los 20 años. Las fobias medioambiental, animal y a la sangre aparecen habitualmente en la infancia. Los agentes iniciadores del trastorno suelen ser experiencias traumáticas (por ejemplo ser atacado por un animal), la observación de otras personas que sufren algún trauma o que demuestran temor, la transmisión de información (por ejemplo, mensajes repetidos de los padres que señalan el peligro a determinadas situaciones), o la experiencia de crisis de pánico ante lo que después se constituirá en estímulo fóbico.

Fobia social

En este tipo de fobia el temor está relacionado con una o más situaciones sociales en las que el sujeto se expone a ser observado por los demás y puede ser objeto de humillación o situaciones embarazosas. Como en los otros tipos de fobia, la persona reconoce que su miedo es excesivo o irracional, pero la exposición a la situación temida provoca casi invariablemente una respuesta inmediata de angustia. Tales circunstancias tienden a ser evitadas o son afrontadas con un intenso malestar, lo que provoca un deterioro significativo en las actividades habituales.

Las situaciones sociales ante las que se desarrolla la fobia pueden ser muy específicas (comer en público, escribir ante otras personas, etc.) o más generalizadas, las cuales son más frecuentes.



Pese a que en ediciones precedentes de los manuales de la APA se calificaba a la fobia social como un trastorno poco frecuente, en la actualidad este juicio ha sido reconsiderado. Se estima que puede afectar a 2% de la población general, sin distinciones entre ambos sexos, y es el segundo trastorno fóbico más frecuente tras la agorafobia.

A diferencia de lo que ocurre en la agorafobia, la evitación de las situaciones sociales en la fobia social suele ser parcial. El sujeto asiste a reuniones sociales, pero no inicia una conversación, no se sienta al lado de alguien desconocido, etc. Por otro lado, su contenido de pensamiento está relacionado con la opinión que se puedan formar de él otras personas, y no tanto con el miedo a sufrir crisis de pánico completas o limitadas como ocurre en la agorafobia. El curso de este trastorno es más estable que la agorafobia, en la que la intensidad de los síntomas acostumbra a ser fluctuante.

La preocupación excesiva acerca de la opinión que los demás puedan tener de uno es también una característica del trastorno de personalidad por evitación. No obstante, éste es padecido por un mayor porcentaje de varones que de mujeres, los déficits de habilidades sociales son más intensos y se inician ya en la infancia, mientras que los primeros síntomas de la fobia social tienen un comienzo más repentino en la adolescencia.

Trastorno obsesivo compulsivo

El individuo que padece de trastorno obsesivo-compulsivo (TOC) se ve atrapado en un esquema de pensamientos y conductas repetitivas que carecen de sentido y que son angustiantes y muy difíciles de vencer.

Durante muchos años se pensó que el TOC no era muy común, porque sólo una minoría de los pacientes que acudían a consulta tenían esta condición. El trastorno frecuentemente no era reconocido porque aquellos que lo padecían no buscaban tratamiento para así ocultar sus manías y pensamientos repetitivos. Esto llevó a subestimar el número de personas afectadas. Sin embargo, una encuesta efectuada a principios de la década de 1980 por el Instituto Nacional de Salud Mental (NIMH) —la dependencia federal que apoya investigaciones a nivel nacional sobre el cerebro, enfermedades mentales y salud mental en Estados Unidos— proporcionó nuevos conocimientos acerca de la prevalencia TOC. El sondeo mostró que el TOC afecta a más de 2% de la población, lo cual significa que es más común que otros trastornos como la esquizofrenia, el síndrome bipolar o el trastorno de pánico. El TOC afecta a personas de todos los grupos étnicos. Hombres y mujeres lo padecen por igual.

A pesar de que los síntomas del TOC típicamente empiezan en la adolescencia o en la edad adulta temprana, investigaciones recientes muestran que algunos niños desarrollan la enfermedad a edades más tiernas aún, durante los años preescolares. Los estudios indican que al menos una tercera parte de los casos de TOC en adultos empezó durante la niñez. El padecimiento durante las etapas tempranas del desarrollo de un niño puede causar problemas severos.

Obsesiones

Las obsesiones son ideas o impulsos no deseados que surgen repetidamente en la mente de la persona con TOC. Temores persistentes de que pueda ocurrirle algo malo a quien lo padece o a un ser querido, una preocupación sin razón de contaminarse, o una necesidad excesiva de hacer cosas correcta o perfectamente. Una y otra vez el individuo siente un pensamiento inquietante, tal como “mis manos deben de estar contaminadas, me las debo lavar”; “tal vez dejé el gas abierto” o “voy a causarle daño a mi hijo”. Estos pensamientos son intrusos desagradables y producen un alto nivel de ansiedad. A veces las obsesiones son de naturaleza violenta o sexual o están relacionadas con enfermedades.



Compulsiones

A raíz de sus obsesiones, muchas personas con TOC recurren a conductas repetitivas llamadas compulsiones, las más comunes son lavar y verificar. Otras conductas compulsivas incluyen contar (muchas veces a la vez que se realiza otra acción compulsiva tal como lavarse las manos), repetir, guardar y arreglar objetos reiteradamente de manera que estén en alineamiento preciso los unos con los otros. También es común repetir frases mentalmente o hacer listas. Estas conductas van encaminadas a defender a la persona con TOC o a otros contra algún daño. Algunos individuos afectados llevan a cabo rituales reglamentados de manera rigurosa, mientras que otros reiteran liturgias complejas y cambiantes. Desempeñar rituales puede darle a la persona con TOC algún alivio de ansiedad, pero sólo temporal.

A menudo, especialmente cuando no están sufriendo una obsesión, las personas con TOC pueden reconocer que éstas y sus compulsiones no son realistas. Otras veces pueden estar inseguras acerca de sus temores o creer profundamente en su validez.

Muchas personas con TOC luchan para desterrar sus pensamientos no deseados y obsesivos y para evitar caer en conductas compulsivas. Algunas pueden mantener sus síntomas obsesivos-compulsivos bajo control durante las horas de trabajo y escuela. Sin embargo, la resistencia puede debilitarse con el pasar de los meses o años y, llegado el caso, el trastorno puede agudizarse de tal manera, que los rituales que llevan tiempo pueden tomar posesión de la vida de los pacientes e impedir que continúen desempeñando actividades fuera del hogar.

Los que padecen de TOC tratan de ocultar su trastorno en lugar de conseguir ayuda. Muchas veces logran disimular sus síntomas obsesivo-compulsivos a sus amigos o colegas. Una consecuencia desafortunada de este secreto es que por lo general no reciben ayuda profesional hasta años después del comienzo de su enfermedad. Llegado este estadio, pueden haber aprendido a manejar sus vidas —y la vida de sus familiares— en torno a estos rituales.

Este trastorno tiende a perdurar años, incluso décadas. Los síntomas pueden disminuir de tanto en tanto, y mantenerse así por intervalos largos, pero para la mayoría de los individuos que lo padecen, la sintomatología es crónica.

Trastorno por estrés agudo

Los criterios para diagnosticar el trastorno por estrés agudo requieren de la exposición a un evento traumático en el que exista una seria amenaza a la integridad física de uno mismo o de otras personas, y que la respuesta ante tal evento implique un miedo intenso, desesperanza u horror. Durante el suceso o después de éste, el sujeto debe presentar al menos tres de los siguientes síntomas disociativos: sensación de insensibilidad, alejamiento o ausencia de respuesta emocional, reducción de la conciencia de sus circunstancias, desrealización, despersonalización y amnesia disociativa

La experiencia del suceso, por otra parte, reaparece de manera persistente ya sea a través de imágenes recurrentes, pensamientos, sueños, ilusiones, episodios retrospectivos o sensaciones de revivir la experiencia. Además, se encuentran síntomas intensos de ansiedad o de arousal elevado, tales como dificultad para dormir, irritabilidad, baja concentración, hipervigilancia, respuesta de alerta exagerada o inquietud motora.

Asimismo, debe existir un deterioro en áreas importantes como la social o la ocupacional, o un impedimento en las habilidades para obtener asistencia o para movilizar recursos personales.

Los criterios de duración de los síntomas requieren un mínimo de dos días y un máximo de cuatro semanas, así como su aparición no después de cuatro semanas tras el suceso traumático.



Trastorno por estrés postraumático

Cuando los síntomas descritos en el apartado anterior se mantienen durante más de un mes, debe considerarse el cambio del diagnóstico de trastorno por estrés agudo al de trastorno por estrés postraumático. El resto de criterios son similares.

El trastorno por estrés postraumático es un cuadro clínico que también se produce tras un acontecimiento extremadamente traumatizante (que suponga daño real o amenaza de la propia integridad física o de otras personas) ante el cual el sujeto responde con un miedo intenso, horror o desesperanza. Tal suceso es reexperimentado de manera persistente a través de imágenes o pensamientos sobre el mismo, sueños recurrentes, sensaciones de revivir la experiencia o a través de una activación fisiológica intensamente desagradable ante señales relacionadas con el suceso. También se observa una marcada evitación de estímulos asociados con el trauma, y síntomas de arousal crónicamente incrementados, tales como hipervigilancia, dificultad de concentración, irritabilidad, alteraciones del sueño y respuesta de alerta exagerada.

Los acontecimientos que con mayor frecuencia producen este trastorno son las experiencias de guerra, agresiones personales violentas, secuestros, atentados terroristas, torturas, desastres naturales, accidentes de automóvil o diagnósticos de enfermedades que pongan seriamente en peligro la vida.

El pronóstico es peor cuando el acontecimiento traumático es producido por otras personas (torturas, etc.), en cuyo caso pueden desarrollarse síntomas asociados como dificultades en la modulación afectiva, conductas autodestructivas, abandono de creencias previas, hostilidad o evitación social, etcétera.

Las personas con este trastorno pueden tener sentimientos de culpabilidad por haber sobrevivido, si en el acontecimiento traumático se produjo la muerte de otras personas. La evitación de estímulos que recuerden el suceso puede conducir al desarrollo de fobias y, en general, se incrementa el riesgo de sufrir otras alteraciones: trastornos por pánico, obsesivo-compulsivo, depresión mayor, por somatización y por administración de sustancias. El curso más probable supone un comienzo de la manifestación de los síntomas dentro de los tres primeros meses después del trauma, y con frecuencia la alteración comienza como un trastorno por estrés agudo. La duración de los síntomas es muy variable, aunque en aproximadamente la mitad de los casos se produce una recuperación completa durante los tres meses siguientes a su aparición; en esta evolución influyen variables tales como el soporte social, la historia familiar, experiencias infantiles, rasgos de personalidad y los trastornos mentales preexistentes.

La prevalencia a lo largo de la vida en la población general está entre 1 y 14%, con grandes variaciones en función de la actividad desarrollada; en personas con actividades arriesgadas y en zonas con conflictos bélicos estos porcentajes se incrementan notablemente.

Trastorno por ansiedad generalizada

La característica esencial de este trastorno es la existencia de niveles de ansiedad y preocupación excesivos, relacionados con uno o más acontecimiento/s o actividad/es, que se presenta durante al menos seis meses.

El sujeto tiene la sensación de no poder controlar tal preocupación, lo cual se manifiesta al menos por tres de los siguientes síntomas: fatigabilidad, dificultad de concentración, irritabilidad, inquietud, tensión muscular y sueño alterado

Algunas personas pueden no calificar subjetivamente los niveles de ansiedad y preocupación que experimentan como excesivos, pero suponen un deterioro objetivo en algún área de funcionamiento como la social o laboral.

Frecuentemente, los asuntos que generan preocupación excesiva son situaciones cotidianas (reparaciones en la casa o en el coche, finanzas, la salud de algún miembro de la



familia, etc.). Durante el curso del trastorno, el foco de preocupación puede variar de un asunto a otro.

Síntomas asociados que pueden presentarse junto con los anteriores son temblores, tensión motora, sudoración, náuseas, diarrea y síntomas depresivos.

La prevalencia a lo largo de la vida es de 5% aproximadamente. Además, es diagnosticado con más frecuencia en mujeres que en hombres. La expresión de la ansiedad es variable en diferentes culturas (en algunas preferentemente a través de síntomas somáticos y en otras, cognitivos).

El curso es crónico aunque con fluctuaciones, y tiende a agravarse ante situaciones de estrés.

Trastorno por ansiedad debido a una condición médica general

Los síntomas presentes en este trastorno pueden ser los propios de la ansiedad generalizada o de las crisis de pánico, o bien obsesiones o compulsiones, pero existe evidencia de que son consecuencia de una alteración médica general. Algunas de éstas que pueden causar síntomas de ansiedad, e incluyen, como se ha expuesto anteriormente, alteraciones endocrinas, cardiovasculares, respiratorias, metabólicas o neurológicas. Siempre debe existir, aunque sea hipotéticamente, un mecanismo fisiológico que explique la conexión entre la alteración médica y los síntomas de ansiedad.

Trastorno por ansiedad debido a la administración de sustancias

Los criterios de esta categoría incluyen síntomas de ansiedad, crisis de angustia, fobias, obsesiones o compulsiones producidos por la administración de una sustancia (abuso de drogas, medicación o tóxicos).

Algunas de las sustancias que pueden producir síntomas de ansiedad son: anestésicos, analgésicos, simpaticomiméticos, broncodilatadores, anticolinérgicos, insulina, preparados tiroideos, anticonceptivos orales, antihistamínicos, antiparkinsonianos, corticosteroides, antihiperintensivos, anticonvulsivos, carbonato de litio, antipsicóticos y antidepresivos. Otras sustancias, como algunos metales pesados y toxinas (sustancias volátiles como la gasolina y la pintura, insecticidas, gases que afectan directamente el sistema nervioso, monóxido de carbono y dióxido de carbono), también han sido descritas como productoras de síntomas de ansiedad.

En el diagnóstico diferencial hay que tener en cuenta que en la intoxicación o abstinencia de algunas sustancias pueden producirse síntomas de ansiedad (alcohol, amfetamina y derivados, cafeína, cannabis, cocaína, alucinógenos, inhalantes, hipnóticos, ansiolíticos). El diagnóstico adicional de trastorno por ansiedad debido a la administración de sustancias sólo se dará cuando los síntomas de ansiedad excedan a aquellos asociados propiamente con los síndromes de intoxicación o abstinencia, y sean lo suficientemente severos como para requerir tratamiento específico.

Trastorno por ansiedad no especificado

En esta categoría se incluyen aquellos cuadros de ansiedad o evitación fóbica que no cumplen con los criterios de los trastornos por ansiedad ni de los trastornos adaptativos con sintomatología ansiosa. Por ejemplo, los cuadros con sintomatología mixta ansiosa y depresiva, los cuadros con síntomas fóbicos sociales relacionados con determinadas condiciones médicas generales o trastornos mentales (por ejemplo, enfermedad de Parkinson o anorexia nerviosa), y aquellos en que no es posible determinar si se trata de un trastorno primario, debido a una condición médica general o inducido por una sustancia.



Causas

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.

Modelos animales

Los modelos animales son elaborados a partir de estudios experimentales. Cuando consideraciones éticas hacen impracticables determinados tipos de estudios en seres humanos, las dos únicas posibilidades que quedan son utilizar animales como sujetos experimentales o recurrir a modelos de simulación. La investigación con animales permite controlar variables genéticas y ambientales, el uso de técnicas invasivas o tóxicas y el estudio detallado de mecanismos que no serían posibles en estudios con humanos. La cualidad principal de los modelos animales es su capacidad para poner de manifiesto los mecanismos subyacentes a ciertos síntomas. De este tipo de investigación procede gran parte del conocimiento disponible sobre los cambios fisiológicos producidos por los fármacos, así como sobre los efectos de diferentes factores etiológicos.

Pese a las indudables aportaciones que ha realizado la investigación con animales a la psicopatología y a la ciencia en general, su utilización ha supuesto una gran controversia que se mantiene en la actualidad. En este tema se esgrimen posturas radicales para todos los gustos, desde los que defienden la libertad absoluta para realizar investigación con animales, hasta quienes prohibirían cualquier tipo de experimentación con ellos. Hay quien sugiere que la actitud subyacente a la defensa de la experimentación con animales es equivalente a las actitudes racistas y sexistas, dado que todas ellas suponen un sesgo en favor de los intereses de un grupo (una raza o una especie). En atención a estas críticas, Bond (1984) propone llevar a cabo la experimentación con animales bajo una serie de condiciones, en especial, estar convencidos del valor del estudio que se va a poner en marcha, haber determinado que no hay otra manera de obtener la información que se precisa, utilizar el menor número posible de sujetos, evitar al máximo el sufrimiento de éstos y otras por el estilo.

Existen multitud de trastornos del comportamiento en animales (estereotipias, agresividad, trastornos del estado de ánimo, alimenticios, de ansiedad, del sueño, hiperactividad, etc.) que aún no han sido explotados como modelos del comportamiento anormal humano. En cambio, una estrategia muy utilizada ha sido producir experimentalmente en animales signos psicopatológicos similares a los que se presentan en los trastornos mentales humanos. Estas investigaciones han permitido elaborar varios modelos animales alternativos o complementarios para los mismos trastornos humanos. Por ejemplo, los modelos animales de depresión van desde aquellos centrados en la separación social hasta los que focalizan su atención en el estrés (como el de la indefensión aprendida), pasando por los que proponen determinadas lesiones cerebrales. En trastornos de ansiedad algunos estudios realizados con animales se han basado en la administración de sustancias, algunos han inducido estrés por diferentes medios y otros se han basado en diferentes modelos de aprendizaje.

Pavlov puede considerarse como el pionero de la investigación psicopatológica mediante modelos animales. En un experimento realizado en su laboratorio se observó que unos perros sometidos a discriminaciones difíciles entre círculos y elipses mostraban un comportamiento extraño, aullaban en la cabina, destrozaban el material del laboratorio y fallaban incluso en discriminaciones fáciles, que anteriormente resolvían sin problemas.

Otro fenómeno que llamó su atención ocurrió durante una gran riada que afectó a Leningrado en 1924. El edificio en el que se encontraba el laboratorio se inundó, por lo cual los perros quedaron en un recinto que paulatinamente se llenaba de agua. Tras este suceso, los animales mostraron una pérdida notable del aprendizaje previamente logrado. Pavlov sugirió que existía una analogía entre estos comportamientos extraños de los perros y la neurosis humana. La explicación de esta “neurosis experimental” (hoy se denominaría ansiedad)



tenía en cuenta tanto la intervención de factores situacionales como de variables organizmicas relacionadas con diferencias individuales en la fuerza del sistema nervioso.

A partir de los años cuarenta comenzaron a aparecer estudios experimentales con animales en Estados Unidos directamente inspirados por las investigaciones de Pavlov. Otro autor que se interesó por el estudio experimental de fenómenos psicopatológicos con animales fue Liddell (1944), para quien la repetición monótona de estímulos o la restricción de movimientos a que se ven sometidos los animales durante los estudios de laboratorio son suficientes para provocar lo que hoy se entiende como ansiedad. Para demostrar la similitud de su modelo con la ansiedad humana, estudió una serie de personas a las que sometía a condiciones parecidas de restricción de movimientos en ambientes monótonos y realizó estudios de campo en ambientes con esas características (tales como diferentes tipos de instalaciones militares).

Masserman (1943), que estudió la neurosis experimental en gatos, intentó demostrar que cuando deficiencias físicas, estrés ambiental o conflictos ambientales exceden la capacidad de adaptación de un organismo, la conducta adquiere rasgos neuróticos (propios de la ansiedad), esto es, se vuelve indecisa, ineficaz, inapropiada o excesivamente simbólica. En algunos de sus experimentos creaba un conflicto entre dos motivaciones, por ejemplo, sometía a los gatos a estimulación aversiva durante la comida. Como consecuencia de ello, los felinos mostraron respuestas fóbicas ante la comida tales como agazaparse, intentos de escape, pulso y respiración acelerados y conductas no pertinentes, tales como el cuidado de su piel y el juego.

Posteriormente Maier (1956), intentó explicar la neurosis experimental como el resultado de la frustración. Su teoría fue desarrollada a partir de una serie de experimentos en los que se presentaban problemas insolubles a ratas de laboratorio. La conducta neurótica que se generaba en los animales era compulsiva y carecía de meta.

En gran medida, el desarrollo de teorías biológicas para explicar los trastornos de ansiedad ha sido consecuencia del éxito obtenido de manera empírica con la utilización de psicofármacos. Pitts y McClure (1967) observaron que la administración de lactato sódico a individuos que sufrían ataques de pánico inducía su aparición en gran número de ellos. Estos ataques podían ser aliviados mediante un agonista adrenérgico como la clonidina. Ésta es capaz de aliviar el síndrome de abstinencia a opiáceos, lo que ha llevado a pensar que opiáceos endógenos pueden estar implicados en los mecanismos reguladores de la ansiedad.

Otros antidepressivos, que actúan sobre vías reguladas por la serotonina, también son eficaces para tratar los ataques de pánico, por lo que parece que este sistema neurotransmisor también está implicado en las respuestas de ansiedad.

Uno de los neurotransmisores que más estrechamente se ha relacionado con la ansiedad es el ácido gammaaminobutírico (GABA), un neurotransmisor inhibitorio. La fijación del GABA a su receptor provoca la apertura del canal de cloro y, en consecuencia, la hiperpolarización de la membrana neuronal, lo cual bloquea la transmisión del impulso nervioso. Los descubrimientos relacionados con el mecanismo de acción de las benzodiazepinas (ansiolíticos que aumentan la neurotransmisión gabaérgica) hacen suponer que en la base de los trastornos de ansiedad podría estar una alteración de este sistema de neurotransmisión.

Otro tipo de modelos son los neuroanatómicos y neurofisiológicos, entre los que destaca el de Gray (1982), quien afirma que en la ansiedad se encuentran involucradas diferentes estructuras del sistema límbico, en particular el hipocampo y los núcleos septales.

Zuckerman (1991) sostiene que la amígdala también se encuentra involucrada en la regulación de estados afectivos desagradables como la ansiedad. Las neuronas de la amígdala responden a estímulos nuevos y a otros emocionalmente significativos; por otra parte, esta estructura se halla en un punto de encuentro de proyecciones sensoriales tanto exteroceptivas como interoceptivas. Es decir, la función de la amígdala parece ser integrar la información sensorial y responder a ella con base en su significado emocional. Las proyecciones que tienen su origen en la amígdala controlan diferentes indicadores de la ansiedad, como son la inhibición del comportamiento ante una situación de conflicto, la activación cardiovascular, la expresión facial y el grado de alerta.



Enfoque conductual

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).



Enfoque cognitivo

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 incontrolabilidad 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.



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.

Eficacia y efectividad

Con la finalidad de concretar más las relaciones entre ansiedad y rendimiento, es útil diferenciar dos conceptos: eficacia y efectividad. La efectividad del rendimiento se refiere a la calidad de éste. La eficacia se refiere a la razón entre la efectividad y el esfuerzo puesto en la tarea. Dos personas pueden llegar a rendimientos de calidad equivalente en una tarea, por lo cual su efectividad es la misma, pero si una de ellas tuvo que poner más esfuerzo que la otra para alcanzar el mismo nivel de resultados, entonces su eficacia es menor.

Esta distinción es importante porque diferentes estudios muestran que la ansiedad tiene un efecto más adverso sobre la eficacia que sobre la efectividad. Es decir, para compensar sus efectos negativos sobre el rendimiento, los sujetos que sufren ansiedad desarrollan un mayor esfuerzo que los que tienen niveles menores de ansiedad.

En una investigación sobre este tema en la que se evaluaba el rendimiento en una prueba de lanzamiento de peso (Weinberg y Hunt, 1976), se observó que los sujetos con más ansiedad preparaban para el lanzamiento tanto los músculos no antagónicos como los antagónicos, es decir, todos ellos, mientras que los sujetos con poca ansiedad preparaban únicamente los músculos antagónicos. Esta diferencia implica que los sujetos con elevada ansiedad empleaban más energía de la necesaria, y la gastaban durante más tiempo.

Aunque su lanzamiento fuera igual de bueno que el de los sujetos con poca ansiedad (misma efectividad), su esfuerzo era mayor (menor eficacia).

En consecuencia, aunque las personas con ansiedad elevada puedan alcanzar el mismo rendimiento en diferentes tareas que el de las personas bajas en ansiedad, lo hacen a costa de un mayor esfuerzo y, por lo tanto, un mayor desgaste para el organismo.



M.W. Eysenck comparó a las personas con elevada ansiedad con un coche que arrastra un pesado remolque, y a las personas con baja ansiedad con un coche sin remolque. Para ir a la misma velocidad, el coche con remolque debe emplear más energía.

Interacciones de la ansiedad con la tarea

Aunque la ansiedad en general deteriore el rendimiento, sería incorrecto pensar que afecta a todas las tareas de la misma forma o en la misma medida.

Hay gran cantidad de estudios que muestran que la ansiedad interactúa con la dificultad de la tarea. Su efecto es más perjudicial en tareas difíciles que en otras más fáciles. Incluso algunas de éstas pueden verse beneficiadas por la ansiedad, que ejerce una función activadora y motivadora. Tales resultados son congruentes con la ley de Yerkes-Dodson, según la cual el nivel óptimo de activación es menor para tareas difíciles que para tareas fáciles.

Para explicar sus causas, se han formulado diferentes teorías. Una, establece que el ingrediente crucial de la dificultad de la tarea es la competición entre respuestas, sostiene que la ansiedad actúa como un impulsor que aumenta la probabilidad de la respuesta más fuerte en una situación dada. Por ello, la ansiedad debería facilitar el rendimiento en tareas fáciles, es decir, aquellas en las que la respuesta correcta es más fuerte que las incorrectas, pero debería deteriorarlo en tareas difíciles puesto que en éstas la probabilidad de las respuestas incorrectas es más fuerte que la de las correctas.

Otra hipótesis propone que la ansiedad reduce la capacidad de la memoria de corto plazo (algo parecido a la memoria RAM de un ordenador, puesto que es la que mantiene la información activa para la realización de una tarea). Las tareas difíciles requieren mayores recursos de memoria a corto plazo que las tareas fáciles.

¿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 anti-depresivos 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, rees-



tructuración 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 cardíaco, 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.

La relajación no es aplicable en todas las situaciones y personas. Existen situaciones en las que la tensión y un cierto nivel de ansiedad resultan respuestas adaptativas muy eficaces,



y otras en las que el arousal fisiológico se debe a falta de habilidades para realizar una determinada tarea. Los objetivos más apropiados para entrenar en relajación son las respuestas molestas de alto nivel de tensión que interfieren con la ejecución de otra conducta.

Relajación progresiva o muscular (técnica de tensión y relajación o técnica de Jacobson)

En 1938, Edmond Jacobson publicó el libro titulado *Relajación progresiva* en el que describía su técnica de relajación muscular profunda, la cual se basa en la premisa de que la ansiedad que experimenta una persona se traduce en pensamientos y actos que comportan tensión muscular, por lo cual, si se hace desaparecer la tensión, desaparece también la ansiedad. La relajación muscular es la antípoda fisiológica de la tensión. Si se tensan y se relajan sistemáticamente varios grupos de músculos y se aprende a discriminar las sensaciones resultantes de la tensión y la relajación, una persona puede eliminar, casi completamente, las contracciones musculares y experimentar una sensación de relajación.

La ventaja de la relajación progresiva es que puede practicarse en cualquier parte, sin que nadie se percate de ello. Se llama progresiva porque comienza con los músculos de una parte del cuerpo y se extiende hacia otras partes. Se enseña al individuo a contraer y relajar los músculos alternativamente, de modo que la tensión pueda ser reconocida y autocontrolada de manera inmediata. La premisa es que si el individuo reconoce el momento en que el músculo se encuentra tenso y cuándo está relajado, entonces podrá aprender a buscar un estado de relajación.

La técnica de Jacobson implica tensar un grupo muscular específico en ambos lados del cuerpo, sostener esa tensión de cinco a diez segundos y luego relajarla durante treinta o cuarenta segundos. Este proceso se repite varias veces para cada grupo muscular principal.

Procedimiento básico (adaptado de Gloria Marsellach: http://www.ciudadfutura.com/psico/tecnicas/tec_relajacion.htm)

Póngase en una posición cómoda, cierre los ojos y deje el cuerpo libre de tensiones. Cierre el puño derecho y apriételo más y más fuerte; observe la tensión que se produce al hacerlo. Manténgalo cerrado y fíjese en la tensión que se ha desarrollado en el puño, en la mano y en el antebrazo. Ahora libere la tensión. Sienta la flacidez de su mano derecha y compárela con la tensión que sentía hace unos segundos. Repita nuevamente el proceso con su mano izquierda y por último hágalo con las dos manos a la vez.

Ahora doble los codos y tense los bíceps. Ténselos tanto como pueda y repare en la sensación de tensión. Relájese y estire los brazos. Déjelos relajados y observe la diferencia.

Dirija su atención hacia la cabeza. Arrugue la frente tanto como pueda y desarrúguela. Imagínese la forma en que la piel de su frente y de toda su cabeza se ha ido estirando hasta ponerse completamente lisa, en el momento en que se ha sentido relajado. Ahora frunza el entrecejo e intente sentir la forma en que las venas se extienden por la frente. Relájese y deje que la frente se ponga de nuevo lisa. A continuación, cierre los ojos y apriételos fuertemente. Observe la tensión. Relájelos y déjelos cerrados suavemente. Luego, cierre la mandíbula y apriete con fuerza; note la tensión que se produce en toda la zona. Libérela. Una vez relajada, notará que los labios estarán ligeramente separados. Aprecie el contraste real que hay entre el estado de tensión y el de relajación. A renglón seguido apriete la lengua contra el paladar. Observe el dolor que se produce en la parte posterior de la boca. Relájese. Apriete los labios y haga con ellos una "O". Relájelos. Observe cómo su frente, sus ojos, su mandíbula, su lengua y sus labios están, en este momento, relajados. Desplace la cabeza hacia atrás tanto como pueda, sin hacerse daño. Observe la tensión que aparece en el cuello. Hágala girar hacia la derecha y fíjese en que se ha desplazado el foco de tensión; ahora, hágala girar hacia la izquierda. Enderece la cabeza y muévala hacia delante, a la vez que aprieta la barbilla contra el pecho. Observe la tensión que siente en la



nuca. Relájese dejando que la cabeza vuelva a una posición natural. Ahora encoja los hombros. Encójalos hasta que la cabeza le quede hundida entre ellos. Relájelos. Ahora bájelos y sienta cómo la relajación se extiende hacia el cuello, nuca y hombros; relajación pura, más y más profunda.

Dé a su cuerpo entero la oportunidad de relajarse. Sienta la comodidad y la dureza. Ahora inspire y llene de aire los pulmones. Sostenga la respiración. Observe la tensión que se produce. A continuación, espire y haga que el tórax se deshinche y relaje, dejando que el aire salga poco a poco. Continúe relajándose y trate de que la respiración se produzca de una forma espontánea y agradable. Repita esta rutina varias veces, y observe la forma en que, paulatinamente, la tensión desaparece a medida que el aire sale de su cuerpo. Tense el estómago y manténgalo así. Note la tensión y luego relájese. Después, coloque una mano en esta región. Respire profundamente y apriete la mano contra la pared del estómago. Aguante la respiración y luego relájese. Perciba la diferencia que se produce al soltar el aire. Ahora arquee la espalda sin llegar a hacerse daño. Mantenga el resto del cuerpo tan relajado como pueda. Concentre su atención en la parte más baja de la espalda. Ahora relájese más y más profundamente.

Tense la nalgas y los muslos. Para ello, contraiga los músculos apretando con los talones hacia abajo, tan fuerte como pueda. Relájese y sienta la diferencia. Flexione los dedos de los pies con fuerza para que se tensen las pantorrillas. Estudie la tensión que se produce. Libérela. Luego, extienda con fuerza los dedos y dirija las puntas hacia arriba, con lo cual sentirá la contracción de los músculos de las espinillas. Relájese otra vez. Sienta la sensación de pesadez en la parte más baja del cuerpo, a medida que la relajación se profundiza. Relaje los pies, los tobillos, las pantorrillas, las espinillas, las rodillas, los muslos y las nalgas. Luego deje que la relajación se extienda hasta el estómago, la región lumbar y el tórax. Deje que se extienda más y más. Siéntala en los hombros, en los brazos y en las manos. Más y más profundamente. Sienta la sensación de laxitud y relajación en el cuello, en la mandíbula y en todos los músculos de la cara.

Llegado a este nivel profundo de relajación, le aconsejamos imaginarse a sí mismo en un lugar tranquilo y sosegado en el cual puede disfrutar plenamente de dicha sensación.*

Entrenamiento autogénico

Esta técnica fue desarrollada originalmente por H.H. Shultz. El término autogénesis (autogenerativo) describe casi todo tipo de ejercicio de relajación; sin embargo, aquí, autogenia se refiere a una forma de relajación que emplea imágenes mentales de estados de relajación. Esta técnica se centra en patrones de respuestas condicionadas asociadas con pensamientos particulares. Utiliza la imaginación y sentimientos sugeridos de pesadez y calor en las extremidades, de manera que el sujeto aprenda a reconocer un estado de relajación y lo evoque cuando lo necesite. Esta técnica es útil para personas con buena capacidad de imaginación. Si puede imaginar una sensación de calor o de pesadez en sus extremidades, su cuerpo tratará de reproducir ese estado. Como respuesta hacia la demanda consciente, se aumentará el flujo sanguíneo hacia las áreas deseadas, lo cual produce el calor imaginado.

Meditación

La meditación representa uno de los métodos sistemáticos más antiguos utilizados para la relajación. Se introdujo en gran escala en nuestro ámbito cultural durante la década de 1960. Produce un estado de relajación que se logra mediante la concentración de la atención. Las siguientes características son comunes a la mayor parte de los métodos de meditación:

Un ambiente tranquilo. Es importante evitar distracciones. Algunas personas acuden a la iglesia para mitigar los ruidos del exterior. Cuando se adquiere práctica, puede realizarse en cualquier lugar.

*Esta técnica se describió en otro contexto en el capítulo 5, páginas 143-144. (N. del E.)



Postura correcta. No es preciso contorsionarse para lograr la tradicional posición del loto. Si no se está suficientemente cómodo, no podrá dejar de pensar en la incomodidad y los músculos se tensarán. Sin embargo, demasiada comodidad puede atraer el sueño, de manera que no es conveniente meditar recostado sobre el suelo o en una cama. Una posición de sentado normal puede ser adecuada. También puede optarse por caminar en un entorno tranquilo y sin excesivos estímulos, como un claustro.

Un objeto de meditación. Este objeto puede ser cualquier cosa que se repita (tal como el tic-tac de un reloj) o que no cambie (por ejemplo una piedra). Puede ser real o imaginario.

Contenido mental. En las formas de meditación tradicional se canturrean expresiones como “om” (un mantra), que contribuyen a centrar la atención y a apartar los pensamientos que distraen. Se puede utilizar cualquier palabra corta que venga a la mente. Muchas personas utilizan palabras como “un” o “pan”. Se puede pronunciar la palabra en voz alta o bien mentalmente cada vez que se respira.

Una actitud pasiva. Esta condición implica que el pensamiento debe transcurrir de manera que la persona que medita no se preocupe por ello. Los momentos de meditación son aquellos en los que hay que dejar que la mente se relaje, es decir, detener la voluntad de pensar o resolver cosas. Inevitablemente, cuando se comienza a meditar acuden a la mente pensamientos que distraen. Antes que preocuparse por ellos, es mejor dejar que se dispersen: no hay que prestarles atención, ni preocuparse porque aparezcan. La pronunciación de la palabra de meditación puede ayudar a eliminar esas distracciones de la mente.

Entre las formas de meditación más comunes practicadas en nuestra sociedad se encuentra la técnica de Benson. Herbert Benson observó que la meditación reduce la frecuencia cardíaca y el consumo de oxígeno, dos fenómenos que suceden de forma natural durante el sueño. También aumenta la actividad de las ondas alfa cerebrales. En general, quienes la practican tienen la presión arterial baja y reducidos niveles de lactato, un subproducto del metabolismo muscular que puede acumularse en la sangre y provocar ansiedad.

Retroalimentación biológica (*biofeedback*)

Mediante aparatos especiales conectados en diferentes partes del cuerpo (mientras se llevan a cabo ejercicios de relajación) se recibe información de retorno de reacciones físicas involuntarias (pulso, temperatura, presión sanguínea y otras), con el fin de aprender a ejercer una influencia voluntaria sobre ellas en el sentido deseado.

La retroalimentación ayuda a controlar las funciones biológicas automáticas del organismo. Algunas personas consideran muy difícil relajarse porque no se percatan del punto hasta el cual se encuentran tensos. La retroalimentación biológica o *biofeedback* puede ofrecerles información sobre cómo reacciona su organismo y cómo relajarlo.

Esta técnica requiere de la utilización de ciertos instrumentos que miden cambios fisiológicos (potenciales eléctricos, presión arterial, frecuencia cardíaca o pulso, tensión muscular, temperatura de la piel, ondas cerebrales, entre otros). Esta información es retransmitida hacia el individuo, de manera que éste pueda controlar esos cambios fisiológicos o aprenda a dominarlos. Cuando el instrumento detecta cierto grado de tensión, emite un sonido o proporciona algún otro tipo de señal (por ejemplo visual) que pueda ser percibida por el sujeto. A continuación, el terapeuta ofrece instrucciones para que se haga desaparecer el sonido mediante relajación. A medida que se reduce la tensión, el sonido va bajando de volumen, hasta que desaparece por completo. Gracias al sonido, el proceso de aprendizaje de la relajación es mucho más rápido, ya que ayuda a controlar el progreso. Los aparatos de *biofeedback* también pueden ayudar a descubrir qué tipo de situaciones, personas o actividades son estresantes para un individuo. Las técnicas de retroalimentación biológica se emplean, tam-



bién, como función terapéutica ante ciertas condiciones patológicas (enfermedades). Por ejemplo, es posible enseñar a personas que padecen migraña a dominar total o parcialmente el dolor mediante el empleo de esta técnica. También se puede utilizar para ayudar a algunas personas a controlar funciones fisiológicas como la presión arterial y la secreción ácida del estómago.



Ejercicios de visualización

La técnica consiste en viajar con la imaginación a lugares que se han visitado anteriormente y en los cuales se ha experimentado un estado de relajación y paz.

Es necesario tratar de detectar la mayor cantidad posible de detalles. Por ejemplo, si el practicante viaja hacia la playa, debería sentir el sonido de las olas, el calor del sol al atardecer y una refrescante brisa marina sobre su piel. Todos estos detalles ayudan a la relajación.

Control de la respiración

Uno de los procedimientos más a mano para controlar la ansiedad en el momento en que ésta se produce es la respiración profunda. Al inhalar profundamente y exhalar con lentitud, se experimenta un estado de relajación. Cuando la gente se encuentra en situaciones de tensión, tienden a respirar de forma rápida y llana (poco profunda). Al inhalar conscientemente de forma profunda, el diafragma es forzado a expandirse y tensarse, y el estómago tiende a ampliarse. Cuando se exhala, el diafragma se relaja y el estómago se contrae, de ahí el término de “respiración diafragmática”. Cantar puede ser un excelente método reductor de estrés, pues también obliga a respirar profundamente, lo que ayuda a liberarse de la tensión.

Yoga

El tipo de yoga más popular es el “Hatha Yoga”. Promueve la fuerza, flexibilidad y reducción de la tensión muscular, y se utiliza como una técnica para tranquilizar el cuerpo y prepararse para la meditación. Adoptar ciertas posturas y controlar la respiración aumenta la capacidad vital de los pulmones, así como la flexibilidad y la relajación.

Masaje

En situaciones de estrés, las hormonas producidas por la respuesta de enfrentamiento-huida (fase de alarma), unidas a las sustancias metabólicas de desecho, pueden provocar que los músculos se tensen hasta alcanzar el umbral del dolor. Sin una correcta relajación, esta tensión puede hacerse crónica, situación particularmente problemática en el cuello, los hombros y la parte superior de la espalda. Una de las formas más placenteras y eficaces de aliviar la tensión muscular y elevar el ánimo son los masajes, que pueden aplicarse mediante una gran variedad de técnicas. Por ejemplo, el shiatsu, de origen japonés y chino, es una técnica de masaje profundo en puntos de presión específicos. En algunos casos, el masajista se pone de pie sobre la espalda del paciente para deshacer nudos difíciles. El masaje sueco se basa en masajear y golpear los músculos para relajar los nudos y mejorar la circulación sanguínea.



Ejercicio físico

Aunque no es comúnmente utilizado como un medio de relajación, el ejercicio físico regular promueve tanto la salud mental como la corporal. Al integrarse el individuo a un programa de entrenamiento físico, los efectos a largo plazo producen una mejor autoestima, lo cual favorece la salud mental y permite afrontar más eficazmente las situaciones de tensión. Además, cuando se practica de forma regular, elimina diversos desechos metabólicos que resultan de experiencias de tensión. Más aún, fortalece todos los sistemas orgánicos y ayuda a que se alcance una autoimagen positiva. Los tipos de ejercicios recomendados son de *a*) flexibilidad (estiramiento), *b*) aeróbicos (caminar, trotar, nadar, correr, bicicleta, patinar, remar, bailar, subir y bajar escaleras o un banco, y deportes que implican correr [baloncesto, tenis, fútbol, entre otros]), *c*) fuerza, y *d*) actividades físicas recreativas y deportes.

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 cual-



quier 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.*

Habilidades sociales

Una conducta socialmente apropiada es aquella que expresa sentimientos, actitudes, deseos, opiniones o derechos de un individuo, de modo adecuado a la situación y con respeto a esas mismas conductas en los demás.

Las habilidades sociales son esenciales para obtener dos tipos de objetivos:

- **Afectivos:** conseguir relaciones satisfactorias con los demás, establecer vínculos de amistad.
- **Instrumentales:** realizar con éxito actividades en la comunidad, entre ellas comprar, vender, utilizar instituciones sociales y prestaciones, entrevistas de trabajo, trabajar, estudiar y hacer exámenes.

La impresión global que unas personas se forman de otras se compone de conductas “moleculares” específicas, que pueden ser no verbales, paralingüísticas o verbales.

Componentes no verbales

La mirada. El contacto ocular se define objetivamente como mirar a otra persona a los ojos, o de forma más general a la mitad superior de la cara.

La mirada mutua implica que se ha establecido “contacto ocular” con otra persona.

Los significados y funciones de las pautas de mirada son múltiples:

- **Actitudes:** la persona que mira más es considerada como más agradable, pero a la mirada fija se le atribuyen intenciones hostiles y/o dominantes. Ciertas secuencias de interacción tienen más significados: por ejemplo, ser el primero en dejar de mirar es señal de sumisión; la dilatación pupilar indica interés por el otro.
- **Expresión de emociones:** mirar más, intensifica la expresión de algunas emociones como la ira, mientras que mirar menos intensifica otras, como la vergüenza.
- **Acompañamiento del habla:** la mirada se emplea, junto con la conversación, para sincronizar o comentar la palabra hablada. En general, si el oyente mira más, genera más respuesta por parte del que habla, y si el que habla mira más, es visto como persuasivo y seguro.



La expresión facial. La cara es el principal sistema de señales para mostrar las emociones. Existen seis emociones principales y tres áreas de la cara responsables de su expresión. Las emociones son: alegría, sorpresa, tristeza, miedo, ira y asco o desprecio. Las tres regiones faciales implicadas son: la frente/cejas, los ojos/párpados, la parte inferior de la cara. Una conducta socialmente habilidosa requiere de una expresión facial que esté de acuerdo con el mensaje. Si una persona muestra una expresión facial de miedo o de enfado mientras intenta iniciar una conversación con alguien, es probable que no tenga éxito.

La sonrisa. Puede utilizarse como gesto de pacificación o para transmitir el hecho de que a una persona le gusta otra; puede suavizar un rechazo, comunicar una actitud amigable, y animar a los demás a que le devuelvan a uno una sonrisa.

Los gestos. Un gesto es cualquier acción que envía un estímulo visual a un observador. Son básicamente culturales. Las manos y, en menor grado, la cabeza, pueden producir una amplia variedad de gestos. Constituyen un segundo canal de comunicación; aquéllos que sean apropiados a las palabras que se dicen servirán para acentuar el mensaje pues añaden énfasis, franqueza y calor. Los movimientos desinhibidos pueden sugerir franqueza, confianza en uno mismo (salvo que fuera un gesto nervioso) y espontaneidad por parte del que habla.

La postura. La posición del cuerpo y de los miembros, la forma en que uno se sienta, cómo está de pie y cómo pasea, reflejan sus actitudes y sentimientos sobre uno mismo y su relación con los otros. Los significados y funciones de la postura son múltiples:

- **Actitudes.** Las posturas que reducen la distancia y aumentan la apertura hacia el otro son cálidas, amigables e íntimas. Las posiciones cálidas incluyen inclinarse hacia delante, con los brazos y piernas abiertas, las manos extendidas hacia el otro. A su vez, apoyarse hacia atrás o entrelazar las manos sosteniendo la parte posterior de la cabeza pueden ser reflejo de dominación o de sorpresa. La timidez puede expresarse por medio de los brazos colgando y la cabeza hundida y hacia un lado. Al contrario, las piernas separadas, los brazos a la cintura y la inclinación lateral expresan determinación.
- **Emociones.** La postura refleja emociones específicas. Así, la indiferencia se expresa por medio de hombros encogidos, brazos erguidos o manos extendidas; la ira, por medio de puños apretados, inclinación hacia delante o brazos extendidos; el coqueteo, por medio de cruzar o descruzar las piernas, etcétera.
- **Acompañamiento del habla.** Los cambios importantes de la postura se emplean para marcar amplias unidades del habla, como cambiar de tema, dar énfasis y señalar que se toma o se cede la palabra.

La orientación. El tipo de orientación espacial denota el grado de intimidad/formalidad de la relación. Cuanto más cara a cara es la orientación, más íntima es la relación y viceversa.

La distancia/el contacto físico. El grado de proximidad expresa claramente la naturaleza de cualquier interacción y varía con el contexto social. Dentro del contacto corporal existen diferentes grados de presión y distintos puntos de contacto que pueden señalar estados emocionales, como miedo, actitudes interpersonales o un deseo de intimidad.

La apariencia personal. El desarrollo tecnológico actual permite modificar mucho el aspecto exterior de una persona (maquillaje, cirugía estética, peluquería, régimen de adelgazamiento, etc.). La ropa y los adornos desempeñan un papel importante en la impresión que los demás se forman de un individuo. Los componentes en los que se basan el atractivo y las percepciones del otro, son el físico, la ropa, la cara, el pelo y las manos. El objeto de la modificación de la apariencia es la autopresentación ante los demás. El cambio de estilo del pelo es uno de los aspectos que más influyen en la apariencia personal.



El atractivo físico puede ser un elemento importante en un primer momento, pero a la hora de establecer una relación más duradera son otros los elementos que tienen más peso.

Componentes paralingüísticos

El volumen de la voz. La función básica del volumen consiste en hacer que un mensaje llegue hasta un oyente potencial. Cuando es alto, indica seguridad y dominio. Sin embargo, hablar demasiado alto (que sugiere agresividad, ira o tosquedad) tiene también consecuencias negativas, pues los oyentes podrían marcharse o evitar futuros encuentros. Los cambios de volumen de voz se emplean en una conversación para enfatizar puntos. Una voz que varía poco no resulta muy interesante.

La entonación. Esta característica sirve para comunicar sentimientos y emociones. Las palabras pueden expresar esperanza, afecto, sarcasmo, ira, excitación o desinterés, según las distintas entonaciones del que habla. Una escasa entonación, con un volumen bajo, indica aburrimiento o tristeza. Un tono que no varía puede ser aburrido o monótono. Se percibe a las personas como más dinámicas y extrovertidas cuando cambian la entonación de sus voces a menudo durante una conversación. Las variaciones pueden servir también para ceder la palabra. En general, una entonación que sube es evaluada positivamente (es decir, como alegría); una que decae, negativamente (como tristeza); una nota fija, como neutral. Muchas veces la entonación que se da a las palabras es más importante que el mensaje verbal que se quiere transmitir.

La fluidez. Las vacilaciones, falsos comienzos y repeticiones son bastante normales en las conversaciones diarias. Sin embargo, las perturbaciones excesivas del habla pueden causar una impresión de inseguridad, incompetencia, poco interés o ansiedad. Demasiados periodos de silencio pueden ser interpretados de manera negativa, especialmente como ansiedad, enfado o, incluso, una señal de desprecio. Expresiones con un exceso de palabras de relleno durante las pausas (por ejemplo, “ya sabes”, “bueno”) o sonidos como “ah” y “eh” provocan percepciones de ansiedad o aburrimiento. Otro tipo de perturbación incluye repeticiones, tartamudeos, pronunciaciones erróneas, omisiones y palabras sin sentido.

La claridad. A la hora de hablar, esta característica es importante. Si al hablar se arrastran las palabras, o éstas salen a borbotones, con un acento o vocalización excesivos, uno se puede hacer más pesado a los demás.

La velocidad. Hablar lentamente puede hacer que los demás se impacienten o se aburran. Al contrario, si se hace con demasiada rapidez, se puede perder claridad.

El tiempo de habla. Este elemento se refiere al tiempo que el individuo mantiene el uso de la palabra. El tiempo de conversación de una persona puede ser problemático por ambos extremos, es decir, tanto si apenas habla como si lo hace demasiado. Lo más adecuado es un intercambio recíproco de información.

Componentes verbales: el contenido

Contenido. El lenguaje se emplea para lograr una variedad de propósitos, por ejemplo, comunicar ideas, describir sentimientos, razonar y argumentar. Las palabras empleadas dependen de la situación en que se encuentre una persona, su papel en esa situación y lo que intenta lograr. El tema o contenido puede variar en gran medida. Puede ser íntimo o impersonal, sencillo o abstracto, informal o técnico. Algunos elementos verbales importantes en la con-



ducta socialmente habilidosa han sido, por ejemplo, las expresiones de atención personal, los comentarios positivos, hacer preguntas, los refuerzos verbales, el empleo del humor, la variedad de los temas, las expresiones en primera persona, etcétera.

Técnicas para el entrenamiento en habilidades sociales

Componentes del adiestramiento en habilidades sociales son el modelamiento, la representación de papeles y la generalización.

Modelamiento

Esta técnica, que se puede definir como un aprendizaje por medio de la imitación, es más eficaz cuando el modelo (es decir, la persona a imitar) luce muy cualificado y con experiencia, tenga una posición importante, controle las recompensas que desea el paciente, sea del mismo sexo, tenga una edad similar y pertenezca a la misma clase social, sea simpático y amable, y si recibe recompensas por lo que hace. El modelo suele ser el terapeuta y la actuación se puede grabar en video. El modelamiento será mucho más efectivo cuando la situación presente las conductas a imitar con claridad y con precisión, gradualmente de menor a mayor dificultad, con las suficientes repeticiones que permitan su sobreaprendizaje, con la menor cantidad posible de detalles innecesarios y empleando diferentes modelos en lugar de uno solo. La persona que observa el modelo debe saber que tiene que imitarlo, asumir una actitud similar, tener simpatía o que le guste el modelo y ser recompensado por realizar las conductas observadas.

El modelado tiene la ventaja de ilustrar los componentes no verbales y paralingüísticos de una determinada conducta interpersonal.

Representación de papeles

Se trata de pedirle a un individuo se le pide que desempeñe un papel, es decir, se comporte de determinada manera. Se le solicita al cliente que describa brevemente la situación, es decir, el problema real y las personas reales que están implicadas (se le pide que las llame por su nombre real). Si las otras personas están disponibles es mucho mejor para resolver el problema. Se le dice al cliente que reproduzca el papel lo mejor posible.

En cada una de estas sesiones es necesario:

- Describir la situación problema.
- Identificar un objetivo adecuado para la respuesta del cliente.
- Sugerir respuestas alternativas por los otros miembros del grupo.
- Que una de estas respuestas sea demostrada por algún miembro del grupo o por el terapeuta.
- Seleccionar una de estas respuestas.
- Práctica encubierta por el actor como paso.
- Ensayo de una respuesta competente por el cliente.
- Evaluar la eficacia de la respuesta del cliente por otros miembros.
- Sugerencias de otros miembros.
- Reensayo y nueva evaluación.

El éxito será más probable si la persona que representa el papel cuenta con la suficiente información sobre su contenido y si ha prestado la atención necesaria a determinados potenciadores. Estos últimos incluyen: acuerdo por parte del sujeto en participar, compromiso con la conducta u opinión que va a simular, improvisación y recompensa, aprobación o reforzamiento por llevar a cabo la representación de las conductas.



Las instrucciones o aleccionamiento (*coaching*) intentan suministrar al individuo información correctiva sobre la naturaleza y el grado de discrepancia entre su ejecución y el criterio. Puede distinguirse entre retroalimentación y reforzamiento. La primera consiste en suministrar al sujeto información de cómo ha representado el papel asignado. Se deben tener en cuenta cuestiones tales como la recompensa, el refuerzo, la crítica o volver a repetir el aprendizaje. Debe destacarse la importancia que tiene el refuerzo social, es decir, el elogio, la aceptación y el estímulo. Salvo algunas excepciones, cuanto mayor es la cantidad de refuerzos, más se intensifican los efectos positivos.

Se deben especificar por adelantado las conductas sometidas a retroalimentación de modo que durante la representación los observadores puedan concentrarse en las respuestas relevantes.

Por su parte, la retroalimentación debe concentrarse en la conducta y no en la persona. Debe ser detallada y específica. No debe darse retroalimentación de más de tres conductas. Debe concentrarse en lo positivo, con sugerencias para la mejora y el cambio. Es necesario recordarle al cliente que la retroalimentación es un juicio subjetivo del terapeuta basado en sus propias normas, que podrían diferir de las suyas. El reforzamiento es un componente motivacional y su intención es moldear la conducta y/o aumentar la tasa de respuesta y es importante enseñar a los clientes a autorrecompensarse si practican bien sus nuevas habilidades.

Generalización

El interés principal de cualquier programa de adiestramiento no es el rendimiento obtenido en el lugar donde se ha realizado, sino en la vida real. Para conseguir una buena generalización, el entrenamiento debe llevarse a cabo en situaciones cada vez más parecidas a las situaciones reales.

Para mejorar la generalización es necesario:

- Utilizar situaciones relevantes múltiples.
- Entrenamiento con personas múltiples y/o relevantes.
- Entrenamiento de personas significativas para ofrecer reforzamiento.
- Entrenamiento en lugares múltiples.
- Programar sesiones regulares de apoyo después del tratamiento.

Encargar tareas para casa es un buen entrenamiento porque la mayoría de las nuevas habilidades necesitan ser practicadas repetidamente y ser llevadas a cabo en lugares diferentes. Implica un mayor autocontrol por parte del individuo y supone transferir lo aprendido en consulta al ambiente real del individuo.

Las tareas para casa deben elaborarse y acordarse junto con el cliente, ser detalladas y tener una alta probabilidad de éxito para que éste no se frustre, ya que los éxitos pueden mejorar en gran medida la motivación e implicación en el tratamiento.

Los procedimientos que se acaban de exponer para el adiestramiento de aptitudes no son eficaces por sí solos. Así, por ejemplo, el modelamiento funciona en el aprendizaje de conductas nuevas, pero sin la suficiente repetición los antiguos comportamientos tienden a reaparecer. La práctica o representación de papeles constituye una ayuda importante en el aprendizaje, pero se debe tener en cuenta que son las conductas correctas las que hay que practicar y que sin un modelo anterior o una situación similar, el rendimiento casi no mejorará en relación con el nivel inicial. Una vez realizado el modelamiento y la representación de papeles, las conductas recién aprendidas tienen una gran probabilidad de mantenerse, lo cual no sucederá a menos que se vivan esas conductas como experiencias recompensadas.



Entrenamiento en resolución de problemas

Una persona se enfrenta a un problema cuando acepta una tarea que no sabe de antemano cómo resolver. Los problemas difieren en el grado de complejidad y dificultad.

Fases en la resolución del problema

1º Preparación:

Análisis de datos, restricciones, criterios de solución.

Resultado: división del problema en otros más sencillos, elementales. Ignorar información para simplificar el problema.

2º Producción:

Operaciones: recuperación desde la memoria de situaciones similares en el pasado.

Exploración de la información ambiental.

Elaboración de posibles soluciones.

3º Práctica de la solución:

Una única intervención.

Seriación de posibles soluciones.

4º Evaluación:

Evaluación de resultados. Contraste con el criterio inicial.

Modificaciones.

Para resolver problemas es esencial afrontar éstos con una actitud positiva. No hay que verlos como amenazas, sino como retos o desafíos que van a poner a prueba nuestras capacidades y, por ello, van a permitir también desarrollarlas. La actitud correcta ante los problemas consiste en afrontarlos activamente, considerarlos como oportunidades de desarrollo personal y evolución. Se ha comprobado que, de esa manera, no generan ansiedad sino motivación y estímulo. Incluso en personas que padecen una enfermedad grave, reconocer su existencia y afrontarla activamente disminuye la ansiedad, proporciona una mayor calidad de vida y se asocia con una mayor esperanza de vida. En cambio, las estrategias evitativas se asocian con un mayor malestar físico.

Exposición

Los diferentes procedimientos de exposición constituyen, hoy por hoy, la técnica de mayor eficacia para tratar la ansiedad. A continuación se presenta una serie de recomendaciones sobre la aplicación de esta técnica, de acuerdo con Bados (1995).

En primer lugar, es aconsejable que la exposición sea gradual. Las situaciones a que se expone el paciente deben ser pertinentes y significativas, es decir, situaciones reales que debe afrontar en su vida cotidiana. Debe practicarse con frecuencia. Aunque no está claro que sea mejor hacerlo diariamente, la guía clínica es practicar cada día, sea un día bueno o malo. Hacerlo en los días malos es importante, ya que permite aprender a enfrentar el malestar experimentado. Siempre que sea posible, el sujeto debe practicar solo. En casos de situaciones difíciles, un compañero o un terapeuta pueden acompañarle la primera vez o unas pocas veces, pero el paciente debe completar por lo menos dos prácticas por sí solo en la misma situación. Si debe recibir asistencia de un compañero, éste debe ser entrenado, para lo cual puede observar alguna exposición asistida por el terapeuta.

Antes de comenzar cada práctica, el paciente debe pensar en los beneficios que le supondrá realizarla. Debe prestar atención a los avances que va consiguiendo, por pequeños que sean, y elogiarse por ellos. Inicialmente, una exposición exitosa es aquella en que se afronta la situación temida a pesar del miedo.



Es normal experimentar ansiedad durante la exposición. El paciente debe tener claro que su objetivo es tolerar la ansiedad, no eliminarla. Además, es más fácil controlarla en sus primeras fases, por lo que es necesario aprender a reconocer los inicios de la tensión y lo que se piensa cuando uno comienza a preocuparse. Éstas son las primeras señales de aviso que indican la necesidad de aplicar las estrategias de afrontamiento. En el caso de que éstas no funcionasen porque la ansiedad hubiera alcanzado ya niveles excesivos, el paciente no debe desanimarse, sino intentarlo de nuevo cuando se sienta mejor. Si abandona una situación antes de que la ansiedad haya disminuido lo suficiente, lo que debe hacer es alejarse un poco, tranquilizarse y volver a la situación cuando se encuentre mejor.

El progreso no será lineal. Aunque se avanzará, es normal que haya altibajos y contra-tiempos. Esto es inevitable y no hay que preocuparse por ello. Lo importante es seguir practicando, con lo que el terreno perdido se recupera con rapidez.



Capítulo Ocho

Estrés y salud

Mario Pereyra

Universidad Adventista de la Plata, Argentina



Definición de estrés

El problema del estrés

El estrés es un tema de moda. Miles de artículos y comentarios, publicados en diarios y revistas de actualidad como trabajos eruditos, textos y libros científicos e informes de investigación exhiben su amplia presencia en todos los medios de nuestra cultura. La popularidad del tema no es sólo una cuestión de difusión, sino, principalmente, una experiencia dolorosa. Los reportes epidemiológicos y de salud informan, por ejemplo, que más de tres millones de españoles padecen estrés en el trabajo. En este universo, el colectivo más castigado es el conformado por las mujeres, debido, sobre todo, a su doble condición de trabajadoras y amas de casa. Las conclusiones del informe afirman que 28% de los trabajadores consideran su salud amenazada por el estrés, 16% cree que hacen tareas repetitivas y monótonas, y 25% opina que trabaja a ritmos elevados. Entre los factores que influyen en el estrés se encuentra la sobrecarga de trabajo, el hostigamiento moral y sexual, las rivalidades de poder, la precariedad del empleo y el trabajo nocturno. Según los sindicatos, estas situaciones ocasionan “graves” perjuicios para la salud, que van desde infartos hasta suicidios en tasas superiores a las esperadas. Así, entre 10 y 12% de los afectados por el estrés sufren úlceras, 65% padece alteraciones musculoesqueléticas, y 22% sufre el “síndrome del quemado” (*burn out*). Después de la gripe, el estrés es la principal causa de bajas y ausentismo laboral en España, con 22%. Según sus datos, los colectivos que más sufren de estrés son los profesores de áreas urbanas, los policías, los periodistas, los sindicalistas, los controladores aéreos, las camareras, las secretarías, el personal de reclamaciones, los desempleados, los que trabajan en cadena y el personal sanitario de urgencias (Europa Press, 2001, p. 15).

Por supuesto, España no es la excepción, sino parte de una regla generalizada en casi todo el mundo globalizado de hoy. Para mencionar otro ejemplo, según un informe de la Universidad Sussex (2001), de Inglaterra, México es uno de los países con mayores niveles de estrés en el mundo en razón de que presenta los principales factores que provocan esa enfermedad, tales como pobreza y cambios constantes de situación. El reporte agrega que los cambios que se viven en los niveles político y social, y el elevado índice de pobreza que registra

el país provocan que sus habitantes vivan en constante tensión y depresión. Asimismo, a nivel mundial, uno de cada cuatro individuos sufre de algún problema grave de estrés, mientras se estima que en las ciudades 50% de las personas tiene algún problema de salud mental de este tipo. El asunto es grave porque el estrés es un importante generador de patologías. En países como Estados Unidos, 70% de las consultas médicas son motivadas por problemas derivados del estrés y una cuarta parte de los medicamentos que se venden en ese país son antidepresivos u otro tipo de drogas que afectan al sistema nervioso central (Europa Press, 2001, p. 35).

Por otra parte, el estrés se vive y es manejado de forma diferente por las mujeres y los hombres, pero las primeras son quienes más lo padecen. Por lo general, cuando las mujeres se encuentran en situaciones estresantes, no comunican y se atribuyen la culpa de lo sucedido. En ellas, el estrés suele manifestarse por medio de depresión y trastornos en los hábitos alimenticios. Además, en muchos países son más propensas a vivir situaciones de tensión debido a que en la actualidad desempeñan varios roles —madres, esposas y trabajadoras—, que implican cambios y tensiones constantes. Por su parte, los hombres tienden a manifestar el estrés ya sea mediante pláticas entre amigos o, en situaciones extremas, con violencia y abuso de alcohol y drogas. Uno de los indicadores importante de estrés en el hombre es la impotencia sexual.

El problema del estrés está presente en todos los medios y ambientes. La bibliografía revela que uno de los ámbitos más afectado es el laboral. Se informa que 70% de los trabajadores admiten que sufren algún tipo de estrés excesivo (Humphrey, 1998). Otros estudios aseguran que el estrés laboral está incrementándose debido a los reajustes, la competencia y los constantes cambios de la nueva tecnología (Murphy *et al.*, 1995). La excesiva responsabilidad, los desafíos, la relación con el resto de los trabajadores, la falta de toma de decisiones, incluso la sensación de monotonía, los sentimientos de alienación o la escasa valoración por parte de los superiores y el horario pueden desencadenar el estrés profesional, padecimiento que provoca un gran absentismo, aunque muchas veces estas bajas se disfrazan con otros nombres. Sus consecuencias oscilan desde los estados depresivos, ansiedad, irritabilidad, descenso de la autoestima, insomnio, hasta asma, hipertensión, úlceras, etc. En Gran Bretaña, por citar un ejemplo, el estrés profesional supone un gasto de entre 5% y 10% del producto interno bruto. De acuerdo con especialistas, cada año ocurrirán 160 millones de nuevos casos de enfermedades relacionadas con el trabajo, entre ellas seis de las principales causas de muerte en adultos, manifestadas como padecimientos cardiovasculares, cáncer, enfermedades pulmonares, accidentes, cirrosis y suicidio (Sussex, 2001).

Es posible que uno de los conceptos más revolucionarios de la psicología y la medicina del siglo xx haya sido el del estrés. Debido al protagonismo central que este concepto ocupa en la salud y en la vida de cada individuo se ha constituido una nueva disciplina, la *estresología* (Humphrey, 1998), dedicada al estudio de las teorías, causas, efectos y diferencias individuales del estrés, así como sus aplicaciones a los diferentes ámbitos de la vida humana, entre otros temas.

Este somero análisis revela la trascendencia y extensión del problema del estrés —o mejor dicho del *distrés*— y la necesidad de estudiarlo a fondo, de conocer sus diferentes dimensiones, la manera en que opera y especialmente aprender la forma de manejarlo adecuadamente, ya sea para utilidad personal o para aplicar estos conocimientos en la práctica clínica o en el ejercicio de cualquier actividad que pueda desempeñarse como operador de salud.

Origen histórico

El término “estrés” es de uso común y se le emplea para hacer referencia a una gama muy amplia de experiencias, por ejemplo, nerviosismo, tensión, cansancio, agobio, inquietud y otras sensaciones o vivencias similares. También se aplica a miles de circunstancias o situaciones responsables de esas emociones, como una cantidad excesiva de trabajo, la desmesurada presión que se puede sufrir en cualquier situación comprometida; por ejemplo,



durante la preparación de un examen, la espera en la antesala del dentista, la pérdida del trabajo, discusiones con la esposa/o, enfermedades graves, un jefe difícil, etc. Se utiliza la idea de “estrés” en forma tan frecuente y de manera tan indiscriminada que se ha convertido en una muletilla lingüística que pretende caracterizar todo tipo de amenaza que afecta a una persona. En definitiva, debido a que el término funciona en tan variadas aplicaciones ha perdido su significación específica y la referencia a los diferentes marcos teóricos de donde proviene. De allí la conveniencia de abordar su contenido semántico. Una vía esclarecedora es el tratamiento histórico del vocablo, es decir, el proceso de su evolución.

El concepto de estrés se remonta a la década de 1930, cuando un joven austriaco de 20 años de edad, estudiante de segundo año de la carrera de medicina en la Universidad de Praga, Hans Selye, observó que todos los enfermos a quienes estudiaba, independientemente de la enfermedad que padecían, presentaban síntomas comunes y generales: cansancio, pérdida de apetito, baja de peso, astenia, entre otros síntomas inespecíficos. Esta sintomatología llamó la atención de Selye, quien denominó al fenómeno “Síndrome de estar enfermo”.

Posteriormente, Selye se graduó de médico, realizó un doctorado en química orgánica y luego se trasladó a la Universidad John Hopkins, en Baltimore, Estados Unidos, para realizar un posdoctorado cuya segunda mitad efectuó en Montreal, Canadá, en la Escuela de Medicina de la Universidad McGill. Allí desarrolló sus famosos experimentos del ejercicio físico extenuante con ratas de laboratorio que comprobaron la elevación de las hormonas suprarrenales (ACTH, adrenalina y noradrenalina), la atrofia del sistema linfático y la presencia de úlceras gástricas. Al conjunto de esta “tríada de la reacción de alarma” Selye lo denominó primeramente “estrés biológico” y luego, simplemente, “estrés” (Selye, 1960).

Selye consideró entonces que varias enfermedades (cardíacas, hipertensión arterial y trastornos emocionales o mentales) eran provocadas por los cambios fisiológicos producidos por un prolongado estrés en los órganos, y que estas alteraciones podrían estar predeterminadas genética o constitucionalmente. Al continuar sus investigaciones integró a sus ideas que: no solamente los agentes físicos nocivos son productores de estrés, sino que, además, en el caso del hombre, las demandas de carácter social y las amenazas del entorno que requieren de capacidad de adaptación provocan el trastorno del estrés. A partir de esas bases, el estrés ha involucrado en su estudio la participación de varias disciplinas médicas, biológicas y psicológicas con la aplicación de tecnologías diversas y avanzadas.

El primer trabajo de Selye, que se publicó en 1936, pasó desapercibido. Fue su célebre libro *The Stress of life*, publicado 30 años más tarde, el que consagró definitivamente a su autor. Allí presentó la conocida definición del estrés como “la suma de todos los efectos inespecíficos de factores (actividad normal, agentes productores de enfermedades, drogas, etc.), que pueden actuar sobre el organismo. Estos agentes se llaman alarmógenos, cuando nos referimos a su habilidad para producir estrés” (Selye, 1960, p. 53). En la descripción de la enfermedad que provoca, identifica tres fases básicas, que denomina Síndrome General de Adaptación, SGA (figura 8.1), el cual comprende:

- Reacción de alarma. El organismo, amenazado por las circunstancias se altera fisiológicamente debido a la activación de una serie de glándulas, especialmente en el hipotálamo, la hipófisis (ubicada en la parte inferior del cerebro), y las glándulas suprarrenales, localizadas sobre los riñones en la zona posterior de la cavidad abdominal. El cerebro, al detectar la amenaza, estimula al hipotálamo, el cual produce “factores liberadores” que constituyen sustancias específicas que actúan como mensajeros para zonas corporales también específicas. Una de estas sustancias es la hormona denominada ACTH (*adrenal cortico trophic hormone*: adrenocorticotrófica) que funciona como un mensajero fisiológico que viaja por el torrente sanguíneo hasta la corteza de la glándula suprarrenal, la cual, bajo el influjo de tal mensaje produce la cortisona u otras hormonas llamadas corticoides. A su vez otro mensaje que viaja por la vía nerviosa desde el hipotálamo hasta la médula suprarrenal activa la secreción de adrenalina. Estas hor-



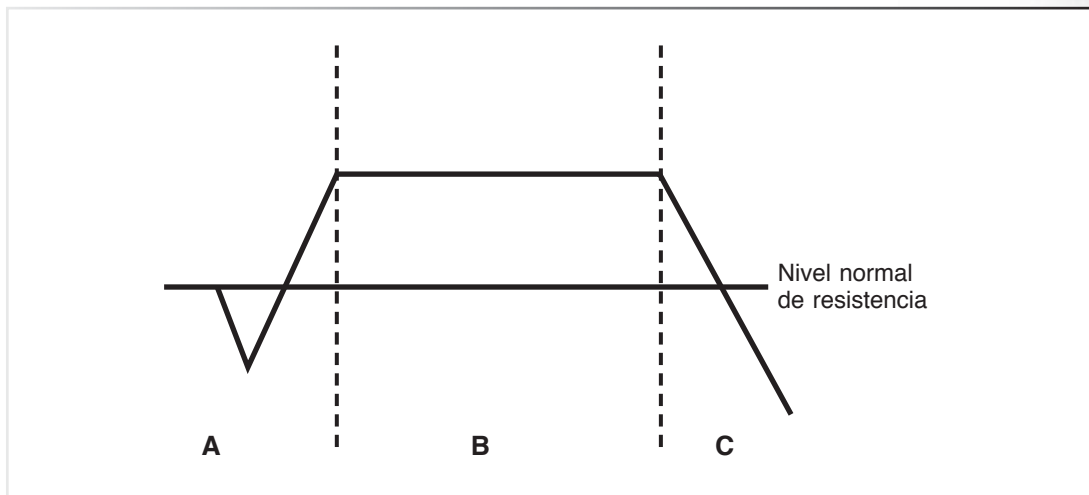


Figura 8.1 Las tres fases del Síndrome de Adaptación General (SAG) de Selye (1975):
A. reacción de alarma; **B.** estado de resistencia; **C.** estado de agotamiento.

monas son las responsables de las reacciones orgánicas en toda la economía corporal.

- Estado de resistencia. Cuando un individuo es sometido en forma prolongada a la amenaza de agentes lesivos físicos, químicos, biológicos o sociales, el organismo no puede sostener indefinidamente la reacción original, por lo cual prosigue su adaptación a dichas demandas de manera progresiva, en una nueva fase de adaptación o resistencia. Durante esta fase suele ocurrir un equilibrio dinámico u homeostasis entre el medio ambiente interno y externo del individuo. A diferencia de la primera fase, que es breve, la segunda es más prolongada, duración que depende de la persistencia del agente estresor y la capacidad del organismo para resistir. Cuando esa capacidad disminuye o se agota, comienza la fase siguiente.
- Fase de agotamiento. Selye observó que después de una “prolongada exposición a cualquiera de los agentes nocivos, esta adaptación adquirida finalmente se perdía” (Selye, 1960, 43). Al sobrevenir el agotamiento, el sujeto suele sucumbir ante las demandas, pues se reducen al mínimo sus capacidades de adaptación e interrelación con el medio.

Es de hacer notar que casi dos décadas después, en 1974, Selye realizó una nueva revisión del concepto de estrés, con base en la cual reiteró la vieja definición de la “respuesta inespecífica del cuerpo a cualquier tipo de demanda” (Selye, 1975a, p. 14) y también conserva la descripción del SAG (ídem, 26-27), aunque reconoció las limitaciones de su teoría y la necesidad de ampliar sus contenidos. Más adelante nos referiremos a la ampliación de su modelo.

A pesar de estos estudios y de los miles de trabajos producidos sobre el tema, la ambigüedad o imprecisión de la noción de estrés persiste (Franks, 1994). Hay quienes califican el término de “ubicuo” (Bermúdez, 1996), por la dificultad para definirlo adecuadamente. Esos equívocos y confusiones son originadas por el mismo vocablo “estrés”, que, en inglés, tiene acepciones difíciles de traducir. Por eso, nos parece conveniente, antes de abordar concretamente el significado del concepto, anotar algunas consideraciones sobre su etimología.



Etimología del término

El término *stress*, de origen anglosajón, significa “tensión”, “presión”, “coacción”. Así, por ejemplo, *to be under stress* se puede traducir como “sufrir una tensión nerviosa”. En este sentido, *stress* es casi equivalente a otro término inglés, *strain*, que también alude a la idea de “tensión” o “tirantez”. Aunque ambos vocablos tienen algunas semejanzas, presentan ciertas diferencias. El uso más destacado de *strain* se realiza en el campo de la física, en donde se emplea en referencia a la presión o tirantez a que es sometido un cuerpo por una fuerza determinada (por ejemplo, la tensión de una cuerda o de un músculo). Por otra parte, *stress* tiene otras acepciones, como “énfasis” o “hincapié”. Por otra parte, en el ámbito lingüístico significa “acento”.

Por lo demás, es un término neutro, es decir, para su correcta comprensión requiere de un adjetivo o de un prefijo que califique o caracterice el uso que se le quiere dar. Es semejante a lo que sucede con otros vocablos, como “humor” o “ganas”. Así, cuando decimos “¡qué buen humor tiene!” o “¡lo hizo de mala gana!”, es necesario agregar el adjetivo para que pueda entenderse el mensaje. Cuando se le utiliza con un prefijo, aplicamos la expresión *distrés* y *eutrés* para referirnos, en el primer ejemplo, a las consecuencias perjudiciales de una excesiva activación psicofisiológica, y en el segundo para hablar de la adecuada activación necesaria para culminar con éxito una determinada prueba o situación complicada (Gutiérrez, 1998).

La cuestión es que para los angloparlantes la imagen mental que se forman del concepto *stress* presenta más matices que para nosotros, ya que al traducirla se importó la acepción psicológica, perdiéndose las otras. En definitiva no es la mejor palabra para transmitir la idea que Selye pretendió. Omar (1995) sostiene que Selye eligió el término porque tenía un conocimiento muy precario del inglés. Incluso, se habría arrepentido e intentado cambiarlo por el término *strain*, que sería más adecuado, pero el inesperado auge que había adquirido el vocablo primigenio imposibilitó el cambio. Su mismo creador reconoce que el término ha tenido una gran aceptación “en todos los idiomas extranjeros, incluidos aquellos en los que ninguna palabra de este tipo existía previamente” (Selye, 1975b).

Así, el término *stress*, “al no encontrar una traducción satisfactoria en otros idiomas, pasó como tal a formar parte del lenguaje científico universal”, dice Donaliso (1996). Por su parte, *strain* no consiguió traspasar la barrera idiomática y hoy sólo se cita en medios psicológicos para aludir a los correlatos fisiológicos del *distrés* (véase Luecken *et al.*, 1997).

¿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 “*eutrés*” 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. A continuación presentaremos una síntesis de cada una de estas perspectivas, con sus respectivas definiciones de estrés.

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 hipotálamo-hipófiso-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,



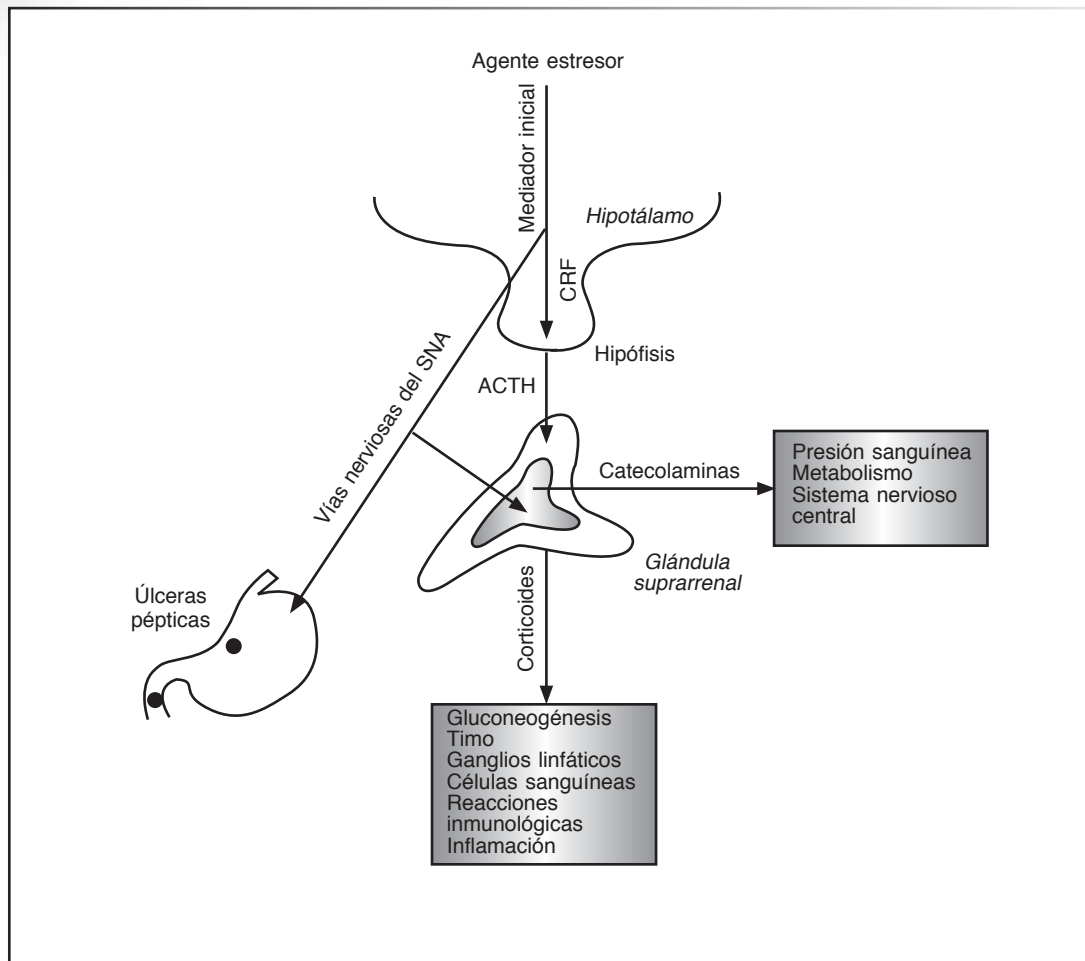


Figura 8.2 Modelo de Hans Selye. Patrón de respuesta de estrés. Vías principales que median la respuesta del organismo ante el estresor (CRF = *corticotropin releasing factor*, factor liberador de ACTH; ACTH = *adrenocorticotropin hormone*, hormona adrenocorticotropa; SNA = sistema nervioso autónomo).

que muchos no supieron manejar adecuadamente, por lo cual sucumbieron ante la enfermedad.

Basándose en la valoración que las personas comunicaban sobre el grado de adaptación que determinados acontecimientos vitales demandaban, los investigadores asignaron valores a tales eventos, lo cual dio por resultado la construcción de la célebre escala conocida como The Social Readjustment Rating Scale (SRRS), publicada primeramente en 1967 (Holmes y Rahe, 1967). Esta herramienta de investigación estaba conformada por una lista de 43 sucesos, organizados de mayor a menor, que según la magnitud del cambio introducido en el último año recibían una determinada puntuación. Los investigadores descubrieron que quienes registraban menos de 150 unidades (UCV) en el SRRS (véase tabla 8.1), tenían 30% de posibilidades de enfermar en el futuro, en tanto que aquellos que obtenían entre 150 y 299 puntos tenían 50% de posibilidades, mientras que con 300 o más UCV, las probabilidades de enfermar al cabo de un año ascendían hasta 80%.

Tabla 8.1 Escala de Holmes y Rahe (1967)

Escala de reajuste social		
Posición	Acontecimiento vital	Valor medio
1	Muerte del cónyuge	100
2	Divorcio	73
3	Separación matrimonial	65
4	Encarcelamiento	63
5	Muerte de un familiar cercano	63
6	Lesión o enfermedad personal	53
7	Matrimonio	50
8	Despido del trabajo	47
9	Reconciliación matrimonial	45
10	Retiro	45
11	Cambio de salud de un miembro de la familia	44
12	Embarazo	40
13	Dificultad o problemas sexuales	39
14	Incorporación de un nuevo miembro de la familia	39
15	Reajuste de negocio	39
16	Cambio de situación financiera	38
17	Muerte de un amigo íntimo	37
18	Cambio de tipo de trabajo	36
19	Cambio en el número de disputas con el cónyuge	35
20	Hipoteca superior a 10,000 dólares	31
21	Juicio hipotecario por crédito o hipoteca	30
22	Cambio de responsabilidad en el trabajo	29
23	Hijo o hija que dejan el hogar	29
24	Problemas legales	29
25	Logro personal notable	28
26	La esposa comienza o deja de trabajar	26
27	Comienzo o fin de la escolaridad	26
28	Cambio de condiciones de vida	25
29	Revisión de los hábitos personales	24
30	Problemas con el jefe	23
31	Cambio de turno o de condiciones laborales	20
32	Cambio de residencia	20
33	Cambio de colegio	20
34	Cambio de actividades de ocio	19
35	Cambio de actividad religiosa	19
36	Cambio de actividades sociales	18
37	Hipoteca o crédito inferior a 10,000 dólares	17
38	Cambio de hábito de dormir	16
39	Cambio en el número de reuniones familiares	15
40	Cambios de hábitos alimentarios	15
41	Vacaciones	13
42	Fiestas navideñas	12
43	Leves transgresiones a la ley	11



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 *bassles*— 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.

Definición interactiva. Teoría de la evaluación cognitiva

Los dos enfoques anteriores otorgan relevancia ya sea a las variables internas o a las externas del estrés, lo cual constriñe al sujeto a un rol pasivo, a la vez que minimiza los factores psicológicos. En contraste con estos enfoques, esta perspectiva atribuye a la persona la acción decisiva en el proceso, pues especifica que el estrés se origina en la evaluación cognitiva que hace el sujeto al intermediar las relaciones particulares entre los componentes internos y los provenientes del entorno. El principal expositor de esta perspectiva derivada de la psicología cognitiva fue Richard S. Lazarus quien, en 1966 presentó su primer trabajo (1966), para, posteriormente, en 1984, junto a Susan Folkman, escribir el texto primordial, *Stress, Appraisal and Coping*, traducido al español como *Estrés y procesos cognitivos* (1986).

El modelo de Lazarus considera que el estrés es el resultado de una evaluación de daño/pérdida, de amenaza o de desafío. En el primer caso, el sujeto evalúa hechos consumados, en el segundo los anticipa, y en el tercero, se mueve entre la posibilidad de perder o ganar. Muchos factores personales influyen en esa evaluación —motivaciones, compromisos, creencias, expectativas, etc.—, pero quizás el trabajo más importante de Lazarus haya sido el de definir con particular precisión los factores situacionales que hacen probable una evaluación estresante. Así, por ejemplo, habla de la novedad, la inminencia, la predictibilidad, la duración, la incertidumbre, la ambigüedad y la cronología biográfica (Valdés, 1986, p. 17).

En forma específica, Lazarus y Folkman (1986, p. 43), definen el estrés como “una relación particular entre el individuo y el entorno que es evaluado por éste como amenazante o desbordante de sus recursos y que pone en peligro su bienestar”. La clave de la psicología del estrés son los “actos de evaluación cognitiva” que determinan el valor de la amenaza. Lazarus distingue tres tipos de evaluación: la primaria, la secundaria y la reevaluación. La evaluación primaria, que se centra en la situación, se produce en cada encuentro o transacción con algún tipo de demanda externa o interna. Aquí intervienen cuatro modalidades de evaluación, a saber: 1) amenaza: la anticipación de un daño posible; 2) daño/pérdida: son los resultados de esa amenaza; 3) desafío: es la valoración de la situación que hace el sujeto que



conlleva resultados inciertos y 4) beneficio: es una valoración positiva que no induciría a estrés. Las tres primeras formas permiten definir sendos tipos de estrés (de amenaza, pérdida o desafío).

La evaluación secundaria ocurre posteriormente a la primera y se centra en la valoración de la propia eficacia que tendrán las medidas que adopte para hacer frente a la situación. Se trata de los “recursos de afrontamiento” o habilidades de *coping*, que incluyen los recursos físicos (salud y energía), los recursos psicológicos (las creencias positivas) y las aptitudes (técnicas para la resolución del problema y habilidades sociales). Además, se deben considerar los recursos ambientales, de tipo social (apoyo social) y los recursos materiales (dinero, bienes y servicios). Finalmente, la reevaluación son los procesos de *feedback* que ocurren durante el proceso de interacción entre el individuo y las demandas, que permite realizar las correcciones necesarias, al asimilar nuevas informaciones o cambios de la situación que determinará los respectivos cambios de conducta.

Una vez que se ha realizado la acción evaluativa, las manifestaciones de estrés van a ocurrir en la medida de la eficacia que tengan las actuaciones que ponga en marcha el sujeto para hacer frente a la amenaza. A esas acciones se les denomina “estrategias de afrontamiento”, o *coping*. Por afrontamiento se entiende, específicamente “aquellos esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas externas y/o internas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo” (Lazarus *et al.*, 1986, p. 64). Se trata, pues, de conductas dirigidas a dominar, tolerar, reducir o minimizar las demandas excesivas que amenazan al sujeto. Este concepto se diferencia de otros planteamientos, pues considera que el afrontamiento es un proceso diferente de las conductas adaptativas automatizadas, que pone el acento en los “esfuerzos” más que en los resultados y que busca “manejar” las situaciones estresantes. En la sección sobre “Manejo del estrés” desarrollaremos las funciones, modos o estilos de afrontamiento.

Distrés versus eustrés

Selye reconoció los aspectos positivos del estrés, debido a lo cual bosquejó una suerte de filosofía de la vida que otorga la posibilidad de extraer de este concepto los mejores beneficios. Según Gutiérrez García (1998), el “padre de los estudios del estrés”, habría incluso diferenciado resultados “agradables o desagradables”. Al que provoca los primeros le denominó como “eustrés” o “buen estrés”, y al segundo, “distrés”, o “mal estrés”. Afirma al respecto que “el hecho de que el eustrés cause mucho menos daño que el distrés demuestra gráficamente que es el ‘cómo te lo tomes’ lo que determina, en último término, si uno puede adaptarse al cambio de forma exitosa”. Sin embargo, estas distinciones no modificaron su concepción general del estrés como “respuestas inespecíficas a los diversos estímulos positivos o negativos que actúan sobre él”.

En general, la investigación científica ha adoptado la idea del estrés con una significación de consecuencias negativas para el individuo que lo sufre. Reconocer la pertinencia de una utilización técnica dual (“eustrés” *versus* “distrés”), forzosamente implica elaborar un nuevo modelo interpretativo en la medida de que ambos constructos se perciban con cualidades propias. Se trata de “establecer un nuevo enfoque positivo de las situaciones de desajuste, de tal forma que se potencien aspectos muy reducidos o desdeñados con las anteriores estructuras y se reconduzcan alternativas de intervención/prevenición que parecen, actualmente, en situación de “punto muerto” (Gutiérrez, 1998).

Este modelo cuestiona la identificación del estrés con el distrés, es decir, quedarse con una visión psicopatológica que desconoce la perspectiva de la salud, la cual completa los casos y situaciones de eustrés, cuando el individuo realiza una gestión exitosa de las demandas de su entorno. Es la dimensión del estrés satisfactorio, que ofrece a sus actores experiencias positivas, sensaciones y sentimientos placenteros (sensación de bienestar, de adaptación),



que fortalecen la propia autoestima y refuerzan las estrategias de afrontamiento (Bunting *et al.*, 1986). Pueden resumirse en lo que Antonovsky (1979, 1987) denomina “fuerzas salutogénicas” y “vivencia de coherencia”, la personalidad “Hardiness” o resistente de Kobasa (1982, 1983), la autoeficacia de Bandura (1977, 1986), el *locus* de control interno, la personalidad tipo B, el optimismo (Scheier *et al.*, 1985, 1986), la esperanza (Pereyra, 1997) y el concepto de resiliencia (Walsh, 1998). Todo esto conforma no sólo barreras que ayudan a mejorar la adaptación y reducir las consecuencias del distrés sino que desarrolla criterios valiosos para entender mejor la salud.

Desde un enfoque fisiológico puede pensarse el eustrés (Nogareda, 1994) como el aumento de catecolaminas (hormonas del sistema nervioso vegetativo) sin la aparición de cortisol (hormona del eje hipófiso-suprarrenal). Es decir, el cortisol vendría a actuar como un biomarcador de las situaciones de distrés. Expresado de forma alternativa, el eustrés sería la situación neuroendocrina que genera el mantenimiento de actividades en las que, sean cuales fueran las demandas, el grado de control del sujeto es alto (o bajas las restricciones). Por otra parte, si se definen en relación con el abordaje terapéutico, los procedimientos podrían diferenciarse. Así, por ejemplo, el tratamiento del distrés trata de reducir la tensión muscular, aliviar los prejuicios y liberar la mente de los nocivos procesos cognitivos de la demanda de estrés, mientras que los procesos de eustrés no estarían al servicio de neutralizar o minimizar los prejuicios del distrés, sino que tratarían de promover los procesos de salud y bienestar.

Gutiérrez (1998, p. 46) resume esta perspectiva cuando afirma que “es posible diseñar una formulación del proceso general de estrés que modele tanto los sucesos negativos como los positivos (distrés y eustrés, respectivamente): variables ambientales y recursos (distresores y eustresores), características de la persona (nocivas y salubres), experiencias subjetivas (apreciaciones cognitivas), respuestas del individuo en casos de eustrés (satisfacción, mejora y acumulación de estrategias) y distrés (estrategias de afrontamiento, resultados y consecuencias), y posibilidades de transformación (generación de eustrés a partir del distrés). Todo ello, teniendo en cuenta el discurrir de los distintos procesos a lo largo del tiempo (su influencia en las posibilidades de cambio y transformación, de cronificación de síntomas, etc.)”. En definitiva, pretendemos establecer un modelo que proporcione soluciones a los aspectos negativos de las situaciones de estrés y destaque la relevancia de los aspectos activos y positivos: un modelo que promueva el eustrés.

Modelos integradores multimodales

Los múltiples y fructíferos avances de la investigación científica del estrés durante las últimas décadas han permitido descubrir que no se puede reducir a definiciones unívocas o a esquemas simples, sino por el contrario, es necesario entender que se trata de un conjunto complejo de variables que funcionan sincrónica y diacrónicamente, articuladas en diferentes niveles de interacción a lo largo de procesos temporales. Por lo tanto, para dar cuenta del significado del concepto de estrés es necesario recurrir a modelos explicativos lo suficientemente globales que abarquen los diferentes componentes intervinientes, pero a la vez, lo suficientemente específicos para precisar y focalizar las acciones concretas. Además, los modelos deben posibilitar su actualización y dar respuesta a las cuestiones que van planteándose, sin despreciar o subestimar los aciertos de anteriores investigaciones. En consecuencia, este enfoque responde a un nuevo paradigma que a nuestro criterio corresponde a lo que podríamos llamar modelos multimodales.

No existe un modelo unánimemente aceptado por todos los investigadores que explique todos los aspectos de la forma de actuación del estrés. Los múltiples modelos existentes (ver, por ejemplo, Skodol *et al.*, 1990; Palmer *et al.*, 1995), por lo general parten de una concepción que reconoce la definición de estrés como transacción entre sujeto y ambiente, a la vez que otorgan la debida importancia a los procesos cognitivos implicados, las demandas psicosociales, los recursos materiales, sociales y personales, las variables disposicionales de



personalidad, las estrategias de afrontamiento y las respuestas del sujeto en todos los niveles. Un modelo que nos parece satisfactorio es el de Sandín (1995), ya que incluye todos los elementos o componentes mencionados, aunque en forma esquemática.

Como puede apreciarse en la figura 8.3, abarca siete etapas que comprenden otros tantos principios implicados. Ellos son: 1) demandas psicosociales: comprende lo que comúnmente se llama “estrés psicosocial” o los estresores ambientales; 2) evaluación cognitiva: incluye los niveles de evaluación primaria y secundaria, así como los posteriores procesos de reevaluación; 3) respuesta de estrés: incluye el complejo de respuestas fisiológicas (neuroendocrinas y las del sistema nervioso autónomo) y las respuestas psicológicas, tanto emocionales como a nivel cognitivo y motor; 4) estrategias de afrontamiento (*coping*): los esfuerzos conductuales y cognitivos que emplea el sujeto para enfrentar tanto las demandas externas como las internas; 5) apoyo social: disponibilidad de personas de confianza, lazos sociales, contacto social significativo, pertenencia a una red social, apoyo personal; 6) variables disposicionales: incluye los tipos de personalidad, los factores hereditarios, el sexo, la raza y otros por el estilo; 7) estado de salud: aunque esta variable depende de todas las anteriores, hay ciertas conductas relacionadas con la salud que pueden facilitar (por ejemplo, fumar, ingerir alcohol o realizar conductas de riesgos para la salud) o inhibir los efectos del estrés (por ejemplo, hacer ejercicio físico sistemático, realizar una dieta alimenticia equilibrada y moderada).

Conviene resaltar que se trata de un esquema con fines didácticos que no es exhaustivo, y que, además, se trata de un “modelo dinámico y comprensivo, que implica interrelación entre los distintos componentes, que puede servir como marco teórico para entender la complejidad del concepto de estrés, y que posee valor heurístico para estimular nuevos trabajos e investigaciones sobre la psicopatología del estrés” (Sandín, 1995, 44).

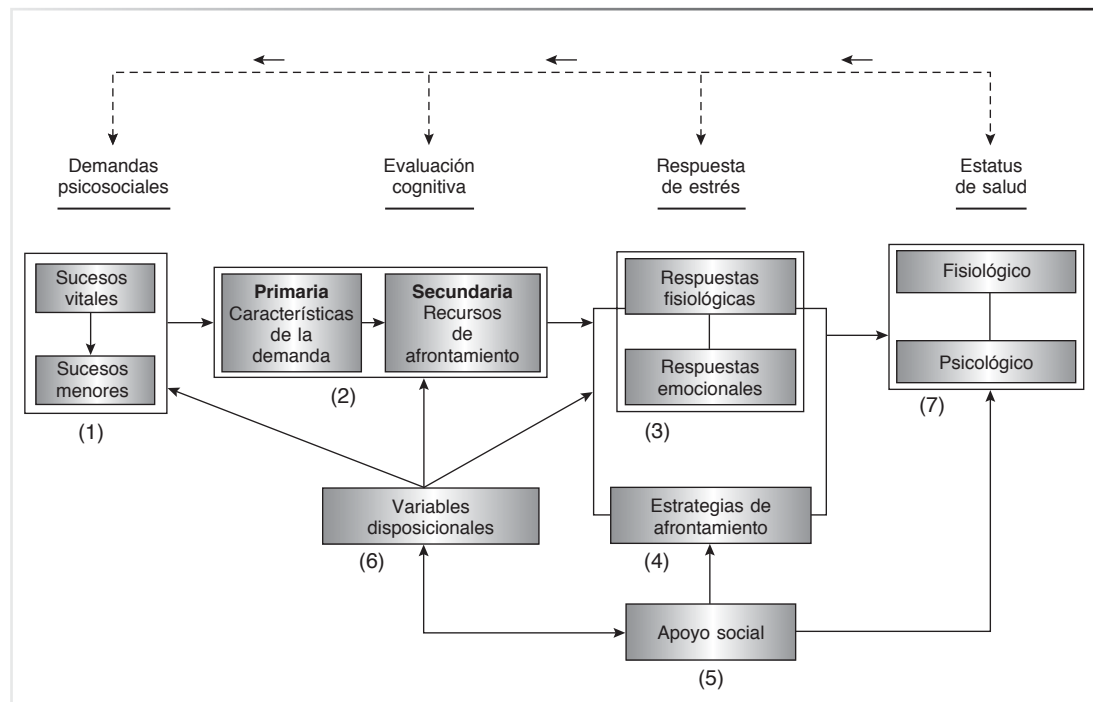


Figura 8.3 Modelo de Sandín (1995, 13).



Moderadores de la experiencia del estrés

Los factores 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 *basless* (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 (véase la figura 8.4). 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; Włodarczyk, 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



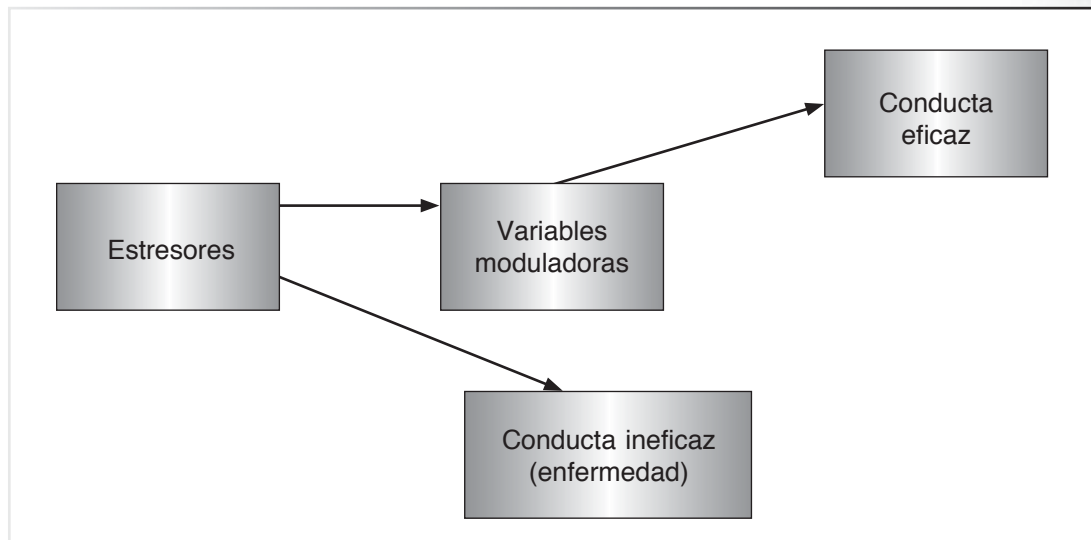


Figura 8.4 Las variables moduladoras y sus efectos.

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”.

La personalidad

Además de las variables mediadoras de la respuesta al estrés de tipo cognitivo (evaluación cognitiva y estrategias de afrontamiento, temas que se considerarán más adelante) y del apoyo social, deben ser consideradas las variables personales de tipo disposicional. Las investigaciones han identificado una cantidad de variables de personalidad que aparecen relacionadas con diferentes enfermedades y otras que se asocian a potenciadores de la salud.

Así, pues, en aquellos sujetos que sufren patologías isquémicas, se ha descubierto que las características principales de personalidad serían el alto nivel de perfeccionismo, la inflexibilidad, la susceptibilidad en sus relaciones sociales y una baja autoestima. Se ha caracterizado a la personalidad de este grupo como patrón de conducta Tipo A, que ha sido analizado junto con uno de sus componentes principales, la hostilidad. A pesar de que muchos estudios se han centrado en estudiar el rol de la hostilidad como factor de riesgo para contraer la enfermedad coronaria, los mecanismos mediante los cuales ésta manifiesta sus efectos en el sistema cardiovascular no han sido aún dilucidados. Las discusiones y dudas generadas en torno del patrón Tipo A ha promovido múltiples planteamientos. Uno de los trabajos más sugestivos es el de Bruce McEwen (1998), de la Universidad de Rockefeller (Nueva York).

McEwen realizó una evaluación de 113 estudios científicos sobre el estrés, sus tipos y efectos a corto y largo plazos. Con base en sus investigaciones desarrolló el concepto de “carga alostática” para dar cuenta del desgaste que se padece durante la adaptación a las situaciones estresantes. Ante cualquier situación de estrés, externo o interno, responden el sistema nervioso central, el eje hipotalámico-hipofisario (HPA), el sistema cardiovascular, el metabólico y el inmunológico. La reacción no es igual en todos. Por ejemplo, a la mayoría de las personas se les activa el HPA cuando tienen que hablar en público. Después de enfrentar repetidamente este suceso, muchas personas se habitúan y la secreción de cortisol (un glucocorticoide segregado por las glándulas suprarrenales como respuesta al estrés) no se incrementa como durante los primeros discursos. Sin embargo, se calcula que 10% de los individuos siempre estarán tensos cuando tengan que dar una conferencia y sus niveles de cortisol aumentarán en todas las ocasiones. ¿A qué se debe este fenómeno psicofisiológico?

En primer lugar es necesario distinguir dos aspectos básicos de cómo cada uno enfrenta una situación estresante: 1) la forma personal de percibir o evaluar el estímulo; y 2) las condiciones del organismo o estado general de salud, que depende de factores genéticos, ambientales y del estilo de vida. Así, por ejemplo, se ha demostrado que las personas cuya tensión arterial se eleva durante horas después del episodio estresante, suelen tener un familiar directo, padre o madre, hipertenso. Son, pues, los genes los que elevan la susceptibili-



dad a sufrir el estrés cardiovascular. De modo que la carga alostática depende de las variables personales y del tipo de estresores que se enfrentan.

McEwen (1998) ha precisado cuatro tipos de carga alostática. En el primer tipo está provocada por el estrés puntual, aquel que causa una respuesta física inmediata. Una persona tiene que acudir a una cita importante y un atasco de tránsito le impide llegar a tiempo. Esta situación desencadena un estrés inmediato. Como consecuencia, se eleva la tensión arterial, lo que puede incrementar las probabilidades de infarto en las personas con factores de riesgo. La segunda clase es la respuesta normal, pero mantenida, constante, al estrés. Es el resultado a una exposición prolongada a las llamadas hormonas del estrés (las catecolaminas, adrenalina y noradrenalina, que son las sustancias que libera el sistema nervioso simpático, y los glucocorticoides). Determinados profesionales, tales como ejecutivos, pilotos de avión, médicos o enfermeros de terapia y colectiveros son los que más sufren este tipo de carga alostática. El tercer tipo se configura cuando la respuesta física al estrés se prolonga en el tiempo. Está demostrado, por ejemplo, que las mujeres depresivas sufren una pérdida de masa ósea. Estas féminas, cuya carga alostática es crónica debido a su estado mental, poseen concentraciones elevadas de cortisol que inhiben la formación de hueso. Finalmente, el cuarto tipo de carga alostática se produce por una respuesta física inadecuada al estrés. Es decir, cuando uno de los sistemas no responde correctamente ante la amenaza del estímulo, el organismo actúa mediante la activación de otros sistemas que no suelen ser los corrientes. Si una situación tensa no eleva los niveles de cortisol de un individuo, por ejemplo, su fisiología tiene que compensar esa deficiencia con un aumento de citoquinas inflamatorias. Ensayos con ratas han demostrado que las consecuencias de esta respuesta anormal aumentan la susceptibilidad de estos animales a padecer trastornos autoinmunitarios o inflamatorios.

Así como el Tipo A se caracteriza por manejar las situaciones de sobrecarga de un modo que a largo plazo puede llevar a desarrollar enfermedades coronarias, también se ha encontrado otro patrón de personalidad que estaría asociado con el riesgo de contraer cáncer, denominado en forma genérica Tipo C (por cáncer). Fue descrita por Temoshok (1987) como colaboradores, conciliadores, complacientes, amables, poco exigentes y pacientes. Son más bien dóciles y rara vez llegan a confrontaciones, lo cual contrasta con el patrón de comportamiento tipo A.

Por su parte, Kobasa y su equipo (1982, 1983), descubrieron un tipo de personalidad fuerte, resistente o dura a situaciones de alto nivel de estrés, que denominaron con el término inglés *hardiness* (dureza). Su estudio original se basó en una población de hombres ejecutivos que fueron separados en dos grupos: uno con alto nivel de estrés y de enfermedad y otro con alto nivel de estrés y bajo grado de enfermedad. Los dos grupos fueron sometidos a una batería de pruebas de personalidad. Los trabajadores que mostraban un mayor grado de inmunidad a las enfermedades, a pesar de las fuertes presiones que soportaban, exhibieron las tres características comunes, que llamaron las tres "c" en razón de que las palabras inglesas que las definen comienzan con esa letra. Las tres características comunes de la personalidad *hardiness* son: 1) compromiso (*commitment*), con ellos mismos y con quienes compartían las tareas. Se trata de una fuerte convicción en sí mismo y en lo que hacen. Es un sentimiento de adhesión al trabajo o tarea porque se identifica con sus objetivos y prioridades de vida. La gente comprometida sabe en lo que está involucrada y lucha por ello. Además, manifiesta un fuerte espíritu de solidaridad con sus compañeros involucrados en la comunidad de intereses que comparten; 2) sentido de control (*control*) en el manejo de las experiencias y eventos. Es la creencia de que uno puede influir en el curso de los acontecimientos o ser responsable de las experiencias propias y 3) desafío (*challenge*), que consiste en la idea de que los problemas y las dificultades en lugar de ser una amenaza son una oportunidad para el cambio o la posibilidad de experimentar situaciones nuevas. Lo que a otros les produciría pánico o malestar, para estas personas eran una aventura que las estimulaba a luchar. Quienes tenían esta cualidad eran individuos que no percibían las situaciones como negativas sino como un hecho positivo que les permitía la posibilidad de superarse y ser mejores.



La resiliencia

La resiliencia “es la capacidad humana para enfrentar, sobreponerse y ser fortalecido o transformado por experiencias adversas” (Grotberg, 2001, p. 20). El término, que proviene de la física, se aplica a la elasticidad de un material, que puede resistir un choque o el impacto de un objeto contundente. La traducción de la expresión inglesa corresponde a “entereza”, que significa la fortaleza o resistencia para salir airosos ante los eventos que nos golpean. En psicología se utiliza el concepto para identificar los procesos y hechos que permiten a los individuos y familias soportar los desafíos y estados persistentes de estrés con éxito. “Se trata de la capacidad potencial de un ser humano de salir herido pero fortalecido de una experiencia aniquiladora” (Walsh, 1998, p. 14). “Este enfoque se funda en la convicción de que el crecimiento del individuo y la familia puede alcanzarse a través de la colaboración en la adversidad” (Walsh, 1998, p. 12).

El concepto de resiliencia fue descubierto por Werner (1993), durante un estudio epidemiológico realizado en la isla de Kauai (Hawai), donde siguió por años el desarrollo de unas 500 personas sometidas a condiciones de extrema pobreza. A pesar de las situaciones de alto riesgo a las que estaban expuestos muchos niños, observó que algunos lograban sobreponerse al infortunio y construirse como personas sanas y con buena calidad de vida. Al comienzo consideró a esos niños como “invulnerables”, portadores de condiciones genéticas especiales. Posteriormente descubrió que en todos los casos habían gozado en su desarrollo del apoyo irrestricto de un adulto significativo (padres, tío, abuelo u otro pariente o amigo) que los defendió y fue una fuente de fortaleza en las dificultades. Desde entonces surgió una primera generación de investigadores orientados a descubrir los factores protectores que están en la base de la adaptación positiva de los niños en condiciones de adversidad. Actualmente se ha conformado una segunda generación de investigadores que han expandido el tema de la resiliencia a diferentes campos, buscando modelos que posibiliten la implementación de programas sociales eficaces (Infante, 2001).

Chok Hiew y colaboradores (2000) descubrieron que las personas resilientes enfrentaban a los estresores y a las adversidades de forma tal que reducían la intensidad del estrés y lograban el decrecimiento de los signos emocionales negativos, tales como la ansiedad, la depresión y la ira, a la vez que aumentaban la salud emocional. Las conclusiones que extrajeron es que la resiliencia promueve la salud mental y emocional, además de ser un buen modulador del estrés.

Estrés y enfermedad

Psicopatogenia del estrés

La práctica médica ha constatado por años que diversas enfermedades son producto del estrés. Desde los trabajos pioneros de Cannon y Selye, se aceptan sin reservas el papel preponderante del estrés como pieza clave en los procesos psicopatogénicos, el término “enfermedades de estrés” se ha impuesto en la medicina. En psiquiatría, las situaciones de estrés son reconocidas como susceptibles de desencadenar manifestaciones psicopatológicas de la más variada patología, generalmente moduladas por la personalidad, la patología previa y el estado psicofísico del paciente. El concepto de “reacciones de estrés” se recoge en distintos apartados de la sección de Psiquiatría de la Clasificación Internacional de las Enfermedades de la Organización Mundial de la Salud (CIE-10). El *Manual Diagnóstico y Estadístico de la Asociación Psiquiátrica Norteamericana*, en su última versión (DSM-IV), incluye en su clasificación multiaxial (en el eje IV: problemas psicosociales y del entorno), un código representativo de la intensidad del estrés previo al inicio del cuadro patológico. Los factores de estrés son múltiples y variados,

y su clasificación y estudio detallado resulta necesario para poder entender su intervención precisa en la patogénesis de los diferentes tipos de trastornos asociados con él.

Los estilos de vida actual son cada día más demandantes, lo cual genera un incremento notable de las cargas tensionales que deben sobrellevarse, situación que puede producir la aparición de diversas patologías. Sin embargo, como dijimos antes, el estrés es un concepto complejo que involucra una multiplicidad de factores y procesos interrelacionados, es decir, que no depende exclusivamente de las presiones o amenazas del medio el hecho de que una persona enferme (en las mismas condiciones otras personas gozan de excelente salud) sino de la conjunción singular de todas las variables intervinientes.

Para complementar el modelo de Sandín podemos agregar el modelo de Dohrenwend y Dohrenwend (1978), lo cual nos permite determinar con mayor precisión los procesos implicados en la psicopatogenia del estrés. Este modelo describe un proceso (véase figura 8.5) que se inicia con los acontecimientos vitales estresantes (también puede ser un solo evento) y finaliza (en el otro extremo) con los cambios posibles, si es que tal cambio se produce. En la primera fase del modelo se muestra que el suceso vital estresante varía debido a la incidencia de la situación en el ambiente y a las características psicológicas de la personalidad. A su vez, el ambiente está influido por la política y la personalidad, por la educación y los procesos de socialización del sujeto. En segunda instancia ocurre la reacción transitoria de

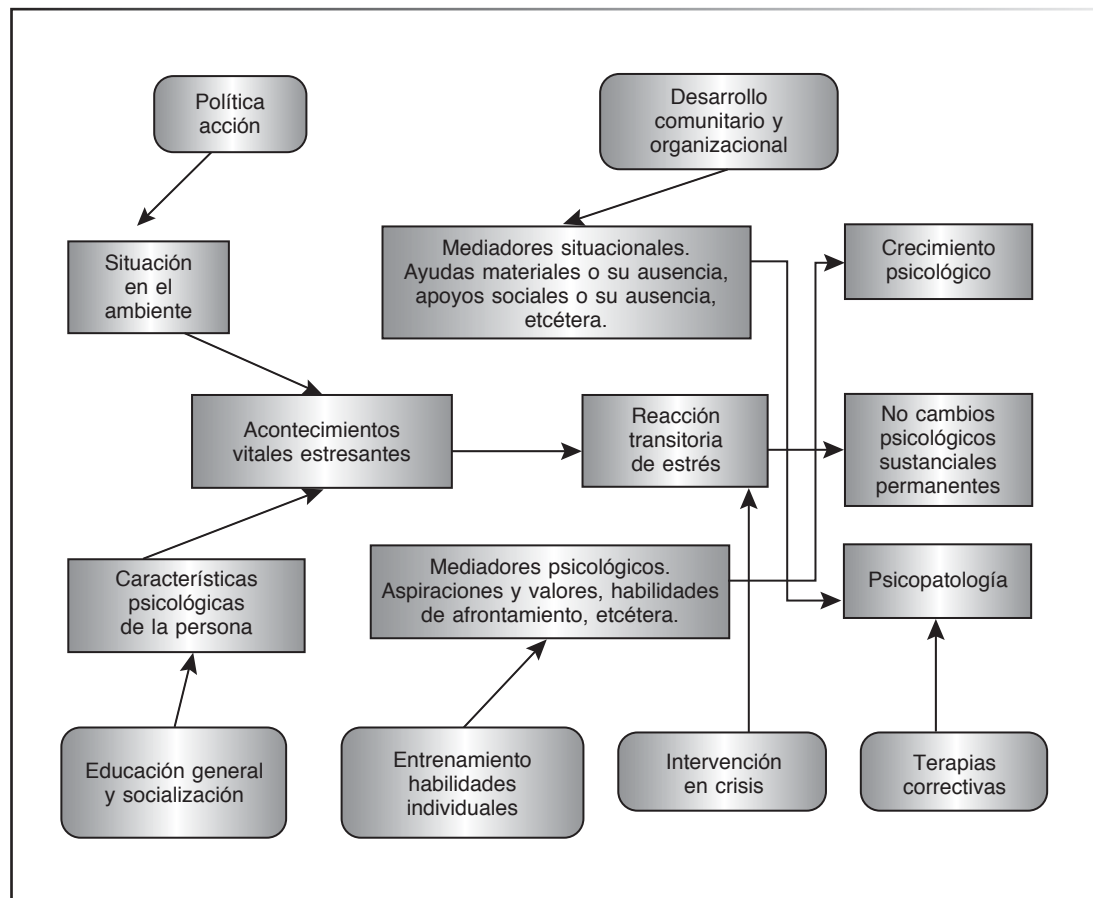


Figura 8.5 Modelo de Dohrenwend y Dohrenwend (1978; cfr. Barrón, 1997, p. 88).



estrés, es decir, la respuesta de estrés. La reacción depende de mediadores situacionales (externos, como puede ser el apoyo social o recursos materiales) y psicológicos (internos, por ejemplo, creencias, valores y habilidades). Finalmente se indican los resultados, que en razón de que interactúan con los mediadores y otras situaciones, como pueden ser las crisis, dan lugar a tres alternativas posibles: 1. Crecimiento psicológico: la crisis puede ser superada y contribuir al desarrollo personal, es decir, generar nuevas capacidades adaptativas. 2. Ningún cambio: el sujeto continúa igual. 3. Psicopatologías: pueden aparecer disfunciones o una amplia variedad de trastornos que requerirán de la utilización de terapias correctivas.

Desde otra perspectiva, Cox (1978; *cfr.* Pérez, 2001), luego de hacer una síntesis muy compendiada, clasificó las afecciones que produce el estrés en seis categorías diferentes: *a)* Efectos subjetivos: por ejemplo, ansiedad, angustia, agresión, irritabilidad, apatía, *b)* Efectos conductuales: propensión a los accidentes, drogodependencia, excitabilidad, entre otros posibles, *c)* Efectos cognitivos: bloqueo mental, dificultad en la toma de decisiones, fallas de la concentración, etc, *d)* Efectos fisiológicos: por ejemplo, en los niveles de glucosa, en la presión sanguínea, etc, *e)* Efectos sobre la salud: como asma, insomnio, desórdenes psicósomáticos varios, trastornos cardiovasculares, *f)* Consecuencias en el ámbito organizacional: como ausentismo, pobreza de las relaciones interpersonales, baja productividad, etcétera.

Otra distinción importante que se ha realizado con respecto a las enfermedades que sobrevienen a consecuencia del estrés, es la clasificación en dos grandes grupos: las enfermedades por estrés agudo y por estrés crónico.

Enfermedades por estrés agudo

Estos padecimientos se presentan en los casos de exposición breve e intensa a los agentes lesivos, en situaciones de gran demanda que el individuo debe solucionar. Aparecen en forma súbita, evidente, fácil de identificar y generalmente son reversibles. Las enfermedades que habitualmente se observan por estos efectos son: *a)* trastorno por estrés agudo, *b)* trastorno por estrés post-traumático, *c)* ataque de pánico, *d)* fobias, *e)* trastornos del estado del ánimo (por ejemplo, estado depresivo mayor), *f)* trastornos psicósomáticos, como úlceras, cefaleas, contracturas musculares, entre otros muchos síntomas posibles.

La ansiedad en una situación específica de peligro que causan todos los síntomas anteriores, pero usualmente éstos desaparecen en corto tiempo. Algunas personas, incluyendo niños y adolescentes, presentan síntomas de ansiedad aún sin una causa identificable. Por razones de espacio sólo nos referiremos brevemente a los tres primeros casos de la lista anterior (*a*, *b* y *c*).

En el trastorno por estrés agudo, según el DSM-IV (APA, 1995), el individuo reexperimenta un acontecimiento traumático grave acontecido con anterioridad, al cual responde con horror, ansiedad, un intenso miedo y desesperanza. Los síntomas más comunes son la reducción de la expresión de los sentimientos, desapego, reducción de la conciencia o embotamiento, desrealización (sensación de que el entorno es irreal o extraño), despersonalización (sensación de irrealidad o falta de familiaridad consigo mismo) y amnesia disociativa (incapacidad de recordar el evento traumático). El individuo presenta un acusado comportamiento de evitación de aquellos estímulos que pueden hacer aflorar recuerdos del trauma y presenta síntomas significativos de ansiedad o aumento de activación (arousal). Para hacer el diagnóstico, las alteraciones deben durar dos días como mínimo y no más de cuatro semanas. Las personas con este trastorno pueden tener sentimientos de desesperación, muchos se sienten culpables por haber sobrevivido al evento o por no haber prestado la suficiente ayuda a otros que estuvieron allí. A veces hasta llegan a sentirse responsables de las consecuencias de lo que sucedió. Existe un alto grado de probabilidad de que sujetos con este problema sufran un trastorno por estrés postraumático (TEPT).

Las personas que sufren de TEPT tienen recuerdos persistentes y pensamientos espantosos de su experiencia y se sienten emocionalmente paralizadas. El TEPT fue reconocido



originalmente en los combatientes de guerras pero puede ser resultado de otros incidentes traumáticos, tales como raptos, accidentes, desastres naturales, ataques violentos, violaciones, torturas u otros semejantes. El evento que desata este trastorno suele ser algo que amenaza la vida de la persona o de alguien cercano a ella. Cualquiera que sea la razón del problema, los individuos con TEPT reviven el trauma en forma de pesadillas y recuerdos inquietantes durante el día. Pueden también sufrir trastornos del sueño, depresión, sensación de indiferencia o se sobresaltan fácilmente. Es posible que se sientan irritables, agresivos o violentos. A veces se presenta una disminución de la reactividad al mundo exterior, “embotamiento psíquico” o “anestesia emocional”, poco después del acontecimiento traumático. También el sujeto puede describir una sensación de futuro desolador (por ejemplo, creer que no obtendrá trabajo, ni podrá casarse o formar una familia o llevar una vida normal). El sujeto con este trastorno padece constantemente síntomas de ansiedad o aumento de la activación (arousal). Evitan ver cosas o lugares que les recuerden el incidente. Los aniversarios del suceso suelen ser días malos. El cuadro sintomático debe estar presente más de un mes y provocar un malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo. Cuando la duración de los síntomas es inferior a los tres meses se evalúa como agudo, mientras que cuando supera ese tiempo se convierte en crónico. El TEPT es una patología con una tasa de prevalencia-vida en torno a 8% en la población general, por lo que se presenta con una frecuencia mayor que otros trastornos de ansiedad (Bobes *et al.*, 2001).

En los casos de trastornos de ataque de pánico (TAP) se padecen sensaciones de terror que aparecen repentina y reiteradamente sin previo aviso. Debido a que no pueden anticipar cuándo ocurrirá un ataque, muchos individuos experimentan una intensa preocupación y ansiedad en espera del próximo ataque. Los síntomas principales de un TAP son: palpitaciones, dolores en el pecho, mareos o vértigos, náusea o problemas estomacales, sofocos o escalofríos, falta de aire o sensación de asfixia, hormigueo o entumecimiento, estremecimiento o temblores, sensación de irrealidad, terror, etc. Se experimenta la sensación de estar sufriendo un ataque al corazón o de apoplejía, de pérdida de razón o de estar al borde de la muerte. Los ataques pueden ocurrir a cualquier hora, aun durante el sueño. Además, por lo general suelen durar aproximadamente dos minutos y en ocasiones pueden llegar hasta los 10 minutos, pero, en circunstancias excepcionales pueden durar una hora o más.

Patologías por estrés crónico

La persistencia de los agentes estresantes durante meses o años produce enfermedades de carácter más permanente, con mayor importancia y gravedad. Inicialmente, el estrés genera alteraciones fisiológicas, pero su persistencia crónica produce serias alteraciones de carácter psicológico y en ocasiones falla de órganos o funciones vitales. A continuación mencionaremos algunas de las alteraciones más frecuentes, que suelen ser: dispepsia, gastritis, insomnio, colitis nerviosa, migraña, depresión, agresividad, disfunción familiar, neurosis de angustia, trastornos sexuales, disfunción laboral, hipertensión arterial, infarto al miocardio, adicciones, trombosis cerebral, conductas antisociales y psicosis severas.

Una abundante bibliografía científica demuestra la estrecha relación entre el estrés y los trastornos cardiovasculares como la hipertensión arterial, la patología coronaria, las arritmias y la muerte súbita (Álvarez Rayón *et al.*, 1998; Fichera y Andreassi, 1998; Siegman *et al.*, 2000; Welin *et al.*, 2000). La sexualidad y la función reproductora también resulta afectada por este padecimiento, dada la estrecha vinculación entre el cerebro y el sistema hormonal. El estrés prolongado disminuye los niveles de sangre en la hormona sexual de la testosterona. Según un informe de la Organización Internacional del Trabajo (OIT) (Europa Press, 2001), el estrés en el embarazo tiene efectos negativos sobre el feto y la salud de la madre. Uno de cada



cuatro niños nacidos han estado en el seno materno en lugares de trabajo sometidos a múltiples riesgos. Es conocido que el incremento del consumo de tabaco, alcohol y otras drogas legales como ilegales suelen ser síntomas de estados de estrés.

Estrés y sistema inmunológico

Las investigaciones en esta área han descubierto que las diferentes formas de comportamiento influyen en las células inmunitarias, aumentando o disminuyendo su actividad, a veces, incluso, durante periodos prolongados. Se puede comprobar que dormir bien o expresar los sentimientos son actitudes positivas para el sistema inmunitario, mientras que la depresión, el estrés crónico en el trabajo o el insomnio resultan a menudo contraproducentes. El cerebro y el sistema inmunitario se relacionan entre sí. La pregunta importante es cómo se comunican y en qué medida influyen en la salud.

Los estudios experimentales en ratas puestas bajo situación de estrés han permitido detectar cambios en las células inmunitarias. En estas circunstancias, la capacidad de división de las células B (las fábricas de anticuerpos) y T (las células destructoras de las células extrañas) se reduce hasta 90%. Las “células asesinas” atacan a los tumores de una forma menos eficiente y las células T producen menos agentes químicos fundamentales, como la interleucina-2 o gamma-interferón. Los efectos retardados de una dosis de estrés pueden durar días. Si se pone a prueba una rata mediante shock eléctricos, giros u otras agresiones, se producen más tumores y de mayor tamaño, pero sólo si se trasplantan al animal antes de su experiencia “estresante”. El trasplante de tumores después de estas experiencias tiene el efecto contrario. Es como si el sistema inmunitario, mediante un mecanismo que se desconoce, tuviera un efecto de rebote después del estrés (Mestel, 1994).

Hoy se conoce que cada tipo de célula inmunitaria reacciona de forma diferente ante el estrés. En cualquier tipo de experimento que se proponga, unas células aumentan su actividad mientras que otras la disminuyen. Janice Kielcolt y Ronald Glaser, de la Universidad de Ohio, abordaron el problema la década pasada. Luego de analizar muestras de sangre de estudiantes de medicina en diferentes temporadas del año, demostraron que en época de exámenes tenían una respuesta inmune más débil: sus células asesinas y sus células T funcionaban por debajo de la normalidad, y también existía una disminución de gamma-interferón. Por el contrario, los sistemas inmunitarios de los estudiantes eran más potentes después de las vacaciones de verano. “En una persona joven y sana, las pequeñas subidas o reducciones diarias de la actividad del sistema inmunológico no importan mucho” (dice Glaser). El problema se agudiza en las personas ancianas, debido a que su “sistema inmunológico ya está empezando a debilitarse. Un estrés añadido puede ponerles en una situación límite” (Mestel, 1994).

Existe suficiente evidencia de que aliviar el estrés y la depresión marca una importante diferencia en la evolución de los cánceres de piel, de mama o sanguíneos o de la médula ósea. Jean Richardson descubrió que los pacientes con leucemias y linfomas viven significativamente más tiempo cuando se les visita en sus domicilios. El efecto de esta atención individualizada puede explicarse independientemente de que las personas atendidas en sus hogares cumplen mejor el tratamiento médico. Fawzi ha presentado descubrimientos similares. Dividió a 74 pacientes con melanoma en dos grupos. A uno de ellos se le proporcionó los cuidados habituales, al otro se le dió seis sesiones de grupo de apoyo, en las que se analizaron los problemas típicos con los que se encuentran los pacientes cancerosos, y les enseñaron estrategias para sobreponerse a ellos. Seis meses después, el grupo que había recibido el tratamiento adicional presentaba una actitud psicológica mejor que el “grupo de cuidados rutinarios” (Mestel, 1994).



Ajuste al estrés

Concepto de ajuste

Como expresamos antes, en la literatura científica existen diferencias importantes en la manera de adaptarse a las mismas situaciones estresantes. Mientras que algunas personas son capaces de lograr un ajuste fácilmente (al menos aparentemente) a tales situaciones (por ejemplo, ante una enfermedad crónica), otras tienen enormes dificultades para adecuar su comportamiento y experiencias emocionales a la misma situación. Las investigaciones se han focalizado en distintos factores explicativos de esas diferencias, como puede ser la edad, la experiencia previa con situaciones similares, el apoyo social, las expectativas de los sujetos, factores de personalidad y otros.

Corresponde precisar que cuando aquí hablamos de “ajuste” no lo hacemos como un atributo interno de la conducta, ya que en ese sentido toda conducta es de ajuste o adaptativa, sino en el sentido de ajuste eficaz o bien logrado. Este concepto implica que el sujeto es entendido en relación activa con el mundo o el entorno. No está en contraposición ni en dependencia con el medio, sino en un intercambio dinámico, interactivo, que configura una praxis de transformación propia y de lo real en el transvasamiento constante de acciones y reacciones. Según la teoría cognitiva transaccional de Lazarus (1986), se trata de los procesos cognitivos y actos adaptativos “que se desarrollan para manejar las demandas específicas externas y/o internas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo”. En otros términos, implica aquellas estrategias de ajuste que permiten al individuo adecuarse a los requerimientos de las situaciones desafiantes, tanto de su entorno como de sus necesidades y aspiraciones personales.

Existen varios modelos que intentan explicar el ajuste. Quizás el más conocido es el de Bandura (1978), que postula el principio del determinismo recíproco. Este paradigma es representable mediante un esquema triangular, cuyos vértices corresponden a la situación (S), la personalidad (P) y la conducta (C). El determinismo no es simétrico ni recíproco en todos sus aspectos, sino irregular debido a la diferente gravitación de las variables en juego (véase figura 8.6).

La crítica que se formula a este modelo es su carácter estático y fijista, es decir, está concebido como un fenómeno sincrónico. En ese sentido, Fierro (1997), propone un modelo superior de carácter diacrónico (véase figura 8.7), que se representa mediante un diagrama cinético (o cinematográfico) que trata de dibujar cómo corre a lo largo del tiempo la película de las influencias mutuas entre las instancias en juego. En él, además, en una doble franja, superior e inferior, se indica que un conjunto de eventos, de procesos, en gran medida independientes del triángulo básico, inciden desde afuera, en él: en la secuencia de las situaciones suceden acontecimientos del todo exógenos, extraños; en la persona agente se producen procesos biológicos no generados por los otros dos vértices del triángulo. Es así como aparece una figura del determinismo recíproco bastante más compleja.

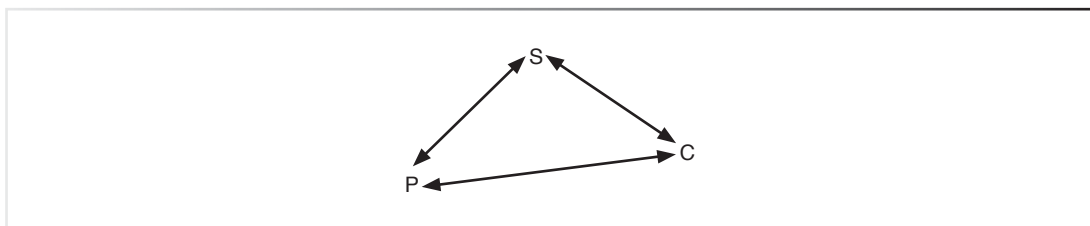


Figura 8.6 Triángulo del determinismo recíproco de Bandura.



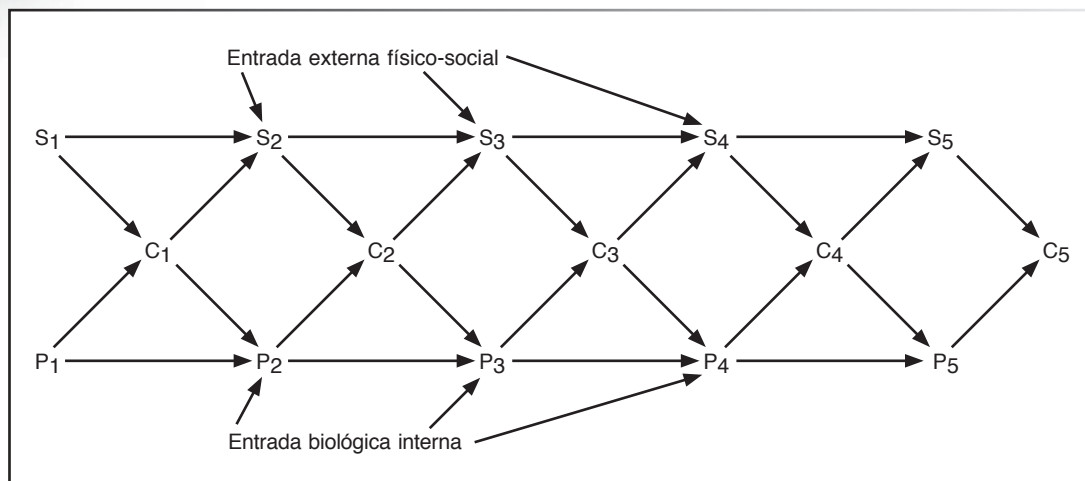


Figura 8.7 El curso de las determinaciones mutuas (Fierro, 1997).

Considerando que en la próxima sección abordaremos el ajuste en sus recursos externos, es decir, en la interrelación situación-conducta, $S \leftrightarrow C$, aquí trataremos los ajustes internos, esto es, lo relacionado con la personalidad-conducta o $P \leftrightarrow C$. Particularmente, nos focalizaremos en los recursos o condiciones personales para el ajuste, ya que los estilos cognitivos específicos de afrontamiento los trataremos en la última sección del presente módulo.

Las condiciones personales hacen referencia a los valores y creencias internalizadas que proscriben ciertas formas de acción y de sentimientos (dicen Lazarus y Folkman, 1986, p. 188) y a los déficits psicológicos que son producto del desarrollo del individuo.

En este aspecto, se ha prestado atención a una serie de factores de diferenciación individual, que de alguna manera contribuirían a interpretar por qué algunos sujetos tienen una mayor capacidad de ajuste que otros para lidiar con situaciones potencialmente amenazantes. Sin pretender ser exhaustivos ni completos, identificaremos algunas de esas condiciones. Particularmente, desarrollaremos el modelo de salutogénesis de Antonovsky, la teoría del “desamparo aprendido”, la teoría atribucional y la teoría de la esperanza-desesperanza (Pereyra, 1997).

El modelo de salutogénesis

El sociólogo israelí Antonovsky (1988), desarrolló un modelo de génesis de la salud o salutogénesis, que se ocupa de los factores que contribuyen a que las personas permanezcan sanas a pesar de condiciones desfavorables o muy negativas. Investigó mujeres que estuvieron detenidas en campos de concentración, entre las cuales descubrió que 29% gozaban de buen estado físico y psíquico a pesar del horror padecido. Destacó entre ellas, como recurso personal central de su éxito adaptativo, lo que denominó “vivencia de coherencia”.

La vivencia de coherencia es una orientación global que expresa en qué medida alguien posee una sensación de confianza generalizada, duradera y dinámica, 1) de que los acontecimientos del propio mundo interior y del entorno son estructurados, predecibles y explicables, 2) de que hay recursos disponibles para enfrentar las exigencias derivadas de dichos sucesos y 3) que estas exigencias representan desafíos por los cuales vale la pena comprometerse (Antonovsky, 1988, p. 19).



Los tres componentes básicos de la vivencia de coherencia fueron denominados: 1) sentimiento de comprensibilidad: es la idea que espera estímulos previsibles, o por lo menos, si son sorprendidos, estructurables y explicables, 2) sentimiento de factibilidad: se refiere a la percepción de disponer de recursos para afrontar las exigencias. A diferencia de la teoría atribucional, no se trata únicamente de recursos que uno puede controlar, sino todo tipo de recursos, propios y de otros (familiares, amigos, compañeros, profesionales) e incluso de Dios, 3) sentimiento de sentido: es la creencia que la vida tiene un sentido o existe alguna explicación aun para cosas desgraciadas o absurdas. Este enfoque tiene mucha similitud con el concepto de “voluntad de sentido” de Frankl (1982, 1991).

El “desamparo aprendido” (*learned helplessness*)

En cierta ocasión, un joven graduado de la Universidad de Pennsylvania, Martín Seligman, observó el fracaso de un grupo de perros en un estudio de aprendizaje experimental de laboratorio. Normalmente, cuando un animal recibe una descarga eléctrica corre de manera frenética de un lado a otro hasta que, en forma accidental, salta la barrera y escapa de la zona electrificada. En las pruebas siguientes, el perro escapa más rápidamente, hasta que por último, aprende a evitar las descargas, saltando casi en el momento en que aparece la primera señal o el aviso de que se van a producir los choques. Sin embargo, en el grupo de animales estudiados por Seligman se encontró que éstos exhibían una conducta diferente: no hacían nada para intentar escapar a las descargas. Cuando éstas comenzaron, pronto dejaron de correr y de aullar, y se quedaron sentados o tendidos hasta que cesó la prueba; no cruzaron la barrera para escapar y parecía que aceptaban pasivamente el padecimiento. Seligman descubrió que esos perros habían sido expuestos en experimentos anteriores a golpes eléctricos de los cuales no pudieron escapar. De ese hecho sacó la conclusión que tales canes habían aprendido que el cese de la descarga no dependía de su conducta y que, por lo tanto, nada podían hacer para cambiar la situación. Habían aprendido a ser desvalidos. El hecho remarcable era que esa expectativa negativa de incontrolabilidad seguía actuando aun en aquellas circunstancias en que podrían haberse puesto a salvo huyendo o evitando el campo electrificado.

De allí surgió la teoría del desamparo aprendido (*learned helplessness*). Al sistematizarse las observaciones se concluyó que los animales que habían sido colocados en una situación incontrolable, comparado con otros que no habían pasado por esa experiencia, “raramente repetían la reacción de escape accidental”, es decir, mostraban un déficit para el aprendizaje de nuevas situaciones (Försterling, 1988) y, además, exhibían un déficit motivacional y emocional, ya que permanecían pasivos, en actitud quejumbrosa, sin hacer esfuerzos para evitar el estímulo aversivo y conservaban una conducta apática, resignada y sumisa. “Cuando yo vi por primera vez la indefensión animal —explica Seligman (Trotter, 1987)—, pensé que podría ser un modelo del desamparo humano y que podría ayudarnos a entender el tipo de desamparo que padecen los depresivos.”

Esta primera formulación de la teoría de la indefensión seduce por su originalidad y por la prolijidad de su explicación, pero era demasiado simple y esquemática para aplicarla al ser humano. “Lo que no se tuvo en cuenta —argumentan Lazarus y Folkman (1986, p. 223)— es que muchas personas con una historia de experiencias o condicionamientos negativos mantienen su optimismo y confianza mientras que otras, con una historia positiva, se deprimen.” Tampoco aclaraba cuándo se produce una depresión crónica o aguda, porque hay una pérdida de autoestima en los depresivos o porque ellos se sienten culpables, aun de cosas que escapan a su control. Estas objeciones llevaron a una revisión profunda de la teoría.

Después de varios años de investigaciones apareció una reformulación (Abramson, Seligman y Teasdale, 1978), basada en la teoría cognitiva de la atribución y en el llamado “estilo explicativo” (*explanatory style*). Podría entenderse diciendo que hay acontecimientos negativos que son realmente incontrolables (por ejemplo, mi casa se destruyó en un incendio producido por un cortocircuito) y las personas lo explican con base en los hechos. Pero



hay muchas otras instancias, cuando la realidad es ambigua o susceptible de varias explicaciones. Así, por ejemplo, si fui reprobado en un examen, ¿fue porque el profesor se ensañó conmigo o la responsabilidad es totalmente mía?

Teoría de la atribución

La teoría revisada del desamparo corresponde a la teoría de la atribución, que sostiene que cada individuo tiene un estilo propio de explicar los eventos malos cuando la realidad es ambigua. Ese estilo personal de percibir e interpretar las desdichas o desventuras está determinado por tres tipos de causas: *a)* estables o inestables; *b)* globales o específicas; *c)* internas o externas. Por ejemplo, si fui reprobado en el examen, puedo dar una variedad de razones. Si mis explicaciones son siempre iguales, son estables; por ejemplo, llego a la conclusión de que “yo siempre soy reprobado en todos los exámenes”. Si se da esa condición de estabilidad (de mis explicaciones para los malos eventos), puedo esperar que se repitan situaciones análogas y mostrar signos de desamparo cuando tenga que presentar un examen, de acuerdo con el ejemplo. Por otra parte, si mi explicación es global más que específica, es decir, si generalizo mi indefensión de un contexto dado a todos los aspectos de mi vida (por ejemplo, “soy un incapaz” o “nunca hago nada bien”), mis expectativas serán que sucedan otras cosas malas en otras áreas (no sólo ser reprobado en los exámenes, sino también perder amigos, dinero, etc.) y sentirme un fracasado o un desamparado. Por último, si mi explicación busca razones internas más que externas (“es mi culpa, no del profesor”), probablemente mostraré signos de baja autoestima y tendré mayor tendencia a caer en la depresión.

En síntesis, quien tiende a explicar los acontecimientos negativos de la vida en forma estable, global e interna, esto es, siempre igual y afectando todo lo que hace y atribuyéndose la culpa de todo, corre alto riesgo de deprimirse ante el infortunio e incrementar sus posibilidades de enfermar y morir. Este estilo explicativo dibujaría el perfil del desesperanzado o pesimista.

El artículo de Abramson, Seligman y Teasdale (1978) produjo una abundante bibliografía de investigaciones que han intentado probar la teoría de la indefensión y sus correlaciones con la depresión (Crocker, Alloy y Tabachnik, 1988) y otras enfermedades. Contribuyó a descubrir algunas características de los desesperanzados (por ejemplo, desvalorizarse y auto-culparse por todo), pero siguió siendo cuestionada por muchos expertos. Por tal motivo, el mismo Abramson con otros colaboradores, 11 años después (Abramson, Metalsky y Alloy, 1989) elaboraron una nueva revisión de la teoría del desamparo, que llamaron “teoría de la depresión desesperanzada”, en la cual postularon la existencia de un subtipo de depresión, la “d desesperanzada”, producida por distintos tipos de causas (necesarias, suficientes y contribuyentes), donde incluyeron los altos niveles de estrés, la vulnerabilidad o la tendencia depresógena, el estilo atribucional y otros factores participantes, entre ellos la falta de apoyo social. Los síntomas de la depresión desesperanzada identificados fueron: disminución de la voluntad, tristeza, falta de energía, apatía, trastornos del sueño, dificultades de concentración, ideas negativas e intenciones suicidas. La nueva teoría fue reconocida como promisoría aunque todavía necesitada de más apoyo experimental y evidencias científicas.

Teoría de la esperanza-desesperanza

Cada vez más, las investigaciones ponen de manifiesto la importancia etiopsicopatogénica de la desesperanza y los valores sanitarios de la esperanza en el afrontamiento a situaciones de alto nivel de estrés. De acuerdo al DSM-III-R, los “sentimientos de desesperanza” son un síntoma o indicador diagnóstico presente desde los trastornos mentales orgánicos de tipo demencial hasta las drogadicciones, depresiones, intoxicaciones, trastornos psicóticos y trastornos adaptativos, en un total de 21 cuadros clínicos diferentes.



Irving y colaboradores descubrieron correlaciones estadísticamente significativas entre la “escala de la esperanza” (*Hope Scale*) de Snyder y ocho de las diez escalas clínicas del MMPI. Por nuestra parte, también encontramos correlaciones con el MMPI-2 y nuestra prueba, el Test de esperanza-desesperanza (Pereyra, 1995 a 1996) en la mayoría de las escalas psicopatológicas, lo cual ratificó la asociación entre desesperanza y enfermedad mental (Pereyra, 1995, 162-175). Una serie de investigaciones específicas han identificado algunos de los mecanismos responsables del funcionamiento de la desesperanza en su acción patogénica. Así, por ejemplo, Bonner y Rich (1988), advirtieron que la desesperanza surgía del estrés negativo en personas que tienen pobre capacidad para resolver problemas de autoevaluación. Gómez *et al.* (1990), encontraron que, en personas con intento suicida, la desesperanza se asociaba con los “desórdenes de personalidad” y con la “mentira”. Además, descubrieron que a mayor desesperanza, los pacientes suicidas expresaban mayor frustración por continuar viviendo y una actitud generalizada de decepción por la vida. Asimismo, en una población de 100 niños hospitalizados en un servicio de psiquiatría infantil se observó que los más desesperanzados tenían características de “niño difícil”, eran temperamentales, más ansiosos, de pobre autoestima, mayor dificultad para ajustarse al contexto y tenían un mayor grado de trastornos mentales, comparados con el grupo de menor desesperanza (Kashani *et al.*, 1991).

Por otra parte, la bibliografía también reporta una cantidad importante de estudios sobre los valores sanitarios y de adaptación de la esperanza. Por ejemplo, Snyder *et al.* (1991), informaron que las personas con alto grado de esperanza manifestaron bajo nivel de problemas psicológicos severos, una percepción más positiva de los estímulos de la vida y un sentido de autoestima más elevado. McGee (1984), atestigua que la esperanza es un factor decisivo para resolver las crisis de estrés y las correspondientes a las transiciones del ciclo vital. McGee sostiene que los esperanzados “perciben probabilidades en las situaciones críticas. Demuestran confianza en las fuentes internas para resolver los problemas y generalmente tienen una actitud futura positiva hacia la vida. Experimentan la esperanza como una fuerza motivacional”. Schorr *et al.* (1991), comprobaron que los sujetos esperanzados se percibían a sí mismos como saludables, en control de sus vidas y con sólo una leve ansiedad acerca de la muerte.

Otro estudio muy interesante fue realizado por Nurmi y Lainekivi (1991), sobre 111 adolescentes entre 15 y 16 años, que fueron interrogados sobre sus proyectos y esperanzas futuras y evaluadas en varias funciones intelectuales. Los resultados mostraron que los más inteligentes fueron los que “más frecuentemente mencionaron esperanzas concernientes a su futura educación”. Un descubrimiento parecido realizaron Brackney *et al.* (1992), con relación a la madurez psicosocial que encontraron en mayor grado en individuos con más esperanza. Parecería, entonces, que los esperanzados son más inteligentes y maduros, esto es, con mayor capacidad de ajuste a la realidad. También se ha reportado que la esperanza sería una condición facilitadora del éxito (Frank, 1968; Gottschalk, 1974), la técnica (Mehler y Argentieri, 1989) y la estrategia de la psicoterapia (Pereyra, 1997), que en alguna medida está al servicio de un mejor ajuste del sujeto a su contexto y conflictos personales.

Considerando la importancia de la variable esperanza en el proceso de la salud-enfermedad, elaboramos un modelo operativo con base en el marco teórico que a continuación desarrollamos. El mismo puede sintetizarse diciendo que la esperanza-desesperanza (E-D), la concebimos como un proceso dialéctico, de carácter multidimensional y polifacético. Se trata de un proceso dinámico, en constante tensión dialéctica, con dos alternativas polarizadas que configuran, entre ambas, un espectro gradual continuo con múltiples formas intermedias. Los contenidos de la E-D pueden precisarse en siete dimensiones fundamentales, a saber: 1) sentido prospectivo o retrospectivo, 2) esperar lo mejor o lo peor, 3) novedad o repetición, 4) libertad o fatalismo, 5) fortaleza o derrotismo, 6) confianza o desconfianza y 7) orientación productiva o destructiva (véase tabla 8.2).

Además, el constructo es polifacético porque abarca seis áreas psicológicas, a saber: cognitiva, emocional, conductual, interrelacional, axiológica y trascendente. Es un sistema de cogniciones que tiene como común denominador expectativas positivas acerca de sí mismo y del propio futuro (dimensiones 1, 2, 3, 4). Emocionalmente, la esperanza produce un sen-



Tabla 8.2 Las dimensiones del constructo "esperanza-desesperanza" (Pereyra, 1997, 107)

Esperanza	Desesperanza
1. Sentido prospectivo <ul style="list-style-type: none"> • "mirar hacia adelante" • con metas y objetivos de vida 	1. Sentido retrospectivo <ul style="list-style-type: none"> • "mirar hacia atrás" • sin objetivos de vida
2. Esperar lo mejor <ul style="list-style-type: none"> • expectativas generales positivas • optimismo 	2. Esperar lo peor <ul style="list-style-type: none"> • expectativas generales negativas • pesimismo
3. Novedad <ul style="list-style-type: none"> • posibilidad, apertura, creación • idea de tiempo lineal 	3. Repetición <ul style="list-style-type: none"> • rutina, compulsión, "juego sin fin" • idea de tiempo circular
4. Libertad <ul style="list-style-type: none"> • "libertad para", autoconstrucción • control interno 	4. Fatalismo <ul style="list-style-type: none"> • predestinación, ideas de fracaso • control externo
5. Fortaleza <ul style="list-style-type: none"> • desafío, coraje, resistencia • mayor capacidad de afrontamiento 	5. Derrotismo <ul style="list-style-type: none"> • "síndrome de renuncia" • desamparo o indefensión
6. Confianza <ul style="list-style-type: none"> • aguardar perseverante, fe en Dios • solidaridad y cooperación 	6. Desconfianza <ul style="list-style-type: none"> • inseguridad, temor, escepticismo • menor apoyo social y moral
7. Orientación productiva <ul style="list-style-type: none"> • amor, maduración, biofilia • "síndrome de crecimiento" 	7. Orientación destructiva <ul style="list-style-type: none"> • simbiosis, narcisismo, necrofilia • "síndrome de decadencia"

timiento de fortaleza interior, consuelo, tranquilidad, seguridad y confianza (dimensiones 5 y 6). El aspecto conductual se asienta en la disposición a la acción de la esperanza (dimensiones 3, 4, 5, 6 y 7), que está orientada hacia un resultado en una o más de las cuatro áreas posibles: psicológica, física, social y religiosa. Es interrelacional porque influye en las relaciones humanas y crea una comunicación más solidaria y redes sociales cuantitativa y cualitativamente superiores (dimensión 6). Axiológicamente, la esperanza sostiene los valores de la vida; es expresión de la fe y la confianza, tanto a nivel trascendente como humano. Manifiesta una actitud de solvencia o crédito en el porvenir (dimensiones 1, 2 y 7). Mira confiadamente hacia adelante, para el religioso, sobre la base de un contenido de promesas adjudicadas a Dios. Se asienta en la creencia de que Dios o la vida hará lo mejor para beneficio propio, aunque las realidades presentes "todavía no" lo demuestren (dimensiones 6 y 7).

El ajuste y los recursos externos

Junto con los factores y recursos personales que modulan el ajuste al estrés, existen otros elementos externos al individuo que también pueden condicionar el modo en que éste perciba la situación y la forma de reaccionar ante la misma. Por supuesto, como hemos dicho reiteradamente, estas condiciones, en última instancia, dependen de cómo son categorizadas y valoradas por el sujeto. Sin embargo, aquí procuramos poner el acento en la dimensión objetiva del ajuste. Por ejemplo, para muchos, las condiciones de hacinamiento, las presiones económicas, la sobrecarga de trabajo o el ambiente competitivo son circunstancias que se perciben consciente o inconscientemente como amenazas que promueven diferentes tipos de ajustes, algunos de los cuales pueden ser funcionales, en tanto que otros pueden resultar disfuncionales.



¿Cuáles son los recursos externos que pueden neutralizar los efectos perturbadores del estrés o facilitar un ajuste adecuado? Lazarus y Folkman (1986) han señalado algunos de los más importantes, a saber: *a*) salud y energía, *b*) apoyo social, *c*) recursos materiales y *d*) condiciones ambientales.

Es incuestionable que una persona débil, frágil, enfermiza o cansada está en peores condiciones, a la hora del ajuste, que otra saludable y fuerte. El bienestar físico juega un rol importante en las funciones de adaptación. Es reconocido que personas que han soportado por algún tiempo un proceso de desgaste por la acción crónica del estrés (por ejemplo, cuidar a un enfermo terminal de parentesco cercano, como una madre, padre o hijo), suelen tener un umbral descendido en la recepción de los estímulos, especialmente aquellos amenazantes o lesivos, lo cual promueve una respuesta inadecuada, que en otras circunstancias, con una mejor capacidad psicofísica, hubieran superado con relativa facilidad. De todos modos, varias investigaciones han puesto de manifiesto que personas enfermas o debilitadas, cuando tienen que afrontar una situación sobradamente importante para ellos, pueden movilizar energías inesperadas para salir airosos.

El hecho de tener alguien de quien recibir apoyo emocional —afirma Lazarus y Folkman (1986, 187)—, informativo y/o tangible, ha recabado mucha atención como recurso de afrontamiento en las experimentaciones realizadas sobre estrés, tanto en la medicina conductual como en la epidemiología social. No ocupamos más tiempo en este tema ya que fue tratado antes.

Con respecto a los recursos materiales, el dinero, los bienes y los servicios disponibles son un factor valioso. Por lo general, las personas adineradas viven mejor que las de escasos recursos y tienen otras opciones de afrontamiento. También aquéllas con buen nivel económico tienen acceso más fácil a la asistencia médica, legal, financiera y hasta a nivel humano o social. “Simplemente el hecho de tener dinero, incluso aunque no se use, puede reducir la vulnerabilidad del individuo a la amenaza y de esta forma facilitar el afrontamiento eficaz” (Lazarus y Folkman, 1986).

A veces las condiciones ambientales son propicias y en otras casos adversas. Lazarus relata el caso de una madre que usó sin éxito toda su imaginación y esfuerzos en lograr incluir a un hijo disléxico en un programa terapéutico. El entorno puede diferir en la naturaleza y en la frecuencia de las amenazas, así como en el tipo de opciones que presenta. Existen factores ambientales que pueden inhibir las estrategias de afrontamiento del sujeto, mientras que otros pueden actuar como facilitadores. Un ejemplo expresivo de estos recursos externos es la conducta de grupo puesta de manifiesto en un accidente de una mina donde seis hombres quedaron atrapados. Había un alto riesgo de muerte si no llegaba el rescate a tiempo. En este caso, los factores sociales ayudaron a mantener la esperanza y realizar un ajuste adecuado. Los gritos, llantos y expresiones de desesperación fueron contenidos por uno de los miembros del grupo, al decir: “no llores, necesitamos todas nuestras fuerzas. Creo que resistiré aún un par de días, e incluso más”. Sus compañeros respondieron: “de acuerdo, dejaré de llorar” y estuvieron charlando tranquilos hasta que llegó el rescate (ídem, pp. 189-190).

También se han clasificado los recursos externos, como instrumentales (por ejemplo, apoyos materiales para hacer frente al problema, información sobre posibles soluciones) y emocionales (especialmente las expresiones de reconocimiento y afecto). Cuando se comparan ambos recursos, afirma Bermúdez (1996, p. 208), “la disponibilidad de recursos de carácter emocional parece jugar un papel más importante que disponer de los puramente materiales. La existencia de una buena red de apoyo social va a permitir, de esta manera, al individuo percibir menor grado de amenaza en la situación y disponer, al tiempo, de mayores recursos para hacerle frente de manera más adaptativa”.



Los resultados del ajuste al estrés

Al estudiar los resultados del ajuste es necesario discriminar entre “eustrés” o estrés positivo y “distrés” o estrés negativo. Es obvio que en ambos casos los resultados serán muy diferentes. Selye (1975, p. 83) también declaró: *Stress is the spice of life*, es decir, que el estrés es la sal de la vida o lo que le da sabor. En este sentido, el estrés trae consecuencias de bienestar físico y psicológico, como ocurre con las personas resilientes o *hardiness*. Sin embargo, la literatura científica se ha centrado en los resultados nocivos o perjudiciales, tanto para los individuos como para las organizaciones.

Diversos modelos teóricos sobre el estrés laboral, por ejemplo, consideran los resultados organizacionales del mismo. Entre ellos, Marshall y Cooper (1979), han descrito los llamados “síntomas organizacionales” del estrés, distinguiendo la baja productividad, el absentismo (Woo *et al.*, 1999), la alta tasa de rotación, la accidentabilidad, entre otros, que se asocian con malas condiciones del medio laboral (por ejemplo, luz pobre, temperaturas no confortables) o del contexto social (por ejemplo, alto nivel de conflicto interpersonal) u organizacional (por ejemplo, trabajos pesados, poco descanso). También se ha prestado mucha atención al estudio de la satisfacción laboral, los resultados de desempeño y el *burnout* o el “síndrome de estar quemado”.

En un reciente informe de la (OIT), denominado *Mental Health in the Workplace*, se analiza la situación de los trabajadores, las políticas y los programas de salud mental en el ámbito laboral de cinco países: Estados Unidos, Alemania, Reino Unido, Finlandia y Polonia. Según el documento, uno de cada diez trabajadores sufre depresión, ansiedad y estrés, que en algunos casos llevan al desempleo y la hospitalización. Expertos de ese organismo indican que los costos del estrés laboral están aumentando, y que la incidencia de la depresión entre los trabajadores es cada vez mayor. Precisamente, entre las razones del aumento de las enfermedades mentales, la OIT cita “el impacto de la revolución tecnológica” y la competencia, por lo que “no debe sorprender que cada vez sean más los casos de discapacidad relacionados con la presencia de dolencias crónicas tales como el estrés inducido por trabajo” (Shapira, 2001).

A nivel individual se han investigado las respuestas fisiológicas (presión sanguínea, ritmo cardíaco, niveles hormonales, problemas digestivos, úlceras, etc.), las respuestas emocionales (ansiedad, fobias, hostilidad, depresión, etc.) y las respuestas conductuales (adicciones como el alcoholismo, tabaquismo u otras sustancias psicoactivas, abuso o violencia familiar, accidentes, etcétera).

Como se ha visto, Selye estudió las respuestas del organismo y definió el estrés como la respuesta inespecífica de éste ante cualquier demanda que se le haga y describió el conocido Síndrome de Adaptación General. Una síntesis de este tipo de respuestas se puede apreciar en la tabla 8.3, que destaca el tipo de respuesta fisiológica (cardiovascular, metabólica, estómago, bronquios y de otros órganos), con sus efectos sintomáticos correspondientes.

Con respecto a las respuestas emocionales y conductuales, un estudio realizado por O’Dougherty y Brown (1990), centrado en el estrés generado por la enfermedad en la infancia, realiza una síntesis muy adecuada e ilustrativa, que completa otras informaciones ya adelantadas, sobre las posibles reacciones o impacto psicológico que pueden producirse en el sujeto y en su familia, considerando la edad específica o el grupo de riesgo ante cada estresor específico. Para mayor claridad y detalle, transcribimos los datos más importantes en la tabla 8.4 que aparece más adelante.

Manejo del estrés

Programas de control del estrés

En líneas generales, el estrés puede ser controlado mediante el manejo de técnicas específicas o a través de programas particulares diseñados según el tipo de demanda, los objetivos



Tabla 8.3 Respuestas fisiológicas y cambios orgánicos asociados con el estrés (Sandín, 1995, 30)

Tipo de respuesta/órgano	Tipo de efecto
Cardiovascular	Incremento tasa cardiaca Aumento presión sanguínea sistólica Aumento presión sanguínea diastólica Aumento <i>output</i> cardiaco Vasoconstricción periférica Posibles arritmias cardiacas
Otras respuestas psicofisiológicas	Incremento tensión muscular general Temblor Incremento tasa respiratoria Hiperventilación Incremento de la sudoración Incremento actividad electrodermal Incremento dilatación pupilar Reducción tensión muscular intestinal Reducción de la salivación Reducción amplitud ondas EEG Reducción pH piel/saliva
Respuestas metabólicas	Liberación de glucosa Incremento de producción de glucosa Catabolismo proteico Aumento ácidos grasos libres (mayor liberación de ácidos grasos a la sangre) Aumento del colesterol plasmático Aumento de triglicéridos plasmáticos Incremento del transporte de oxígeno
Estómago	Incremento secreciones gástricas
Bronquios	Dilatación
Timo y sistema inmune	Involución tímica y reducción de la competencia inmunológica
Tiroides	Incremento tamaño/actividad
Suprarrenales	Incremento tamaño/actividad
Glándulas sexuales	Incremento tamaño/actividad
Hígado	Involución
Páncreas	Involución
Riñón	Degeneración

que persiguen (por ejemplo, de tipo preventivo o asistencial), el nivel de aplicación (por ejemplo, para organizaciones, grupos o individuos), las estrategias de intervención (por ejemplo, cognitivas, conductuales, emocionales, mixtas), las técnicas privilegiadas (por ejemplo, inoculación del estrés, desarrollo de habilidades sociales, corrección de hábitos perniciosos para la salud, como eliminar el consumo de tabaco, control de la hipertensión, etc.) u otras categorías determinadas (por ejemplo, disponibilidad, participantes, grado de estrés, etc.). Los seguimientos de programas para reducir el estrés han encontrado que, en la mayor parte de los casos, arrojan resultados positivos (ver Cossette, 2001, en la evaluación de planes para pacientes cardíacos).



Tabla 8.4 Respuesta psicológica a estresores generados por la enfermedad en la infancia (Méndez *et al.*, 1997)

Estresor	Edad específica	Posible impacto psicológico
Hospitalización y separación de los padres	Bebé	Inseguridad de cariño y dificultad en establecer lazos de confianza
	Escolar	Ansiedad de separación Regresión
	Adolescente	Sentimiento de rechazo Desórdenes conductuales Dificultad para establecer autonomía Aumento dependencia de los padres
Aumento de la dependencia de los padres	Escolares	Pérdida de la iniciativa, pasividad
	Adolescentes	Sobreprotección y permisividad de los padres Sentimientos de incapacidad, baja autoestima Conflicto de autoridad Dificultad para la autonomía y separación Pasividad-agresividad, respuestas manipulativas
Consumo de excesiva parte de tiempo y atención de los padres y otros recursos familiares	Todas las edades	Celos de los hermanos y competencia Rechazo, aislamiento, molestia ante bromas Pasividad-agresividad, expresiones de ira Llamar la atención por parte de los hermanos para ganar atención de los padres
Aumento de la carga financiera sobre la familia	Todas las edades	Aumento del estrés familiar Descenso de la capacidad de los padres debido a las horas de trabajo y cuidado del niño enfermo Contribuye a conflictos familiares y divorcio
Falta de aceptación de los padres	Niños y adolescentes	Aislamiento, rechazo, bromas, victimación Depresión retirada, soledad Sobredependencia de los padres Dificultad para establecer una autoimagen positiva Dificultad en el acercamiento seguro hacia los otros
Frecuencia de ausentismo escolar	Niños de edad escolar	Fracaso en consolidar habilidades académicas Frustración, fracaso escolar Baja autoestima
Efecto de la enfermedad sobre el crecimiento y desarrollo físico	Adolescentes varones	Talla pequeña, demora de la pubertad Limitación de la actividad física
	Adolescentes mujeres	Aislamiento y baja autoestima Impacto sobre la autoestima y el ajuste social Infertilidad o problemas de embarazo



Un programa integral debe incluir, por lo menos, el desarrollo de recursos cognitivos y conductuales de afrontamiento eficaz, un programa adecuado de actividades físicas, gimnásticas y/o deportivas, la aplicación de técnicas de relajación muscular, un plan equilibrado de actividades laborales, espacios de esparcimiento o descanso así como la aplicación de un régimen alimenticio apropiado. Existen casos en que, por un tiempo determinado, se impone la necesidad de administrar un tratamiento farmacológico ajustado al problema.

El entrenamiento en estrés (*stress management*) ha sido definido como un programa breve, que normalmente no contiene seguimiento, orientado predominantemente hacia estilos de vida, estrategias de afrontamiento y búsqueda del cambio individual o interpersonal (Martin, 1992). A pesar de la diversidad de los programas diseñados para luchar contra el estrés, casi todos incluyen:

- Acciones psicoterapéuticas para fortalecer el yo, y favorecer el enfrentamiento del hombre con las situaciones estresantes.
- Gimnasia, deportes, caminatas, *jogging*. Está demostrado que 30 minutos diarios de ejercicios ayudan a reducir los efectos negativos del estrés, además de que aumentan el consumo de oxígeno; disminuyen la frecuencia cardíaca y la presión cardíaca; queman grasas y reducen el peso corporal; disminuyen el apetito y previenen la obesidad; mejoran el colesterol bueno (HDL); permiten controlar el nivel de azúcar en sangre; aumentan la masa y la fuerza muscular; estimulan la producción de endorfinas; disminuyen la ansiedad, la irritabilidad y la tensión muscular; elevan el estado de ánimo; mejoran la cantidad y la calidad del sueño; aumentan la autoestima; facilitan la distracción y desconexión del estrés diario.
- Evitar el consumo de sustancias psicoactivas o estimulantes, como el alcohol, tabaco, cafeína o bebidas cafeinadas (tipo “cola”), mateína, la automedicación de psicofármacos y de pastillas para adelgazar u otras por el estilo.
- Régimen alimenticio adecuado para evitar el exceso de grasa, glúcidos y sal. Buscar incrementar las reservas de vitaminas C y complejo B, la ingesta de fibras (por ejemplo, salvado), frutas y vegetales y beber agua suficiente (ocho vasos por día entre las comidas).
- Horarios de sueño y descanso adecuados que permiten al organismo recuperarse de las fatigas diarias.
- Ejercicios de relajación, fundamentalmente dirigidos por el terapeuta para un mejor aprovechamiento.

Sin embargo, lo esencial para un afrontamiento exitoso del estrés es el papel activo del sujeto, por lo cual él debe tornarse consciente del problema. Esto comprende el reconocimiento del problema que produce estrés y darse cuenta de que es resultado de una situación que impide el alcance de los objetivos.

¿Cómo reconocer lo que produce estrés? Para ello debe hacerse un análisis exhaustivo para identificar las situaciones que se perciben como amenazantes o desafiantes en la vida cotidiana, por ejemplo, los cambios recientes, las nuevas responsabilidades o el incremento de las demandas. También se deben identificar los síntomas que aparecen asociados con las situaciones, por ejemplo, lo que produce tensión y dolor de cabeza, sudores, palpitaciones, entre otros posibles. En este proceso es esencial que el individuo reconozca y comprenda por qué esa situación produce estrés. ¿Qué significado tiene para mí? ¿Qué valoración antepuse en el enfrentamiento a esa situación? ¿Estas valoraciones están basadas en hechos obvios? ¿Ayudan a alcanzar mis propósitos? ¿Por qué tiene que ser necesariamente así?

Es forzoso desarrollar nuevas estrategias para afrontar las situaciones que se consideran estresantes. Se puede encarar el estrés mediante el uso de estrategias adaptativas y eficaces. De igual forma que un sujeto puede afrontar adecuadamente el estrés evitando conservarlo, también puede impedir que se manifieste. Para ello es importante:

- Aprender a medir las fuerzas y no violentarse uno mismo intentando hacer algo más allá de sus posibilidades.



- El pensamiento debe corresponder con una visión objetiva de la realidad.
- Tomar el tiempo necesario para responder a las demandas de acuerdo con el estilo propio de cada persona, es decir, seguir el propio paso.
- No existe una solución única y perfecta para cada problema, sino que es necesario aprender a enfrentar las situaciones con los recursos propios o aquellos que se tienen a mano.
- Lo trágico no son las situaciones, sino el modo de interpretarlas; cuando es posible, conviene ver los conflictos y contratiempos como desafíos y no como situaciones amenazadoras. Si es bueno o malo lo que ocurre, depende mucho de cómo se perciba.

Los programas de atención individual en los sitios de trabajo, por ejemplo, contemplan la difusión de información sobre el estrés, sus causas y la forma de controlarlo a través de la educación para la salud de los trabajadores. Estos programas tienen por finalidad ayudarlos a desarrollar habilidades personales que les permitan reducir el desgaste. La idea principal consiste en tratar de identificar los agentes causales del estrés y lograr hacerlos conscientes, mostrar las posibilidades de solución o el manejo inteligente del estrés para poder actuar en consecuencia y contrarrestarlo.

Es importante mejorar los hábitos del trabajador por medio de una alimentación adecuada, la realización de ejercicio físico moderado, gradual y progresivo (muchas empresas tienen gimnasios, promueven los deportes y organizan competencias), los ritmos de sueño adecuados, propiciar las actividades recreativas, disminuir las adicciones y evitar la vida sedentaria. Además, son de gran utilidad las denominadas técnicas de atención que consisten en métodos para ayudar a los trabajadores a resolver sus reacciones fisiológicas y psicológicas, con estrategias para reducir el estrés. Éstas se basan en ejercicios de relajación, autoentrenamiento, bio-retro-estimulación, ejercicios respiratorios, autoestima, meditación e incluso, yoga.

En forma complementaria, se enseña el uso de estrategias para administrar el tiempo, métodos para saber priorizar los problemas, desarrollo de la capacidad de planeación, técnicas de negociación así como ejercitar habilidades para la toma de decisiones, solución de conflictos, conducta asertiva, y mejorar las relaciones humanas.

En el manejo colectivo de los factores causales del estrés, el criterio predominante consiste, desde luego, en reducir al máximo las situaciones generadoras de situaciones tensionales dentro de la empresa. Las acciones específicas se dirigen hacia las características estructurales de la organización, estilos de comunicación, procesos de formulación de decisiones, cultura corporativa, funciones de trabajo, ambiente físico y métodos de selección y capacitación del personal.

Por su parte, el manejo del estrés a nivel de la organización persigue una reestructuración de los procesos y tareas que permita desarrollar las capacidades del trabajador, mejorar su responsabilidad y formas de comunicación por medio de programas de asistencia, círculos de calidad, grupos de asesoría, soporte, participación activa, trabajo de equipo, solidaridad laboral, desarrollo profesional, promoción de su creatividad y procesos de mejora continua.

El cambio debe propiciar una incorporación gradual de los trabajadores a la organización a través de diferentes estrategias como desarrollo organizacional, adecuación de los estilos de liderazgo, redistribución del poder y la autoridad, participación responsable y activa en los procesos de toma de decisiones de las áreas mediante el estímulo a la comunicación interna formal e informal, mejora del ambiente de trabajo, creación de un clima laboral favorable a la empresa y propicio para el desarrollo sustentable, sano e integral de la vida productiva de los trabajadores.

Estrategias de afrontamiento

El afrontamiento es una forma de manejar el estrés con una finalidad adaptativa. Como expusimos antes, se ha definido de manera más precisa como “aquellos esfuerzos cognitivos y



conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para *manejar* las demandas específicas externas y/o internas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo” (Lazarus *et al.*, 1986; las cursivas son mías). Desde esta perspectiva, “manejar”, aunque es un término general, es claro para explicar la idea de maniobrar y en cierta manera “negociar” —como dice Fierro (1997)—, entre las fuerzas internas y del entorno, que no siempre se hace de la manera más eficaz, sino “como uno pueda”. Es extraer recursos cuando no los hay, “sacar fuerzas de flaqueza”, “salir adelante” de la mejor manera posible, “hacer de tripas corazón”, como reza un adagio rioplatense. Lazarus y Folkman (1986), identificaron dos modos diferentes de afrontar el estrés, uno “dirigido a manipular o alterar el problema y el afrontamiento dirigido a regular la respuesta emocional a que el problema da lugar”, es decir, el “afrontamiento dirigido al problema” y el “afrontamiento dirigido a la emoción”. Posteriormente (Folkman y Lazarus, 1985; 1988), fue sistematizado y evaluado en ocho estrategias específicas, tres correspondientes al modo centrado en el problema (confrontación, búsqueda de apoyo social y búsqueda de soluciones) y cinco, referidas al modo centrado en la emoción (autocontrol, distanciamiento, reevaluación positiva, autoinculpación y escape/evitación; véase tabla 8.5).

Gran parte de la bibliografía coincide con el modelo de las ocho estrategias, pero otros investigadores han presentado otras formas de manejo del estrés más completas o detalladas. Así, por ejemplo, McCubbin (1987; *cfr.* Zeidner *et al.*, 1996), que investigó el afrontamiento de los adolescentes secundarios, describe 12 patrones (véase tabla 8.6). Por su parte, Carver *et al.* (1989; *cfr.* Zeidner *et al.*, 1996), que cuestionó el modelo de Lazarus, identificó 13 categorías diferentes, correspondientes a sendas dimensiones de afrontamiento o de manejos posibles del estrés (véase tabla 8.7). A su vez, otros han hipotetizado la existencia de 19 estilos de afrontamiento (Busjahn *et al.*, 1999), la mayoría de los cuales tendrían una influencia gené-

Tabla 8.5 Estrategias de afrontamiento según Folkman y Lazarus (1985; 1988)

Estrategias centradas en el problema

- Confrontación: acciones directas para alterar la situación. Ejemplo: “me mantuve firme y luché por lo que quería”.
- Búsqueda de apoyo social: acciones para buscar consejo, información o simpatía o comprensión. Ejemplo: “acudí a personas amigas que pudieran darme una mano”.
- Búsqueda de soluciones: acciones orientadas a buscar las posibles alternativas de solución. Ejemplo: “analicé detenidamente la situación y me tracé un plan de acción paso a paso”.

Estrategias centradas en la emoción

- Autocontrol: esfuerzos para regular los sentimientos y acciones. Ejemplo: “intenté controlar mis sentimientos y que no me dominara el problema”.
- Distanciamiento: esfuerzos para separarse de la situación. Ejemplo: “procuré distraerme y no pensar demasiado en el problema”.
- Reevaluación positiva: esfuerzos para crear un significado positivo centrándose. Ejemplo: “pasar por esta experiencia enriqueció mi vida”.
- Autoinculpación: verse como responsable de los problemas por medio de autorreproches o autocastigos. Ejemplo: “asumí que yo me había buscado el problema”.
- Escape/Evitación: evitación de la situación de estrés. Ejemplo: “fantasé y soñé con tiempos mejores”.



Tabla 8.6 Estrategias de afrontamiento según McCubbin

- Ventilando sentimientos (*ventilating feelings*): es la expresión de las tensiones y las frustraciones.
- Buscando diversiones: escapar de las fuentes de tensión, mirando películas o jugando con videojuegos.
- Desarrollando la autoconfianza y el optimismo: los esfuerzos por ser más organizados, asumiendo la situación.
- Búsqueda de apoyo social: focalizado en conectarse con otra gente a través de la expresión de los afectos y la resolución mutua de los problemas.
- Resolviendo los problemas familiares: hablando con los padres o buscando entrar en razones con ellos.
- Evitando problemas: usando sustancias como un camino de escape para no enfrentar las dificultades personales.
- Búsqueda de apoyo espiritual: por ejemplo, concurrendo a la iglesia, orando y hablando con el ministro religioso.
- Involucrándose con amigos íntimos: teniendo amigos o amigas con quienes compartir.
- Búsqueda de ayuda profesional: acudiendo a un consejero profesional o un profesor.
- Integrándose a actividades: trabajando en proyectos, proponiéndose logros, metas u objetivos.
- Teniendo buen humor: buscando el sentido del humor y siendo divertido.
- Relajación: orientado a aliviar las tensiones, comiendo, durmiendo de día, conduciendo el automóvil y otras conductas por el estilo.

tica. Otros agregan estrategias específicas, como el “estilo represivo” (Perini *et al.*, 1994), el “fatalismo” (Frydenberg *et al.*, 1997), el “catastrofismo” (Drossman *et al.*, 2000), entre otros muchos que han sido trabajados por la literatura.

Las investigaciones de los distintos tipos de afrontamiento se han centrado en señalar cuáles estrategias resultan más eficaces, sus características funcionales, las consecuencias que

Tabla 8.7 Estrategias de afrontamiento según Carver y colaboradores

- Afrontamiento activo: “hago lo que debo, un paso a la vez”.
- Planificación: “elaboro un plan de acción”.
- Suprimiendo la competencia de actividades: “dejo otras actividades para concentrarme en la actual”.
- Restringiendo el afrontamiento: “espero el tiempo propicio para hacer las cosas”.
- Buscando apoyo social por razones instrumentales: “converso con la gente buscando nuevas ideas para afrontar el problema”.
- Buscando apoyo social por razones emocionales: “hablo con la gente acerca de cómo me siento”.
- Reinterpretación positiva y crecimiento: “aprendo cosas de la experiencia”.
- Aceptación: “aprendo a vivir con el problema”.
- Volviendo a la religión: “pongo mi confianza en Dios”.
- Focalizando en la ventilación de las emociones: “dejo salir mis sentimientos”.
- Negación: “me niego a creer que esto ha pasado”.
- Desvinculación conductual: “renuncio a intentar concretar mis metas”.
- Desvinculación mental: “sueño acerca de otras cosas en lugar de esto”.



acarrear (por ejemplo, para la salud), sus aplicaciones específicas (por ejemplo, en el ámbito laboral), las diferencias de género, sus relaciones con la personalidad y otras variables, entre otros temas. Por ejemplo, hay coincidencia en la literatura con respecto al mayor uso de las mujeres de la búsqueda de apoyo social, probablemente porque cuentan con buenos recursos de verbalización y comunicación (Soriano, 1994).

Se consideran estrategias funcionales las orientadas a focalizarse en el problema la búsqueda de soluciones y de apoyo social, el autocontrol, la reestructuración positiva, el afrontamiento activo, la planificación, el optimismo, el buen humor y otras por el estilo, en tanto se estiman disfuncionales la autoinculpación, la negación, el pesimismo, las conductas y pensamientos evasivos o de escape, como el consumo de sustancias, refugiarse en la fantasía o recurrir al pensamiento mágico, entre otras estrategias.

La investigación ha puesto de manifiesto que ciertas estrategias se emplean con mayor frecuencia (por ejemplo, autocontrol, escape-avoidancia y búsqueda de apoyo social), de acuerdo con cada cultura (Chan, 1994), más allá de la naturaleza de la amenaza implicada en la situación. No obstante, se debe considerar en cada caso cuáles son los valores en juego; si lo afectado es la autoestima, probablemente se recurrirá a estrategias de confrontación, autocontrol, autoinculpación o escape-avoidancia, pero si está en peligro el bienestar de un ser querido, es probable que se empleen estrategias de confrontación, lo que hace muy difícil que se recurra al distanciamiento o escape-avoidancia.

Asimismo, si un sujeto percibe que una situación es susceptible de cambio, es posible que recurra a la búsqueda de soluciones, confrontación o reevaluación positiva, pero, si por el contrario, se trata de una situación que no admite cambio (por ejemplo, el fallecimiento de un ser querido), apelará a la aceptación y búsqueda de apoyo social, eventualmente podrá huir en la fantasía o la negación, pero es inadmisibles un afrontamiento de confrontación o de búsqueda de soluciones.

Otra consideración a tomar en cuenta es el carácter secuencial de los procesos de manejo del estrés, esto es, la administración de diversos recursos a lo largo del desarrollo cambiante de la interacción entre el individuo y las demandas del entorno. En este contexto, un ejemplo ilustrativo podría ser una intervención quirúrgica, dice Fierro (1996, 204-205), pues “en las fases iniciales de la recuperación tal vez las estrategias de escape o distanciamiento puedan ser las más adaptativas ya que, de hecho, el individuo tendrá escaso control sobre el proceso de recuperación. En periodos posteriores, sin embargo, en los que resultará decisiva la colaboración del paciente, mantener semejantes estrategias puede ser muy negativo, mientras resultará beneficioso su sustitución por estrategias de confrontación, análisis de vías de acción alternativas o búsqueda de apoyo social”.

Por razones de espacio omitimos el tratamiento de técnicas específicas de entrenamiento en el manejo del estrés como el conocido plan elaborado por Meichenbaum (1987), sobre “inoculación del estrés”, que enseña a los individuos a controlar sus reacciones ante las situaciones generadoras de estrés mediante el ensayo de formas para afrontar situaciones concretas y definidas, por ejemplo, disminuyendo la ansiedad ante los exámenes en los estudiantes o entrenando a oficiales de policía para controlar su hostilidad (Novaco, 1977). Estos programas también puede adaptarse al ámbito clínico para ser aplicados a casos individuales (véase Ruiz, 1997).

También son importantes los programas de entrenamiento en resolución de problemas, tanto para la población general como para grupos de pacientes o poblaciones en riesgo (véase Nezu y Nezu, 1991), el desarrollo de habilidades sociales (Iruarrizaga *et al.*, 1997) o cuestiones más específicas como el entrenamiento en respiración lenta, en técnicas de distracción (Ballester y Botella, 1997) u otras de las muchas y variadas formas de manejo del estrés para reducir o controlar sus perjuicios.



Capítulo Nueve

Manejo de enfermedades crónicas y terminales

Rebeca Robles García

Instituto Jalisciense de Salud Mental, México

Calidad de vida

El (la) lector(a) se familiarizará con la definición y con los métodos de evaluación del concepto “calidad de vida” y conocerá las principales contribuciones a su estudio en los pacientes con enfermedades crónicas y terminales.

Calidad de vida: definición

El concepto “calidad de vida” ha presentado considerables variaciones a lo largo del tiempo. La mayoría de las veces se ha tratado de ampliaciones de la definición del concepto (para una revisión detallada, véase Moreno y Ximénez, 1996). Primero, el término se refería al *cuidado de la salud personal*, después se adhirió *la preocupación por la salud e higiene públicas*, se extendió entonces a *los derechos humanos, laborales y ciudadanos*, continuó sumándose *la capacidad de acceso a los bienes económicos* y, finalmente, se convirtió en *la preocupación por la experiencia del sujeto sobre su vida social, su actividad cotidiana y su propia salud*.

Actualmente el concepto hace referencia a la evaluación objetiva y subjetiva de al menos los siguientes elementos: salud, alimentación, educación, trabajo, vivienda, seguridad social, vestido, ocio y derechos humanos; además, puede ser definido, en términos generales, como una *medida* compuesta de bienestar físico, mental y psicológico, tal como lo percibe cada persona y cada grupo (Levi y Anderson, 1980).

Andrews y Withey (1976) sostienen que la calidad de vida no es el reflejo de las condiciones reales y objetivas, sino de la evaluación de éstas por parte del individuo. Según este enfoque, la calidad de vida puede entenderse como el conjunto de evaluaciones que el individuo hace sobre cada uno de los dominios de su vida actual (Lawton, Moss, Fulcomer y Kleban, 1982). Desde esta perspectiva, y desde el campo de la psicología, la calidad de vida es un concepto básicamente referido al tipo de respuesta individual y social ante un conjunto de situaciones reales de la vida diaria. Así, aunque se evalúan los componentes de bienestar objetivo, se considera primordial la percepción y estimación de ese bienestar objetivo,

el análisis de los procesos que conducen a esa satisfacción y los elementos integrantes de ésta. El juicio exclusivo de los agentes de salud (médico, psicólogo, etc.) no es suficiente para evaluar la calidad de vida, por lo cual debe contarse, además, con la propia evaluación de los sujetos (Slevin, Plant y Lynch, 1988).

Calidad de vida: evaluación

Actualmente existe una tendencia general y creciente a evaluar el efecto de una enfermedad crónica y de sus tratamientos en términos de su influencia en la calidad de vida de los pacientes.

Existen dos tipos de evaluación de la calidad de vida: las medidas generales y las específicas.

Medidas generales. Las medidas generales o no específicas se han desarrollado con la finalidad de evaluar el funcionamiento de pacientes con cualquier enfermedad. La mayoría de las que se utilizan en la actualidad se basan en el modelo conceptual multidimensional de calidad de vida. Estas formas de evaluación son útiles para realizar estudios comparativos de diferentes enfermedades, y para investigar el costo de las intervenciones para el tratamiento de ellas. Empero, algunos investigadores han sugerido que son menos sensibles a los cambios en el funcionamiento, en comparación con las medidas específicas (Guyatt, Bombardier y Tugwell, 1986).

Medidas específicas. Las medidas específicas ofrecen la posibilidad de evaluar diferencias sutiles y problemas específicos de una enfermedad en particular. De esta manera, la forma ideal de evaluación de calidad de vida incorpora medidas generales y específicas de la enfermedad en cuestión (Jacobson, de Groot y Samson, 1994).

Calidad de vida y enfermedad crónica y/o terminal

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) ésta se define como el estado de completo bienestar físico, mental y social de una persona, y no sólo la ausencia de síntomas o de una afección determinada. Desde esta perspectiva, todo profesional de la salud debe entender a la enfermedad y procurar su tratamiento con base en los siguientes tres aspectos o factores: físico, mental y social.

Así, por ejemplo, y en virtud de que la mayoría de los pacientes con cáncer sobrevive un periodo significativo como resultado de los avances en el diagnóstico y tratamiento oportunos, los profesionales de la salud deben ocuparse —además de prolongar la vida del paciente— en reducir los síntomas asociados con la enfermedad (ejemplo: dolor vinculado con un tumor), de no causar efectos secundarios indeseables (ejemplo: náusea y vómito relacionados con quimioterapia), y de transmitir habilidades para que la persona regrese a un estilo de vida normal (Moinpour, Savage, Hayden, Sawyers y Upchurch, 1995).

En la última década se ha incrementado notablemente el interés y los estudios acerca de la calidad de vida de las personas que padecen una enfermedad. Para ello ha sido de suma utilidad el concepto “calidad de vida relacionada con la salud”. Patrick y Erickson (1993), entre otros, la definen como “el valor asignado a la duración de la vida con sus modificaciones por impedimentos, estados funcionales, oportunidades sociales y percepciones, que es influido por las enfermedades, lesiones o tratamientos”. De esta manera, la calidad de vida relacionada con la salud se convirtió muy pronto en una forma de evaluación de los beneficios y consecuencias de las intervenciones terapéuticas para enfrentar una enfermedad.

En términos generales, los factores que constituyen (y con base en los cuales se evalúa) la calidad de vida relacionada con la salud son los siguientes:

1. Síntomas y quejas subjetivas (como sintomatología depresiva).
2. Diagnósticos (como enfermedad coronaria).
3. Funcionamiento fisiológico (como presión arterial).
4. Funcionamiento psicológico y cognitivo (como ejecución en el examen mental breve (*Mini Mental State*)).
5. Funcionamiento físico (como restricciones en la actividad y deterioro en el autocuidado).
6. Percepciones generales de salud (como autocalificación de estado de salud).
7. Funcionamiento social (como naturaleza y frecuencia de interacciones sociales).

Las enfermedades crónicas y terminales son padecimientos que generalmente afectan la calidad de vida de los sujetos que las padecen. Las consecuencias y los tratamientos de ellas requieren de un cambio sustancial del estilo de vida de los pacientes que comprometen todas las habilidades afectivas, conductuales, sociales y de pensamiento que puede o no tener una persona para afrontar situaciones adversas en su vida.

Así, por ejemplo, existe evidencia de que la diabetes mellitus, una enfermedad metabólica crónica con consecuencias y tratamientos complicados, que por cierto es de altísima prevalencia en la población, afecta de forma importante la calidad de vida de las personas que la padecen. En un escrutinio nacional, Stewart *et al.* (1989) observaron que los pacientes con diabetes de ambos tipos experimentaron un decremento importante en su calidad de vida en comparación con sujetos sanos. Este hallazgo resulta coherente con el reportado por Wells *et al.* (1988), quienes con base en un estudio psiquiátrico comunitario demostraron que los índices de depresión observados en pacientes con diabetes son más altos que los de la comunidad sana. Por su parte, Jacobson *et al.* (1994) comprobaron que la calidad de vida de pacientes con diabetes presenta un decremento a medida que aumenta la severidad de las complicaciones médicas de la enfermedad; por otra parte, Wikby *et al.* (1993), con base en un estudio longitudinal de dos años de pacientes con diabetes, determinaron que la calidad de vida influye en el control metabólico de éstos.

Sin duda alguna, la mayoría de los estudios recientes acerca de la calidad de vida relacionada con la salud provienen de grupos farmacéuticos (para una revisión ver Epstein y Lydick, 1995). En términos generales, los objetivos de este tipo de estudios son:

1. Determinar que las intervenciones farmacológicas mejoran la calidad de vida relacionada con la salud.
2. Demostrar que una intervención farmacológica no tiene efectos adversos en la calidad de vida relacionada con la salud.
3. Probar que la intervención farmacológica detiene, en alguna medida, el deterioro de la calidad de vida relacionada con la salud asociada con la enfermedad.
4. Demostrar la relación costo-beneficio en términos económicos.
5. Describir el nivel de calidad de vida relacionada con la salud de los participantes.
6. Comparar la calidad de vida relacionada con la salud en otras poblaciones.

Empero, es necesario que otros grupos de investigación (no farmacéuticos) se ocupen vigorosamente del estudio del efecto de las intervenciones médicas en la calidad de vida de los pacientes con enfermedades crónicas, así como dirigir esfuerzos para diseñar programas de intervención psicológica enfocados en mejorar la calidad de vida de las personas que padecen una enfermedad crónica y/o terminal.

La calidad de vida puede y debe ser un objetivo de tratamiento *per se*, además de una variable que debe considerarse para evaluar los beneficios y consecuencias de una intervención farmacológica.

Respuestas emocionales ante la enfermedad crónica

El (la) lector (a) se familiarizará con las reacciones emocionales más comunes de las personas que padecen una enfermedad crónica. Ello servirá como preámbulo al siguiente par de apartados, dedicados a exponer detalladamente las estrategias terapéuticas que han demostrado ser eficaces para prevenir y/o controlar éstos y otros problemas que aquejan al paciente con enfermedad crónica.

Reacciones emocionales ante el diagnóstico de la enfermedad

Las personas que adquieren una condición o enfermedad crónica presentan un buen número de cambios significativos y profundos cuando afrontan la incidencia, permanencia y los efectos de la afección. En este apartado analizaremos las reacciones más frecuentes ante el diagnóstico de la enfermedad crónica. Posteriormente explicaremos las reacciones relacionadas con el curso y los efectos de la enfermedad.

Según diversos estudiosos del tema, las personas que se enteran de que padecen una enfermedad crónica experimentan reacciones emocionales similares a las de aquellas que se enfrentan inicialmente a una situación de pérdida. Este conjunto de reacciones emocionales, que se denominan *duelo*, constan de las siguientes etapas: *a)* negación, *b)* enojo, *c)* desesperación y/o negociación, *d)* depresión y *e)* reconciliación o aceptación de la realidad.

Según esta hipótesis, en el momento en que las personas se enteran del diagnóstico de una enfermedad crónica, experimentan una pérdida (de salud y/o de autonomía) ante la que reaccionarán, inicialmente, mediante la negación del suceso (buscarán una segunda opinión, no hablarán del tema, pedirán que no se mencione a nadie lo que tiene, etc), es decir, tratarán de ocultar, hacer desaparecer o ignorar la enfermedad. Después, manifestarán irritación con el hecho de estar enfermo. En este momento el paciente ha “aceptado” que padece la enfermedad, (en el sentido de que ya no la niega), pero reclama o le parece “injusto” que le haya ocurrido a él. Transcurrirá un buen tiempo para que logre aceptarla realmente, sin enojo.

Posteriormente, la mayoría de las personas experimenta síntomas depresivos que, en algunos casos, requieren de tratamiento psicológico y/o psiquiátrico, debido a que ponen en riesgo la vida del sujeto. En este momento pueden surgir ideas de muerte o suicidio, o planeación y tentativa suicida, ante lo que será necesario remitir a internamiento hospitalario al paciente.

Finalmente, y en el mejor de los casos, el paciente llega a la etapa de aceptación o reconciliación con la realidad de estar enfermo. En algunas ocasiones, aquellos que padecen enfermedades crónicas no resuelven el *becho* de estar enfermos, o tardan mucho tiempo en llegar a este importante paso: la reconciliación. En este caso “el duelo no está resuelto”, pues difícilmente se manifestará apego al tratamiento y a una calidad de vida aceptable, por lo cual resulta de evidente importancia la intervención psicológica.

Diversos autores han señalado que esta serie de reacciones emocionales no se presentan necesaria o forzosamente de manera lineal, una tras de otra. Así, por ejemplo, una persona puede brincar de la negación a la depresión, y después experimentar un fuerte enojo.

Reacciones emocionales relacionadas con el curso y consecuencias de la enfermedad crónica

Existe evidencia de fluctuación o variación emocional a lo largo de las fases inicial, intermedia y final de la enfermedad crónica. Herszen-Niejodek *et al.* (1999), con base en un estudio

comparativo del curso de tres enfermedades crónicas, sostienen que existen efectos significativos del tipo de enfermedad y la fase en que se encuentra el paciente. En su estudio, el grupo de pacientes con hipertensión presentó altos índices de ansiedad y esperanza inmediatamente después del diagnóstico de la enfermedad, los cuales luego disminuyeron. Por su parte, el grupo de personas con infarto al miocardio mostraron bajos niveles de ansiedad y esperanza en la primera fase, que ascendieron en la fase intermedia. Finalmente, los pacientes con cáncer manifestaron altos índices de ansiedad y baja esperanza en la fase inicial, y después un decremento de la ansiedad e incremento de la esperanza.

Las reacciones emocionales no adaptativas más frecuentemente reportadas en el continuo y/o en relación con las consecuencias negativas de la enfermedad crónica son la depresión y la ansiedad.

Así, por ejemplo, la gran mayoría de los pacientes con esclerosis múltiple —la enfermedad neurológica más frecuente caracterizada por la desmielinización del sistema nervioso central— padecen depresión, ansiedad, pobre imagen corporal y baja autoestima.

En esta dirección, resulta obvia la importancia de desarrollar y aplicar intervenciones psicológicas eficaces para los pacientes con enfermedades crónicas (Foley, Bedell, LaRocca y Scheinberg, 1987).

Además de que estas reacciones emocionales son *per se* causas de insatisfacción o malestar vital del paciente que ameritan tratamiento, se encuentran íntimamente relacionadas con problemas físicos, conductuales, sociales y cognitivos importantes.

Por ejemplo, el paciente que padece una enfermedad crónica como la diabetes mellitus, y que además presenta síntomas depresivos importantes, reportará que se siente triste y desanimado, lo que afecta el nivel de autocuidado personal y apego al régimen de tratamiento y de su control metabólico. Davis *et al.* (1988), señalan que el estado psicológico del paciente diabético es el quinto predictor de mortalidad de esta enfermedad, y el mejor predictor entre diversas variables clínicas y fisiológicas.

Así, el tratamiento de las quejas emocionales de una persona con enfermedad crónica afecta el bienestar psicológico y la calidad de vida del paciente, pero además, el autocuidado y apego a la terapia así como su evolución y consecuencias, su curso y pronóstico.

A continuación se ofrece una descripción detallada de estas reacciones emocionales frecuentes en las personas con enfermedades crónicas. Al final, se presentará la información referente a tipo y frecuencia de trastornos mentales en personas con diferentes enfermedades de curso crónico.

Depresión

La depresión es, sin duda alguna, una de las enfermedades mentales más frecuentes en la población general (Weissman, M.M. y Meyes, J. K., 1978). Los estudios epidemiológicos señalan una prevalencia a lo largo de la vida de al menos 5% de ella (Boyd, J.H., y Weissman, M.M., 1981).

Este padecimiento es considerado dentro de la categoría de trastornos del estado del ánimo de la Asociación Psiquiátrica Americana (1987), que incluye a los desórdenes que se caracterizan por una disfunción del estado de ánimo, una emoción prolongada que matiza la vida psíquica en general, acompañada de síndromes maniacos o depresivos.

Las categorías generales de trastornos del estado de ánimo incluidas en el DSM III-R (1987) son: *a*) episodio maniaco, *b*) episodio hipomaniaco, *c*) episodio depresivo mayor, *d*) trastornos bipolares y *e*) trastornos depresivos. Entre estos últimos se incluyen: *a*) depresión mayor, *b*) distimia y *c*) trastorno depresivo no especificado.

La sintomatología esencial de la depresión mayor comprende uno o más episodios depresivos mayores, sin antecedentes de ningún episodio maniaco o hipomaniaco. El episodio depresivo mayor hace referencia a un periodo, de por lo menos dos semanas, en el que un estado de ánimo disfórico se asocia con alguno de los siguientes síntomas: agitación o aumen-

to de la lentitud psicomotriz, disminución de la energía, sentimientos excesivos de culpa, dificultades de pensamiento y concentración, cambios de peso corporal ante alteraciones en el apetito, disturbios durante el sueño e ideas de muerte o suicidio o intentos suicidas.

Como en el caso de cualquier otro trastorno mental, en la depresión mayor se encuentran alterados los elementos biológicos, psicológicos y sociales del individuo. Entre las hipótesis más importantes que se ofrecen para explicar la etiología y patogenia de este trastorno del estado de ánimo, se encuentran aquéllas que se orientan hacia: *a)* las alteraciones de la regulación de los sistemas neurotransmisores monoamínicos, *b)* la regulación alterada del equilibrio colinérgico y adrenérgico, y *c)* la disminución funcional de la dopamina (Goldman, H., 1987).

Empero, también se reconoce que diversos factores psicosociales pueden desempeñar una función importante en la precipitación y constelación particular de los síntomas de la depresión mayor (Flaherty, J.A., Gaviria, M.F., Black, E.M., Altman, E. y Mitchell, T., 1983).

Ansiedad

La ansiedad es un estado de ánimo que clínicamente puede presentarse en una variedad de trastornos, a saber: trastorno de pánico, agorafobia, trastorno de ansiedad generalizada, fobia simple, fobia social, trastorno obsesivo-compulsivo y trastorno por estrés posttraumático. Tomados juntos, los trastornos de ansiedad tienen una prevalencia a lo largo de la vida de 10 a 20% en la población general, lo cual los constituye en las enfermedades mentales de mayor incidencia en el mundo. Además, junto con los trastornos del estado de ánimo y de uso de sustancias, forman parte de los tres grupos diagnósticos de mayor ocurrencia en la población general (Winokur y Clayton, 1994).

Trastorno de pánico y agorafobia

El trastorno de pánico (TP) es un problema de ansiedad primario que se caracteriza por una iniciación impredecible de ansiedad grave que se manifiesta como ataque de pánico. Éste, a su vez, se define como una aparición súbita de ansiedad intensa, miedo y terror. El cuadro clínico durante el ataque es parecido al que ocurre en situaciones de verdadera amenaza para la vida, y dura varios minutos, y a veces una o más horas (Asociación Psiquiátrica Americana, 1987).

La gran mayoría de los pacientes con TP desarrolla agorafobia, la cual puede definirse como el miedo a las situaciones en las que el escape puede ser difícil o la ayuda no estar disponible. Quienes la padecen tienden a evitar estas situaciones o a enfrentarlas sólo en compañía de alguien en quien confían. Generalmente, las situaciones temidas provocan ataques de pánico y un fuerte impulso de escapar de ellas (Winokur y Clayton, 1994).

Estudios epidemiológicos recientes reportan una prevalencia a lo largo de la vida de entre 0.1 y 2.2% de TP, y entre 3.8 y 4.3% de agorafobia. Además, se estima que la prevalencia del trastorno es mayor entre los 25 y 44 años de edad (Eaton, 1991).

La etiología del TP aún es incierta. Empero, los factores genéticos parecen jugar un papel importante en la presentación de este trastorno. Asimismo, se reconoce que algunos factores biológicos, entre los que se destaca la hiperventilación y una alteración del sistema noradrenérgico, se encuentran permanentemente relacionados con la aparición del TP (Charney, 1990).

Entre los factores psicológicos que se han vinculado estrechamente con la presencia de TP, se encuentran los cognitivos y de personalidad. Las alteraciones cognitivas que parecen contribuir a la vulnerabilidad para presentar TP incluyen la preocupación por las sensaciones corporales, los pensamientos catastrofistas y la anticipación de amenazas del ambiente. Recientemente, la inhibición recíproca ha sido identificada en hijos de pacientes agorafóbicos y en niños con trastornos de ansiedad (Biederman, 1990), y se ha propuesto como un

disturbio en la interacción social que puede ser un antecedente temperamental del TP en la vida adulta. Además, los pacientes con TP presentan altos índices de rasgos dependientes, evitativos e histriónicos de la personalidad en comparación con sujetos controles (Winokur y Clayton, 1994).

Fobia simple

Una fobia simple es el miedo excesivo a un objeto o situación (estímulo fóbico). El contacto con este estímulo generalmente provoca una respuesta de miedo. Ello produce un temor persistente, y evitación o contacto con intenso malestar. La ansiedad anticipatoria y la conducta de evitación pueden generalizarse a diversos estímulos asociados con el estímulo fóbico, e interferir así con las actividades o el estilo de vida del individuo. En algunos casos, el individuo que padece fobia simple establece una rutina para excluir el estímulo fóbico, y entonces, sólo cuando algún cambio en la vida interrumpe esa rutina, la persona fóbica busca tratamiento (Winokur y Clayton, 1994).

Los criterios diagnósticos de fobia simple de la Asociación Psiquiátrica Americana (1987) incluyen: *a*) miedo persistente a un estímulo circunscrito (objeto o situación), en lugar de miedo de tener un ataque de pánico (como en el trastorno de pánico), o miedo a la humillación o vergüenza en situaciones sociales (como en fobia social); *b*) la exposición al estímulo fóbico provoca una respuesta de ansiedad inmediata, *c*) el objeto o situación es evitado o contactado con ansiedad intensa, *d*) el miedo o la conducta de evitación interfiere significativamente con la rutina normal de la persona, *e*) la persona reconoce que su miedo es excesivo o irracional, y *f*) el estímulo fóbico no está relacionado con el contenido de las obsesiones del trastorno obsesivo-compulsivo o con el trauma del trastorno por estrés post-traumático.

La prevalencia de fobia simple se encuentra entre 4.5 y 11.8% en la población general. Además, una mayor proporción de mujeres que de hombres desarrolla fobia social (Myers, 1984).

En términos generales, la mayoría de los factores etiológicos de la fobia simple que han sido investigados es genética (familiares y de gemelos) o de aprendizaje (condicionamiento directo o vicario). Seligman (1971) sostiene que los seres humanos se “preparan” para aprender miedos que tienen un valor para sobrevivir en un sentido evolutivo (condicionamiento clásico preparado).

Trastorno obsesivo-compulsivo

El trastorno obsesivo-compulsivo (TOC) se caracteriza por obsesiones y compulsiones recurrentes, de severidad suficiente para interferir en la vida del individuo que las padece.

Las *obsesiones* son ideas, pensamientos, impulsos o imágenes persistentes que se experimentan, al menos inicialmente, como intrusivas, reconocidas como producto de la mente (a diferencia de los delirios y la inserción de pensamiento). Las personas que las presentan intentan ignorarlas, suprimirlas o neutralizarlas con otros pensamientos o con acciones. Las obsesiones más frecuentes son los pensamientos repetitivos de violencia, contaminación y duda (Asociación Psiquiátrica Americana, 1987).

Por su parte, las *compulsiones* son conductas repetitivas, propositivas e intencionales ejecutadas en respuesta a la obsesión, según ciertas reglas o de forma estereotipada. Las conductas son llevadas a cabo para neutralizar o prevenir la incomodidad o un evento o situación particular. Empero, las personas reconocen que éstas (las conductas) son excesivas, irracionales y que no producen placer a pesar de que alivian la tensión. Las compulsiones más comunes son el lavado de manos, el conteo y el “chequeo” (Asociación Psiquiátrica Americana, 1987).

Generalmente, el TOC comienza en la adolescencia o adultez temprana, aunque puede presentarse en la niñez. Los estudios epidemiológicos recientes estiman una prevalencia de este trastorno a lo largo de la vida de entre 1 y 2% en población general (Karno, 1988).

Los estudios familiares sugieren una fuerte contribución genética en su desarrollo, y se han implicado neurotransmisores específicos y regiones neuroanatómicas en la patofisiología del trastorno (Wynokur y Clayton, 1994). Entre los factores asociados con el TOC se destacan la depresión y la ansiedad. Frecuentemente se presenta evitación fóbica a las situaciones que involucran el contenido de la obsesión (Asociación Psiquiátrica Americana, 1987).

Trastorno de ansiedad generalizada

El trastorno de ansiedad generalizada (TAG) es una enfermedad mental primaria, es decir, no debida a ningún otro padecimiento físico o psicológico. Se caracteriza por la presencia de humor ansioso intermitente durante un mes o más. Esta afección se manifiesta mediante tensión motora, hiperactividad vegetativa, expectación aprensiva y vigilancia y escudriñamiento (Asociación Psiquiátrica Americana, 1987).

Es poco lo que se puede decir de la etiología del TAG, en virtud de que son escasos los estudios al respecto. Sin embargo, los estresores ambientales, así como algunas anomalías fisiológicas y neuroquímicas parecen jugar un papel importante en la precipitación y mantenimiento de este trastorno.

Los estudios epidemiológicos han demostrado que el TAG es uno de los trastornos de ansiedad más comunes. La prevalencia a lo largo de un año se estima entre 2 y 3.6 %, y la prevalencia a lo largo de la vida entre 4.1 y 6.6 % de la población general. Los índices de prevalencia han sido más altos en mujeres y en personas menores de 30 años de edad (Blazer, 1991).

Trastornos mentales y enfermedad crónica: comorbilidad

La depresión mayor y los trastornos de ansiedad son diagnósticos relativamente frecuentes en pacientes con enfermedades crónicas. Estos trastornos mentales pueden ser: *a)* síntomas o manifestaciones de algunas enfermedades crónicas, o *b)* consecuencias del desgaste psicológico que implica padecerlas. Así, una depresión mayor, a la luz del conocimiento experto y experiencia de un clínico, puede ser la manifestación inicial del cáncer, o una consecuencia por las dificultades psicosociales que implica la enfermedad.

Desde esta perspectiva, todo clínico debe familiarizarse con los síntomas de los trastornos mentales más frecuentes provocados por las enfermedades crónicas. Con base en ello, puede detectar oportunamente un padecimiento físico y/o motivar el inicio de una intervención psiquiátrica y/o psicológica que redituará en el aumento de la calidad de vida de los pacientes con este tipo de enfermedad.

Además, el diagnóstico y tratamiento integral de una enfermedad debe observar la presencia de trastornos mentales o quejas psicológicas del paciente. En esta dirección, el bienestar psicológico y la calidad de vida de los pacientes deben ser metas de tratamiento por sí mismas, tan importantes como el control físico de la enfermedad.

Diabetes mellitus: un ejemplo de comorbilidad con depresión

La diabetes mellitus (DM) se define como una enfermedad endocrina y metabólica de curso crónico, que se caracteriza por una producción insuficiente de insulina pancreática y/o insulina no efectiva (Pohl, Gonder-Federick y Cox, 1984), lo que provoca una anormal elevación de azúcar en sangre o hiperglucemia.

Como ya se señaló, para Davis *et al.* (1988), el estado psicológico del paciente diabético es el quinto predictor de mortalidad de esta enfermedad, y el mejor predictor de entre muchas variables clínicas y fisiológicas.

Las razones primordiales para la referencia a tratamiento psicológico y/o psiquiátrico de pacientes con diabetes mellitus son: *a*) pobre adherencia al régimen de tratamiento médico, *b*) pobre ajuste a la enfermedad, *c*) trastornos psiquiátricos (entre los que se destacan la depresión y la ansiedad), *d*) efectos fisiológicos del estrés que exacerban la enfermedad, *e*) trastornos de alimentación, y *f*) deterioro cognoscitivo.

Aikens y Wagner (1998) clasificaron 65 referencias consecutivas de pacientes con enfermedades endocrinas (90% diabéticos) al servicio de Endocrinología Conductual de la Universidad de Chicago (Behavioral Endocrinology Service, University of Chicago), con base en el problema primario presentado según el DSM IV. Las razones de referencia al servicio de psicología de estos pacientes son, en su mayoría, por trastornos depresivos (depresión 17% y distimia 8%), estrés que afecta la enfermedad (21%), trastornos de ansiedad (fobia específica 8%; TOC 4%; trastorno de ansiedad generalizada) y pobre adherencia al régimen médico (13%), deterioro cognoscitivo (13%) y trastornos de ajuste (8%). Además, 35% de la muestra presentó criterios para más de un diagnóstico.

Así pues, el trastorno mental más frecuente en pacientes con diabetes mellitus es, al parecer, la depresión.

La comorbilidad diagnóstica de diabetes mellitus y depresión mayor se presenta con tanta frecuencia, que incluso se han sugerido hipótesis de causas fisiológicas subyacentes comunes a ambos padecimientos.

Diversos estudios controlados han probado que la prevalencia de depresión es más alta en pacientes con diabetes en comparación con la población general (Weyerer, Hewer, Pfeifer-Kurda y Dilling, 1989; Popkin, Callies, Lentz, Colon y Sutherland, 1988; Tun, Nathan y Perimuter, 1990; Gavard, Lustman y Clouse, 1993), que está asociada con pobre control de azúcar (Lustman, Griffith y Clouse, 1986; Lustman, Anderson, Freedland, Groot, Carney y Clouse, 2000), incremento en el riesgo de complicaciones médicas, y disminución de la adherencia a tratamiento (Lustman, Griffith y Clouse, 1988; McGrill; Lustman, Griffith, Freedland, Gavard y Clouse, 1992). Además, la depresión es probablemente una de las variables que afecta de manera importante la calidad de vida de los pacientes con diabetes (Lustman, Freedland, Griffith, Barnes, Miller, Anderson, McGrill, Rubin y Clouse, 1999).

Ajuste y rehabilitación de pacientes con enfermedades crónicas

El (la) lector (a) se familiarizará con los componentes fundamentales del proceso de adaptación psicológica a una enfermedad crónica y con los modelos contemporáneos para su rehabilitación.

Adaptación psicológica-social a la enfermedad crónica

Los estudiosos de la adaptación psicológica a la enfermedad crónica han empleado diversos modelos conceptuales y métodos de evaluación e investigación. Livneh (2001), en un intento por resumir los avances en el conocimiento al respecto, sostiene que el estudio del proceso de adaptación a una enfermedad crónica contempla, por lo menos, tres variables que interactúan entre sí:

1. Los eventos antecedentes (variables causales o contextuales) presentes durante el origen de la enfermedad crónica.



2. El proceso dinámico de adaptación por sí mismo (reacciones subsecuentes a la enfermedad crónica).
3. La anticipación de consecuencias psicosociales.

Los eventos antecedentes, que se relacionan de forma directa o indirecta con una enfermedad, pueden ser categorizados de la siguiente manera:

- a) Eventos desencadenantes: acontecimientos que causan parcial o totalmente, o que contribuyen con la enfermedad
- b) Variables contextuales: variables asociadas en tiempo y espacio con la enfermedad (Livneh, 2001).

Los eventos causales se han explicado extensamente en los diferentes libros de texto de aspectos médicos de las enfermedades crónicas (Eisenberg, Glueckauf y Zaretsky, 1999; Falvo, 1999). En términos generales, las causas típicas de las condiciones crónicas incluyen: a) predisposición genética o hereditaria (ejemplo: distrofia muscular o síndrome de Down), b) traumas de nacimiento (ejemplo: síndrome de fetopatía alcohólica), c) accidentes o lesiones (ejemplo: lesión en espina o traumatismo cerebral); d) enfermedades (ejemplo: diabetes o cáncer), y e) condiciones asociadas con el proceso de envejecimiento (ejemplo: deterioro visual o auditivo).

Las variables contextuales son situaciones o eventos biológicos, psicosociales y/o ambientales específicos presentes en el momento de la condición crónica, que proveen de información para entender mejor el efecto presente y la adaptación psicosocial futura.

Estas variables contextuales incluyen tanto las internamente asociadas (como las relacionadas con la enfermedad, y las sociodemográficas) como las asociadas de manera externa (como las ambientales o las relacionadas con la comunidad). Además, se consideran el preámbulo necesario para la operación de reacciones psicosociales más dinámicas y fluidas (Livneh y Antonak, 1997).

Desde otro punto de vista, pueden ser agrupadas en cuatro categorías generales:

1. Variables asociadas con la condición crónica *per se*. En esta categoría se incluyen las variables que están directamente relacionadas con la condición crónica, como los síntomas, la parte del cuerpo afectada, las limitaciones funcionales asociadas, curso de la condición (progresivo o estable, variable o episódico), presencia de dolor, duración de la condición, efecto en la apariencia, consecuencias secundarias de la medicación y efecto de las modalidades del tratamiento.
2. Variables asociadas con las características sociodemográficas. Estas variables, que incluyen tanto las características orgánicas como las biográficas de un individuo, son: edad, género, orientación o preferencia sexual, etnia, posición socioeconómica, religión, nivel de educación, estado civil y ocupación.
3. Variables asociadas con los atributos psicológicos y la personalidad. El papel que juegan las características, rasgos, estilos y tipos de personalidad y otros atributos psicológicos en la adaptación psicológica de la enfermedad crónica se ha investigado de forma extensa. Estas características psicológicas incluyen autoestima, autoeficacia, control percibido (incluye *locus* de control), sentido de coherencia, fuerza del yo, optimismo, imagen corporal, atribución de significado personal a la condición, actitudes personales, creencias y valores, activación emocional y nerviosismo, tolerancia al dolor, habilidad cognitiva y mecanismos de defensa, así como los estilos, estrategias y habilidades de afrontamiento (como enfocarse en la emoción o en el problema) (Livneh y Antonak, 1997; Shontz, 1975; Whitman, 1999; Zeidner y Endler, 1996).

Cabe señalar que, sin duda alguna, una de las características psicológicas más estudiadas en relación con la adaptación a la enfermedad es el afrontamiento (*coping*). Se ha demostrado que el proceso que lleva a cabo cada persona para enfrentar una enfer-

medad crónica, es decir, el efecto de cada estilo de afrontamiento en diversas variables relacionadas con diferentes enfermedades crónicas también es distinto (véase, por ejemplo, Maes, Leventhal y Ridder, 1996; Stone, Kennedy-Moore y Neale, 1995; y Frazier, 2000).

4. Variables asociadas con las características ambientales externas. Los elementos del ambiente físico y social que se sostiene influyen sobre la adaptación psicológica a la enfermedad crónica; incluyen aislamiento social y sensorial, restricción de movilidad, barreras arquitectónicas, obstáculos actitudinales (grado de estigma social), frecuencia y duración de las hospitalizaciones, disponibilidad de sistemas sociales de soporte o ayuda (servicios médicos, programas educativos y soporte tecnológico, grupos políticos y religiosos), posibilidad de financiamiento, condiciones de vida y oportunidades laborales (McDaniel, 1976; Schlossberg, 1981; Withman, 1999).

De acuerdo con Livneh (2001), las condiciones contextuales más frecuentemente implicadas en la enfermedad crónica son:

- a) Estado biológico y biográfico (estado de salud actual, nivel de madurez física, edad, género, religión, etc.)
- b) Estado psicosocial (variables psicosociales tales como identidad personal y social, fases de desarrollo cognitivo, emocional y moral, fase de desarrollo de la familia, etc.)
- c) Condiciones ambientales (condiciones físicas, económicas, sociales y actitudinales) (Kendall y Terry, 1996; Moos y Schaefer, 1984).

Estas variables se refieren, generalmente, a mediadores, modeladores o variables de interacción, que de forma directa o indirecta, afectan la naturaleza, expresión, balance o secuencia de las reacciones ante la enfermedad.

Por su parte, *el proceso dinámico de adaptación psicosocial* ha sido objeto de un debate importante en las últimas décadas. La mayoría de los autores supone la existencia de una serie de reacciones progresivas e individuales. En ocasiones, estas reacciones son seguidas por el curso clínico, único para cada individuo, y determinado por la interacción de variables psicológicas, interpersonales (socioculturales) y extrapersonales (ambientales) (Livneh, 2001).

Se han propuesto varios modelos para explicar la naturaleza temporal y dinámica de la adaptación psicológica a la enfermedad crónica (por ejemplo: Dunn, 1975; Faleki y Britton, 1974; Fink, 1967; Livneh, 1986; Shontz, 1975; y Siller, 1976). De acuerdo a Livneh (2001), todos ellos comparten ciertos elementos comunes, tales como:

- a) La temporalidad, pero no necesariamente la universalidad, asociada con las reacciones posteriores a la enfermedad.
- b) La evidencia clínica de soporte a la noción de que las reacciones psicológicas pueden ser clasificadas en: 1. Reacciones a corto plazo; aquellas que siguen inmediatamente a las enfermedades, como el *shock* y la ansiedad. 2. Reacciones inmediatas; por ejemplo, culpa, depresión, enojo y agresividad. 3. Reacciones a largo plazo; aquellas distales del momento en que ocurrió la enfermedad, tales como la adaptación pasiva o activa, conductual o ambiental, el equilibrio afectivo y la integración a la incapacidad.
- c) Conocimiento acerca del espectro de reacciones, que van desde la adaptación en un aspecto (ejemplo: aceptación activa de la condición, acomodo de las demandas ambientales y de las necesidades y deseos subjetivos, integración de la incapacidad en una nueva y positiva visión de sí mismo), hasta la inadaptación o mala adaptación en otro aspecto (ejemplos: dependencia, sentimientos de desesperanza, rechazo de la condición o de sus implicaciones).
- d) El supuesto implícito de que estas reacciones son originadas principalmente de manera interna (por ejemplo, de naturaleza psicodinámica), pero son frecuentemente mediadas por influencias ambientales físicas y sociales.

Evaluación clínica de la adaptación psicológica a la enfermedad crónica

Los modelos de evaluación clínica de la adaptación psicológica a la enfermedad crónica se enfocan, típicamente, en las siguientes categorías y criterios:

Evaluación global: incluye las medidas de calidad de vida general y/o específica para cada enfermedad crónica que se ha expuesto en el primer tema de este módulo, y que se compone generalmente de medidas de: *a)* funcionamiento intrapersonal (bienestar psicológico o subjetivo, satisfacción con la vida, autoconcepto y autoestima); *b)* funcionamiento interpersonal (vida familiar, relaciones de matrimonio, amigos o pares, actividades sociales) y *c)* funcionamiento extrapersonal (actividades laborales, recreativas y escolares).

Esta categoría también contiene las medidas de síntomas observables, limitaciones y habilidades funcionales y experiencias subjetivas (sentimientos y creencias respecto al estado de salud general).

Área psicológica: incluye medidas de síntomas psicológicos observables, como ansiedad y/o depresión, limitaciones o habilidades psicológicas, como involucramiento en actividades sociales (relación con depresión), abuso de sustancias (como indicador de estilos de afrontamiento no funcionales o desadaptativos), asertividad (como signo de afrontamiento eficaz), etcétera.

Área marital y familiar: incluye la evaluación de indicadores de funcionamiento familiar y marital.

Área de relaciones de pares y sociales: incluye la evaluación de indicadores afectivos, cognitivos y conductuales relacionados con las interacciones sociales, como la expresión emocional apropiada ante una variedad de situaciones; percepciones realistas de situaciones sociales; comprensión empática; actividades para la toma de decisiones; orientación para la solución de problemas e indicadores de funcionamiento social en el trabajo, la escuela o en centros recreativos.

Área laboral: incluye indicadores de funcionamiento en el trabajo como marcadores de la adaptación psicológica a la enfermedad (salario anual, nivel de habilidades laborales, etcétera.)

Área ambiental: los indicadores de adaptación psicológica exitosa a la enfermedad pueden ser obtenidos también con base en la evaluación de la habilidad de las personas para mantener independencia y satisfacción con las condiciones de vida. Estas medidas incluyen indicadores de independencia, orientación hacia metas, actividades productivas en la comunidad (mantenimiento de casa, uso de transportación, viajes, etcétera).

Área escolar: incluye indicadores de aprovechamiento académico y habilidad para aprender, como la obtención de diplomas o certificados, grados académicos, créditos de educación continua para adultos, etcétera.

Área recreativa: incluye la evaluación del número y duración de la participación en actividades recreativas.

La evaluación de la adaptación psicológica a la enfermedad puede ser llevada a cabo, prácticamente, en todas estas áreas, con base en diferentes métodos, entre los que se pueden mencionar autorreportes, informes de profesionales, de familiares, maestros, supervisores o pares (otros significativos), así como de observadores entrenados o registros institucionales.

En esta dirección, y a manera de preámbulo de la segunda parte de este capítulo, podemos sugerir que los encargados de la rehabilitación y las personas con enfermedades crónicas deben explorar el efecto de cada una de las variables relacionadas con la adaptación psicológica a las circunstancias crónicas expuestas anteriormente.

Para concluir, cabe prestar oídos (o en este caso, lectura) a las voces en contra de la gran mayoría de la literatura respecto de la adaptación psicológica a una enfermedad. Ello permitirá que los interesados en esta cuestión obtengan una visión global y objetiva de los temas que ésta incluye, lo que les facilitará la formación de posiciones personales mediante el análisis y la reflexión crítica de toda la información disponible.

De acuerdo con Kingsbury (2000) la mayor parte de la literatura referente a la adaptación psicológica a una enfermedad crónica presenta problemas teóricos y estereotipos que pueden tener efectos negativos en el tratamiento de quienes las padecen. Estos problemas pueden agruparse en tres categorías generales: conducta patologizante, compadecerse o “pobretear” y, paradójicamente, idealizar al paciente.

Los profesionales de la salud mental están en riesgo de patologizar por su tendencia a ver una muestra limitada de pacientes crónicos —aquellos que no tienen una adaptación adecuada a la enfermedad. La mayoría de las personas con enfermedades crónicas no necesitan ayuda psiquiátrica, aunque la paciencia y el entendimiento es siempre apreciado... la tendencia a creer fuertemente que se sabe, qué se siente tener una enfermedad crónica e igualar a la persona con la enfermedad, es una contribución indeseable y no apreciada... “pobretear”... Un hábito inadecuado, igualmente, es la idealización de la enfermedad crónica. Las personas que continúan funcionando con lo mejor de sus habilidades son descritas frecuentemente como “valientes” pero ése es sólo otro mal entendido...

Steven Kingsbury.

Persona con esclerosis múltiple diagnosticada hace más de 17 años.
Traducción parcial de Kingsbury (2000). *Adaptation to Chronic Illness*.

Rehabilitación de enfermedades crónicas

En el siglo XXI, el cuidado de la salud requiere de cambios fundamentales, orientados básicamente a que sea seguro, eficaz, centrado en el paciente, eficiente, equitativo, preventivo, basado en evidencia científica y de costo aceptable (Institute of Medicine, 2001; Etzwiller, 1994).

En las últimas décadas ha proliferado la idea de que el tratamiento debe centrarse en el paciente. Esto significa que los programas de tratamiento y rehabilitación que se indiquen deben ser respetuosos y responder a las preferencias individuales de cada paciente. Así, debe dársele a éste la oportunidad de elegir qué tipo de tratamiento desea, con base en sus preferencias individuales, además de la conveniencia para su condición particular.

Sin duda alguna, en las últimas décadas ha proliferado la idea de que los equipos de tratamiento y rehabilitación deben ocuparse también de la prevención. Ello adquiere una importancia obvia en el caso de las enfermedades crónicas. Desde esta perspectiva, el equipo de rehabilitación debe procurar la prevención de consecuencias o efectos negativos futuros, además del tratamiento y/o rehabilitación de la disfunción actual.

La investigación y los conocimientos acerca de la rehabilitación para personas con enfermedad crónica se han incrementado en las últimas décadas, por lo que todos aquellos dedicados a estas actividades deben implementar el procedimiento más eficaz eficiente (a tiempo y en tiempo adecuados), basado en evidencias científicas.

El trabajo clínico requiere conocimientos acerca de metodología científica, que permita determinar qué tipo de intervenciones han demostrado ser eficaces, y familiarizarse con las fuentes de información apropiadas para acceder a los artículos y textos actuales útiles acerca del tema en cuestión.

Las fuentes de información más utilizadas son bases de revistas científicas, a las que se puede tener acceso en las bibliotecas de las universidades públicas y privadas más importantes de cada estado. Por ejemplo, las bases más importantes y de mayor difusión en México sobre rehabilitación de enfermedades crónicas, son: 1. PSYCLIT y 2. MEDLINE, las cuales contienen el resumen de las publicaciones científicas periódicas en psicología y medicina, respectivamente. Posteriormente, el (la) interesado(a) podrá obtener la fuente original en la misma biblioteca.

Por su parte, el concepto costo-eficacia hace referencia a la relación entre el precio de una intervención y sus resultados. En ocasiones, un tratamiento “costoso” resulta, a la larga,

más económico en tanto que es el mejor, lo cual implica, por ejemplo, solución anterior del síntoma y, por tanto, un tratamiento a menor plazo, o menos efectos secundarios o menor incapacidad, lo que evita pérdidas en el tratamiento de esos efectos secundarios y genera ganancias ante la no incapacidad. Este tipo de tratamientos deben prescribirse a los pacientes toda vez que sea posible su financiamiento.

Tratamiento holístico para la rehabilitación de la enfermedad crónica

Tal como hemos mencionado a lo largo de éste módulo, la gran mayoría de las personas que padecen una enfermedad crónica presentan efectos negativos en muchas áreas de su vida psicológica o emocional, social, familiar, laboral, vocacional, educativa, además de la disfunción o alteración biológica o física.



En esta dirección, la rehabilitación de las personas con enfermedades crónicas puede y debe ser un proceso en el que intervenga un equipo multidisciplinario de profesionales de la salud, a lo largo de todas las etapas de la enfermedad crónica: médico(s) general(es), médico(s) especialista(s), enfermera, trabajador social, psicóloga, terapeuta físico, etcétera.

Al respecto, Neinstein (2001) sostiene que el tratamiento de los adolescentes con enfermedades crónicas debe ser holístico, en tanto que, por ejemplo, dos millones de adolescentes en Estados Unidos tienen una condición crónica que les limita las actividades de la vida diaria, lo que además afecta su salud mental.

Según esta autora, son muchas las maneras en que los profesionales de la salud encargados de la atención primaria pueden ayudar a tratar de forma holística a las personas con enfermedades crónicas en general (y a los adolescentes con enfermedades crónicas en particular):

1. Tratar de eliminar las dificultades que los pacientes presentan para adherirse al tratamiento médico e identificar las razones por las cuales éstas se presentan; disminuir la complejidad de los regímenes de tratamiento; exhortar el apoyo de los familiares y remitirlos a los especialistas o consejeros que sean necesarios para cada caso.
2. Educar al paciente y a los familiares acerca de la naturaleza y curso de la enfermedad, para que la familia se involucre en el apoyo al paciente en la toma de decisiones respecto de su tratamiento.
3. Un equipo multidisciplinario puede ofrecer cuidados continuos para ayudar al paciente a afrontar eficazmente los complejos cambios, que se presentan consciente de la enfermedad, relativos al estadio de su desarrollo personal.
4. Los grupos de ayuda de pares o personas con la misma enfermedad pueden ser de utilidad.
5. En el caso de adolescentes tardíos, procurar una transición planeada y coordinada del centro de atención a niños, al de adultos.

Por otra parte, y para continuar con la postura de hacer oír (leer) todas las voces respecto de cada tema de este módulo, cabe señalar que, recientemente, Etzwiler (2001), en su artículo *Don't ignore the patients* (No ignoren a los pacientes) propone que quienes padecen

una afección crónica deben ser considerados como parte de este equipo multidisciplinario dedicado a su rehabilitación. “El 90% del tratamiento diario de la mayoría de las condiciones crónicas está a cargo de los pacientes, en su propia casa. De esta manera, el paciente debe ser reconocido y aceptado como un miembro legítimo del equipo de cuidado de la salud, con todos sus derechos y responsabilidades.”

Intervenciones psicológicas para la rehabilitación del paciente con enfermedad crónica

Sin duda alguna, el psicólogo forma parte importante del equipo de rehabilitación de una persona con enfermedad crónica, al igual que el médico, el trabajador social, la enfermera y los terapeutas físicos, entre otros. A continuación se exponen dos de las razones fundamentales al respecto:

1. La psicología, como ciencia que estudia la conducta humana, ha desarrollado métodos eficaces para adquirir, modificar y/o eliminar conductas. El proceso de rehabilitación de las personas con enfermedades crónicas generalmente compromete un cambio de hábitos o estilos de vida, en tanto que exige la adquisición de un repertorio relativamente extenso de nuevas conductas o hábitos.
2. Tal como hemos visto en los capítulos anteriores, la gran mayoría de las personas que padecen una enfermedad crónica presentan reacciones de adaptación y quejas emocionales entre las que se destacan la depresión y la ansiedad. Estos problemas emocionales merecen tratamiento *per se*, y además, debido a que se relacionan con baja adherencia al tratamiento médico, morbilidad y mortalidad del paciente.

En el próximo apartado se abordará de manera detallada este tema. Por el momento, sólo se pretende reconocer y estimar el quehacer del psicólogo en la rehabilitación del paciente con enfermedades crónicas.

Programas escolares para niños y adolescentes con enfermedades crónicas: un ejemplo de rehabilitación holística

No es difícil sospechar que los niños y adolescentes que padecen una enfermedad crónica presentan, además de los síntomas y limitaciones físicas propias de la disfunción, problemas psicológicos, sociales, familiares y escolares. A continuación se describe uno de los programas que debe integrar el paquete holístico de rehabilitación para este tipo de niños, cuyo objetivo es tratar de resolver los problemas escolares que presentan los menores en el curso de su enfermedad.

Aproximadamente, 40% de los niños y adolescentes que padecen una enfermedad crónica como cáncer, diabetes, asma o hemofilia presentan problemas escolares. Una buena cantidad de los que viven con este tipo de afecciones no pueden aprovechar los programas educativos tradicionales, debido a su ausentismo crónico, los síntomas de su enfermedad o los efectos secundarios de los tratamientos médicos.

Thies y McAllister (2001) describen el proyecto “Health and Education Leadership Project: HELP”, diseñado para ayudar a las escuelas públicas (de New Hampshire) para cubrir las necesidades de salud y educación de los estudiantes con enfermedades crónicas. El principio central del proyecto es que ciertas actividades en la familia, la escuela y la comunidad puedan ayudar a superar algunas barreras para lograr una integración eficaz de las necesidades de salud y educación en la escuela, posibilitando un cambio positivo en el estado de salud y escolar de los niños que las padecen.



En términos generales el proyecto HELP tiene como propósitos principales:

1. Determinar la responsabilidad de todo el personal de la escuela (maestros, consejeros y enfermeras escolares, etc.) y de la familia, con respecto a las necesidades de salud y educación de estos niños.
3. Desarrollar y divulgar un protocolo para crear un clima escolar adecuado.

Existen muchos programas especiales, generados por muy diversos profesionales de la salud, para favorecer la rehabilitación holística o integral de las personas con enfermedades crónicas. HELP es sólo un ejemplo de las medidas que pueden llevarse a cabo para resolver los problemas de educación relacionados con este tipo de padecimientos en la niñez, por lo que aquí se cita con la intención de motivar a los lectores a desarrollar y aplicar los programas de rehabilitación que sean necesarios para cada caso particular.

Intervenciones para el manejo psicológico de las enfermedades crónicas

El(la) lector(a) se familiarizará con los modelos teóricos y las técnicas específicas para el manejo psicológico de las enfermedades crónicas.

Introducción

La intervención psicológica para un paciente con enfermedad crónica puede tener muy diversos objetivos, tales como:

1. Evaluación y rehabilitación neuropsicológica, en caso de que la enfermedad esté asociada con deterioro de las funciones mentales superiores.
2. Evaluación y tratamiento psicológico de problemas relacionados con la enfermedad, como el sobrepeso, los trastornos sexuales, etcétera.
3. Intervención psicológica para aumentar la adherencia al tratamiento médico de la enfermedad.
4. Evaluación y tratamiento de quejas emocionales relacionadas con la enfermedad, entre las que destacan la depresión y la ansiedad.

Evaluación y rehabilitación neuropsicológica

La evaluación y la rehabilitación neuropsicológica son motivos importantes de referencia para el psicólogo que se ocupa del tratamiento de personas con enfermedades crónicas, sobre todo las que se relacionan con deterioro cognoscitivo, como es el caso de los padecimientos neurológicos y/o psiquiátricos, entre los que destacan las demencias.

La esclerosis múltiple, por ejemplo, la enfermedad neurológica más frecuente en la población general, es una de las condiciones crónicas que usualmente se refieren a evaluación y rehabilitación neuropsicológicas. Esta afección se caracteriza por la desmielinización del sistema nervioso central, por lo que el paciente puede presentar una gran variedad de síntomas (dependientes de la zona desmielinizada), sean sensorio-táctiles, motores, visuales, etc. Se estima que entre 43 y 64% de quienes la padecen presentan deterioro cognoscitivo, que puede ocurrir en etapas tempranas de la enfermedad, y que generalmente va seguido de notables síntomas físicos (Grant, McDonald, Trimble, Smith y Reed, 1984; Amato, Onziani, Pracucci, Bracco, Siracusa y Amaducci, 1995).

En términos generales, la evaluación neuropsicológica de los afectados incluye una o varias de las siguientes funciones mentales: *a)* atención y concentración, *b)* velocidad en el procesamiento de la información, *c)* lenguaje, *d)* funcionamiento visual, *e)* memoria y *f)* solución de problemas.

Desafortunadamente, las intervenciones neuropsicológicas no han demostrado ser eficaces para mejorar el funcionamiento cognoscitivo de los pacientes con esclerosis múltiple (Jonson, Korfitzen, Heltberg, Ravnborg y Byskov-Ottosen, 1993). Además, no existe tratamiento farmacológico eficaz para aliviar el deterioro cognoscitivo. Desde esta perspectiva, la disfunción cognoscitiva debe ser tratada, primero, con base en una evaluación neuropsicológica, y después con intervenciones conductuales dirigidas a incrementar las habilidades de afrontamiento eficaz del paciente.

De esta manera, la consejería para lograr la adaptación a las disfunciones cognoscitivas es uno de los componentes de la intervención neuropsicológica. Así por ejemplo, debido a que los trastornos de la memoria tienden a ser un problema de “olvido” más que la pérdida de información actual, el uso de organizadores para priorizar las actividades que deben realizarse puede ser una buena estrategia compensatoria para el paciente.

Sin duda alguna, es necesario que los psicólogos interesados en el tratamiento de las personas con enfermedades crónicas, sobre todo aquellas relacionadas con disfunciones cognoscitivas, se familiaricen con la evaluación y técnicas de rehabilitación neuropsicológica, que aún son escasamente conocidas y aplicadas en nuestro país.

Tratamiento psicológico de problemas físicos relacionados con la enfermedad crónica

Una buena parte de las personas que padecen una enfermedad crónica presentan problemas físicos relacionados que requieren algún tipo de tratamiento médico y/o psicológico. Así, por ejemplo, un buen porcentaje de pacientes con diabetes mellitus tipo II presentan trastornos sexuales y/u obesidad. Si bien existen tratamientos farmacológicos y quirúrgicos que coadyuvan en el tratamiento de este tipo de problemas, existen también intervenciones psicológicas útiles para ello.

El trastorno sexual más frecuente de estos pacientes es sin duda el de erección en el varón (disfunción eréctil). Este problema se caracteriza por la incapacidad persistente o recurrente para obtener o mantener una erección apropiada hasta el final de la actividad sexual, lo que provoca un profundo malestar en la relación interpersonal. La terapia de grupo y la de pareja, la hipnoterapia y la desensibilización sistemática son recursos útiles para tratar este problema, pues reducen la ansiedad asociada con la actividad sexual (Becker, Jonson y Kavoussi, 2001; Leiblum y Rosen, 1991).

El peso corporal excesivo es otro de los problemas que frecuentemente aquejan a los pacientes con diabetes mellitus, pues ésta constituye un obstáculo para el control de la enfermedad. Existen programas de tratamiento psicológico que han demostrado ser de suma utilidad para lograr una franca disminución de peso corporal en estos pacientes, lo que ha probado un efecto positivo sobre el control de la glucosa y una reducción significativa de riesgos de complicaciones vasculares. Estos programas incluyen una combinación de educación nutricional, técnicas de modificación conductual, dietas muy bajas en calorías y ejercicio. Empero, el problema aún es el mantenimiento del bajo peso, pues generalmente los pacientes recuperan los kilos perdidos (Wing, 1993).

En resumen, las contribuciones de la psicología al tratamiento de las enfermedades físicas relacionadas con los padecimientos crónicos han atraído la atención de numerosos especialistas en las últimas décadas y resultan sumamente importantes, pues incluso cuando existen opciones farmacológicas y quirúrgicas para tratar los problemas sexuales y de sobrepeso, estas intervenciones implican riesgos considerables de complicaciones para los pacientes, lo cual no sucede con la terapia psicológica.

Tratamiento psicológico para mejorar la adherencia al tratamiento médico

El apego o adherencia al tratamiento médico de una enfermedad crónica es también un objetivo importante desde la perspectiva de la psicología de la salud. Afortunadamente, existen intervenciones psicológicas altamente eficaces para mejorar la adhesión, incluso a regímenes terapéuticos altamente complejos y dependientes del paciente, como lo es el caso de la diabetes mellitus.

Entre las estrategias conductuales exitosas para incrementar la adherencia al tratamiento se destacan: *a)* instrucciones específicas en donde se defina de forma clara (no ambigua) qué es lo que se debe hacer, *b)* entrenamiento en habilidades para desarrollar conductas relacionadas con el tratamiento, *c)* señalamiento de conductas específicas (claves) con un estímulo sobresaliente, *d)* adecuar el régimen a las necesidades del paciente, *e)* aproximaciones sucesivas, *f)* automonitoreo de conductas relevantes para el tratamiento y *g)* claves y refuerzo de conductas nuevas deseables (Shelton y Levy, 1981; Stunkard, 1979; Lowe y Lutsker, 1979).

Tratamiento psicológico de problemas emocionales relacionados con la enfermedad crónica

Durante el desarrollo de este apartado el (la) participante podrá identificar y analizar los principales modelos y técnicas psicológicas que se han empleado para el manejo psicológico de las enfermedades crónicas. Tal como se mencionó en los tópicos anteriores, las principales quejas psicológicas de los pacientes con estas afecciones incluyen la depresión y la ansiedad, por lo que en esta sección se describirán con detalle las técnicas que han demostrado ser más útiles para el tratamiento de estos problemas. Empero, se mencionarán, además, las intervenciones útiles para el manejo de otros aspectos psicológicos importantes como: enojo, euforia, afrontamiento, dependencia, autoimagen y estigma.

A continuación se describen las investigaciones sobre intervenciones psicológicas en esclerosis múltiple, con la intención de presentar un preámbulo para la exposición posterior y detallada de las técnicas psicológicas que han demostrado ser más eficaces para el tratamiento de las quejas emocionales de los pacientes con enfermedades crónicas.

El caso de la esclerosis múltiple

Tal como puede sospecharse, la esclerosis múltiple está relacionada con un importante deterioro social y psicológico. Los problemas escolares, laborales, sexuales, familiares y con amigos son comunes. Además, las quejas emocionales incluyen ansiedad, depresión, pobre imagen corporal y baja autoestima (VanderPlate, 1984, citado en Foley, Bedell, LaRocca y Scheinberg, 1987).

Entre las intervenciones psicológicas que se han desarrollado e impartido a pacientes con esclerosis múltiple están la hipnoterapia (Brunn, 1966, citado en Foley, Bedell, LaRocca y Scheinberg, 1987), la terapia psicodinámica individual o grupal (Day, Day y Hermann, 1953; Crawford y McIvor, 1985; citados en Foley, Bedell, LaRocca y Scheinberg, 1987), la terapia de soporte (Hamburg y Adams, 1967; citado en Foley, Bedell, LaRocca y Scheinberg, 1987), los programas psicoeducativos, (Barnes, Busse y Dinkin, 1954; citado en Foley, Bedell, LaRocca y Scheinberg, 1987), la biorretroalimentación (LaRiccia, Katz, Peters, Atkinson y Weiss, 1985; citado en Foley, Bedell, LaRocca y Scheinberg, 1987), la terapia cognitiva conductual (Likewise, Larcome y Wilson, 1984; citado en Foley, Bedell, LaRocca y Scheinberg, 1987) y el entrenamiento en inoculación al estrés (Foley, Bedell, LaRocca y Scheinberg, 1987).

Intervenciones psicológicas para la prevención y control de la depresión y la ansiedad

Es bien sabido que existen muchos modelos psicológicos teórico-prácticos, entre los que se destacan: *a)* el psicoanalítico y/o psicodinámico, *b)* el fenomenológico, humanista y/o existencial, *c)* el sistémico o familiar, *d)* el conductual, y *e)* el cognitivo-conductual.

Sin duda alguna, todos estos modelos teóricos y tipos de intervenciones psicológicas han sido aplicados con relativo éxito en una diversidad de poblaciones clínicas. Empero, en este texto se expondrán sólo aquellas teorías y técnicas que han demostrado ser eficaces para tratar la depresión y la ansiedad relacionadas con enfermedad crónica.

El libro de psicología de la salud titulado *Clinical Handbook of Health Psychology: A Practical Guide to Effective Interventions*, editado por Camic y Knight (1998), ofrece una descripción detallada de las técnicas psicológicas que han demostrado ser más eficaces para solucionar problemas cardiacos, enfermedades respiratorias, el manejo de dolor crónico, la diabetes mellitus, condiciones gastrointestinales, síndrome de inmunodeficiencia adquirida (sida) e infección por virus de inmunodeficiencia humana, esclerosis múltiple, condiciones obstétricas, ginecológicas, oncológicas y hematológicas, así como para trastornos urológicos. Prácticamente todos los autores del libro destacan la importancia del tratamiento de la depresión y la ansiedad, y sugieren para ello el empleo de técnicas que han demostrado su eficacia para prevenir y controlar estos trastornos emocionales: las técnicas emanadas desde la perspectiva cognitivo conductual.

A continuación se presenta un resumen de “los problemas conductuales y cognitivos (o de pensamiento)” relacionados con la depresión y con la ansiedad, para posteriormente señalar las técnicas conductuales y cognitivas que han sido útiles para aliviar estas quejas emocionales.

En términos generales, y desde la perspectiva cognitivo conductual de la psicología, los problemas cognoscitivos y conductuales de la depresión, son:

1. De acuerdo con A. Beck, creador de la teoría y terapia cognitiva para la depresión, las personas deprimidas tienden a pensar en forma negativa acerca de sí mismas, del mundo y del futuro.
2. Las personas deprimidas tienden a atribuirse a sí mismas la “culpa” o causa de prácticamente todos los eventos o acontecimientos negativos de la vida diaria, y piensan que los aspectos o situaciones negativas no pasarán, es decir, que se mantendrán, “todo el tiempo”.
3. Las personas deprimidas dejan de realizar las actividades que antes les producían placer o que implicaban logro personal. Además, carecen de reforzadores o reconocimientos externos y propios por las conductas adecuadas que llevan a cabo.

En esta dirección, las técnicas-cognitivo conductuales que han demostrado ser más eficaces para prevenir y aliviar la depresión en la población general, y en personas con enfermedades crónicas en lo particular son: *a)* la terapia cognitiva para la depresión, de Aaron Beck, *b)* otros sistemas de terapia cognitiva, entre los que se destacan la terapia racional emotivo-conductual, de Albert Ellis, *c)* el entrenamiento en autorreforzamiento, el reforzamiento social o externo ante conductas adecuadas, y/o autoverbalizaciones o autoinstrucciones positivas, y *d)* hacer cosas que impliquen placer o logro personal.

Así, por ejemplo, Lustman *et al.* (1998), demostraron que la remisión de síntomas depresivos en una muestra de pacientes con diabetes mellitus es, por mucho, mayor en aquellos tratados con terapia cognitiva para la depresión que en el grupo control. Además, los indicadores de hemoglobina glucosada evaluados en el seguimiento fueron significativamente menores en el grupo con terapia cognitiva (en comparación con el grupo control).

Por su parte, Ellis (1997), subraya la importancia de incorporar técnicas de la terapia racional emotiva al tratamiento de esa dolencia, debido a que este conjunto de técnicas permite aumentar la tolerancia a la frustración de pacientes, lograr la aceptación estoica de la enfermedad y detener la autodenigración que los caracteriza.

Finalmente, en términos generales, los problemas cognitivos y conductuales relacionados con la ansiedad, son:

1. Anticipación de eventos futuros que serán catastróficos, intolerables, horribles. Este tipo de vaticinios significa que las personas que experimentan ansiedad tienden a percibir una amenaza que, en realidad, no existe.

El miedo “racional” o normal es una emoción que nos ayuda a sobrevivir, pues es una señal para que nuestro cuerpo se prepare para responder a un peligro o amenaza real. Sin embargo, cuando éstos no existen, el miedo es irracional, lo cual provoca que el organismo se desgaste de manera innecesaria. Este miedo irracional es la ansiedad, la cual es generada por nuestros pensamientos, no porque haya una amenaza o peligro real en el medio ambiente. Los pensamientos relacionados con la ansiedad son diferentes de aquellos que caracterizan a la depresión, ya que siempre está acompañada por la percepción de que estamos en peligro, de que somos amenazados o de alguna forma, vulnerables. (Los síntomas físicos de la ansiedad nos preparan para responder al peligro o amenaza en la que pensamos que nos encontramos.) En términos generales, podemos percibir amenazas de tres tipos: *a*) físicas, cuando creemos que seremos heridos físicamente, *b*) sociales, cuando creemos que seremos rechazados, humillados o avergonzados, y *c*) mentales, cuando algo hace que pensemos que podemos enloquecer o perder nuestras capacidades mentales. Los pensamientos de ansiedad se orientan hacia el futuro y a menudo predicen peligro o catástrofes.

2. No tener habilidades para relajarse. En esta dirección, las técnicas que han demostrado ser más útiles y eficaces a corto plazo y de manera sostenida, son sin duda: *a*) los modelos de terapia cognitiva para la ansiedad como la terapia racional emotivo-conductual, por ejemplo, *b*) el entrenamiento en respiración profunda, y *c*) el entrenamiento en relajación muscular.

Así, por ejemplo, las técnicas de relajación se han empleado en el tratamiento de una variedad de enfermedades mediadas autónomicamente (Stone y DeLeo, 1976), pueden reducir la actividad adrenocortical (Jevning, Wilson y Davidson, 1978; DeGood y Redgate, 1982), y han demostrado ser útiles para el manejo del estrés y de las complicaciones médicas relacionadas en pacientes con enfermedades crónicas, como la diabetes melitus (Fowler, Budzynski y Vandenberg, 1976; Seeburg y DeBoer, 1980).

Muerte en diversos puntos dentro del ciclo de la vida

Sin duda, desde tiempos muy remotos, los seres humanos han presentado indicios de conciencia de la muerte como un evento propio de la especie, en relación con su propia idiosincrasia, religión y cultura.

Así, por ejemplo, el hombre de Neanderthal, unos 50,000 años a. de C., enterraba a sus muertos cubriéndolos con piedras y dejaba a su lado algunos utensilios toscamente elaborados para ser empleados en la otra vida. En el neolítico, unos 10,000 años a. de C. se trataba de “asegurar” a los muertos una existencia estable y protegida, tapiando las grutas donde depositaban los cuerpos. Aparecen monumentos funerarios en forma de menhires, túmulos, dólmenes y los primeros rústicos cementerios. También se han encontrado cuerpos amarra-

dos o clavados al suelo, quizás por el temor de que el difunto regrese del más allá con fines malignos.

Por su parte, los egipcios tenían la convicción de que al morir, el alma, el “ka”, dejaba el cuerpo, para volver después a él para acompañarlo por la eternidad. Para ellos, morir sólo era una transición a otra vida corporal y espiritual, pero que continuaba la anterior. El cuerpo debía conservarse para acoger el alma que de otra manera quedaría errante. Para los egipcios la vida no era una agonía ni una angustia; vivían con agrado y deseaban continuar disfrutando de ella eternamente.

Los griegos aseguraban que, por esencia, el hombre era el único ser realmente mortal, todo lo contrario de los inmortales dioses, y de los animales, que viven sin anticipar la muerte. Después de ésta, aseguraban, las almas tenían un destino en el “Hades” y desde allí se presentaban a los vivos con el fin de aconsejarlos o amenazarlos.

En la Edad Media el cuerpo tendió a considerarse como una prisión, incluso capaz de degradar el alma debido a los apetitos mundanos y los pecados corporales que la envenenaban.

En la época precolombina existía un sentido trágico de la vida, a la que se consideraba un sufrimiento, una penuria, cuya liberación era proporcionada por la muerte. Se suponía que la vida era la antítesis de la dicha, y que sólo se podía alcanzar la felicidad a través de la muerte, a la vez que se pensaba que el hombre vivía bajo la sombra de un dios implacable. Éste es el origen de los sacrificios rituales donde el hombre parece buscar dichoso la muerte.

En la época actual, después de dos violentas guerras mundiales, y ante una sociedad tecnificada y de consumo, no se vive con una obsesión especial por la muerte. Por el contrario, según afirma Pizzi (2001), se “tiende curiosamente a negarla como tema de meditación trascendental... Una tendencia materialista lo invade todo. Se piensa que podemos manejar la muerte y se trata de legalizar el aborto y la eutanasia. Se buscan procedimientos artificiales de prolongación de la vida... Proliferan los trasplantes y se legisla sobre la disponibilidad de órganos de los fallecidos por accidentes... Los avances en la ingeniería genética han abierto perspectivas para crear la vida mediante clonación... hay un sentimiento de poder sobre la vida y la muerte como nunca antes existió”.

En el siglo xx, los avances de la medicina han elevado la expectativa de vida, y la mayoría de las personas llega a lo que hoy se llama la “tercera edad”. Por esta razón, las patologías cambian y las políticas de salud pública deben adaptarse a nuevas demandas.

Sin duda, la muerte es la discontinuidad de la vida y en ocasiones el hombre prefiere morir en lugar de sufrir un dolor insoportable. El hombre siempre ha temido a la muerte ya que anhela vivir plenamente para así morir de la misma manera.

La diferencia entre el ser humano y otros organismos vivos es que él tiene conciencia de sí mismo, de allí la urgencia de cada sujeto de encontrar un sentido a su dolor y el miedo a la muerte.

Para el hombre, el dolor es una sensación y una emoción provocada por un estímulo exagerado; el dolor crónico es aquel que en un comienzo pudo tener un origen orgánico, que se prolonga por algún tiempo mas allá de lo necesario para la reparación del tejido dañado, que no tiene soporte anatómico para explicarlo y que sigue invadiendo e invalidando la vida de quien lo sufre, su familia, su entorno laboral y a la sociedad; además, en la mayoría de los casos causa la muerte.

El sentido de la muerte ha cambiado a lo largo de la historia, pero una característica permanece sin cambio: el hombre comprende su caducidad, su limitación y se refugia en varias esperanzas ya que quiere creer que su alma no perecerá con su muerte física, pues la existencia *debe* tener algún significado.

Una de las grandes esperanzas que tiene el ser humano de no terminar la vida es la medicina, que parece ser que no tiene como objetivo comprender el sentido de la muerte, sino que lucha contra ella, pues trata de retardarla o de atenuar lo doloroso que la precede, mejorar la calidad de vida, acallar el tormento y el dolor, es decir, luchar contra la enfermedad y la muerte hasta donde sea posible.



La manera de considerar la muerte varía según la edad, posición social, actividades, momento emocional en el que las personas se encuentren, así como su religión, nivel cultural, etc. O sea, que nadie percibe la muerte igual que otro. Así, por ejemplo, un religioso no la considera igual que un soldado, un próspero hombre de negocios que un sujeto marginal.

Otro de los factores que más influyen en la percepción de la muerte es la edad (los distintos ciclos de la vida del ser humano).

Infancia. Para un niño la muerte es algo vagamente amenazante, que le ocurre a otros y que identifica como un abandono o un viaje de alguien cercano a él. El niño necesita como nadie de apoyo; teme a lo incierto que acosa a cada instante su vida infantil.

Quiere aferrarse firmemente a la mano segura de su padre o al regazo de su madre; teme más que nada a la soledad, ya que la posibilidad de la muerte está muy alejada de su realidad. El niño sufre con la muerte de su mascota favorita, por que le significa estar más solo. *La muerte para el niño es un abandono.*

Adolescencia. En esta etapa, la búsqueda angustiada de un camino, la fuerza de las pasiones y las frustraciones que le afectan al joven que debe enfrentarse con la vida sin estar preparado, le provocan frecuentemente estados depresivos que a veces lo llevan a la drogadicción o a la delincuencia para escapar de la desesperación de vivir.

La muerte se ve aún lejana, pero suele surgir avasalladora, con tendencias suicidas cuando el adolescente se convence de que no podrá alcanzar los sueños y anhelos gestados en la infancia. Sin embargo, aparte de estos casos que explican el alto número de suicidios en esta edad, la muerte se ve como algo improbable y lejano.

Para los adolescentes sólo existen dos mundos: el de ellos y el de los “viejos”, por lo que, para ellos, la muerte es propia de la vejez.

Adultos. En la edad adulta el hombre se preocupa por concretar y llevar a cabo su proyecto vital. Quiere formar una familia, tener una ocupación, una profesión, ganar dinero. Piensa que, debido a que tiene por delante la mitad de la vida, la muerte está lejana, ya que antes vendrá la vejez, la cual le preocupa más que aquélla.

El adulto se sorprende por la muerte repentina de algún familiar o conocido, pero su impulso es esencialmente vital. La muerte es todavía la muerte de otros, ya que él sólo está preocupado por cumplir sus metas, por alcanzar la estabilidad económica y social. Aún tiene muchas cosas por hacer. La preocupación por la muerte no es inmediata, sino a largo plazo.

Vejez. La noción de la proximidad de la muerte es propia de la vejez. El anciano ha visto morir a muchos familiares y amigos. En esta etapa quizás le teme menos a ella que a las contingencias de la vida (sociedad, pobreza, enfermedad, limitaciones, segregación social), que acaecerán en los años que aún le quedan. En la ancianidad todo es pérdida. La jubilación es una crisis biográfica; es traumatizante. La jubilación económico-social se hace frágil y precaria, y las últimas esperanzas se apagan; ahora la meta más cercana es la muerte.

Además, el anciano padece debido a la precariedad creciente de su cuerpo que limita su accionar y su quehacer; se siente solo e inútil y sabe que la muerte puede llamarlo en cualquier momento. Añora la juventud y se siente incomprendido. A pesar del impulso vital que anima a todo ser humano, comienza a sentir desánimo ante lo inevitable. La soledad, la enfermedad y la pobreza sitúan al anciano inerme ante la grandiosidad de la muerte. No ha perdido totalmente la esperanza ni la fe y a veces lucha y se esfuerza, pero casi siempre le invade una sorda amargura y oculta la depresión.

Enfermedad y muerte

Sin duda, la enfermedad es lo que más propicia en el ser humano el temor a la muerte. Y es allí en donde él o los profesionales de la salud deben actuar, ante seres humanos temerosos y demandantes de ayuda, apoyo y cariño.

En esta dirección, aquél que enferma no sólo requiere de medicamentos o intervenciones quirúrgicas. Es muy probable que se beneficie también del apoyo moral y psicológico, entre otros. En el próximo capítulo se mencionarán las técnicas que han probado ser más eficaces para el manejo psicológico de los pacientes con enfermedades terminales.

Manejo psicológico del paciente terminal

Es necesario comenzar esta sección reconociendo que el personal de salud, sea médico, enfermera y/o psicólogo, se enfrenta a dilemas que han sido objeto de diversas discusiones cuando tiene ante sí, a su cuidado, a un paciente con enfermedad terminal (Aguilera, 1990).

Sin duda alguna, uno de estos dilemas, para el que por cierto frecuentemente se pide asesoría al personal de psicología, se refiere a la decisión de decir o no *la verdad* a la persona que padece una enfermedad incurable y terminal.

En la actualidad se cuenta con estudios científicos acerca del efecto físico y emocional que provoca el conocimiento de un diagnóstico de enfermedad crónica y/o terminal. En términos generales, estos estudios dan cuenta de marcadas diferencias entre condiciones médicas e individuos en las reacciones físicas, emocionales y psicológicas ante el conocimiento de que se padece de una enfermedad crónica o terminal. Las reacciones ante la verdad son distintas entre las personas y entre las situaciones. “Cada caso es particular” (Pizzi, 2001).

Las personas con una enfermedad crónica o grave se encuentran ante un hecho diferente que aquel que debe enfrentar un individuo con una enfermedad terminal. En este último caso, el diagnóstico, evolución y falta de respuesta positiva al tratamiento lo destinan, con seguridad casi absoluta, a la muerte. Además, es necesario establecer diferencias no sólo entre las personas con dolencias graves o crónicas y aquellas con enfermedades terminales. También existen diferencias significativas entre las distintas enfermedades terminales:

- a) Enfermedades terminales en donde se padece, junto con el deterioro físico incesante, una decaída significativa de las funciones mentales y, por consiguiente, de la conciencia de enfermedad y muerte, como en el caso del Alzheimer.
- b) Enfermedades terminales en donde no se presenta deterioro cognoscitivo. El paciente permanece lúcido, conciente de su enfermedad y de la muerte hasta el último momento.

En las enfermedades terminales donde se presenta un deterioro significativo de la conciencia de enfermedad y de muerte, como en las demencias, la proximidad del fin es algo inexistente para el enfermo, por lo cual informarle de que su muerte consistirá en el deterioro psíquico cada vez mayor no tiene sentido, afirma Roa (2001). En este caso, los destinados a la verdad son sus familiares y/o representantes legales.

El problema de informar o no al paciente de su estado crítico se presenta en los casos de enfermedades de un mal pronóstico acompañadas de integridad mental, como el cáncer de evolución rápida y resistente a la terapia actual, y el sida. En estas circunstancias, el problema para tomar la decisión de informar al paciente de su diagnóstico radica en el probado efecto negativo que ello provoca en su salud física (y emocional, por supuesto). “Los seres humanos tienden a anticipar los sucesos, a otorgarles viva presencia en la imaginación, de llevarlos al extremo, de gozar o angustiarse con ellos... por lo que los sucesos se viven dos veces: cuando se sabe que van a ocurrir y cuando de hecho ocurren (Roa, 2001).”

En términos generales, lo conveniente (si no obligatorio) es que el médico o profesional de la salud encargado de informar al paciente de su estado crítico lo haga con la suficiente comprensión y compasión para cada caso particular, y que intente buscar con el paciente un significado al sufrimiento que presenta. De acuerdo con Roa (2001), “algo, por pavoroso que sea, si se le discierne un sentido, cae no sólo entre lo comprensible y en consecuencia soportable y no desesperante, sino que cae en lo que levanta el alma de sí y de los demás.... En el paciente con cáncer, el amor a sus seres queridos hace soportable el dolor y la muerte.... él sabe que mostrar cierta paz y tranquilidad evita el sufrimiento de los otros, y eso le da sentido a su propio sufrimiento; es un sentido para los demás... El sufrimiento también tiene sentido cuando con él se evita el dolor de los otros (Roa, 2001)”.

Cabe mencionar que todo personal de la salud interesado en dar a conocer de forma adecuada la noticia de una enfermedad terminal, y de ayudar al paciente a encontrar un sentido a su sufrimiento, puede encontrar de franca utilidad la lectura y análisis de los textos de Víctor Frankl, creador de la logoterapia, un sistema de psicoterapia cuyo objetivo central es ayudar a las personas a encontrar el sentido del propio sufrimiento.

Así pues, para poder determinar la conveniencia de informar al paciente de su estado crítico, es necesario tomar en cuenta, al menos:

- a) El tipo de enfermedad terminal de la que se trata (en tanto se relacione o no con pérdida de conciencia de la enfermedad y/o la muerte).
- b) La evidencia relacionada con el efecto físico y emocional en cada tipo de enfermedad.
- c) Los aspectos éticos y legales inevitables, y estrechamente vinculados con este acontecimiento.

Indudablemente, todo aquel profesional de la salud que se dedique al tratamiento de la enfermedad terminal debe documentarse, extensa y decididamente en los aspectos éticos y legales que implica el tratamiento de estas personas. Para una revisión detallada de estos aspectos se sugieren algunos textos en el apartado de bibliografía. En términos generales, los aspectos que más frecuentemente se revisan en estos textos incluyen la comunicación de diagnóstico y pronóstico a las personas con enfermedad terminal, la eutanasia, la dignidad del hombre y su derecho a determinar el tipo de tratamiento para su enfermedad, la donación de órganos, la prolongación artificial de la vida, etcétera.

Reacciones emocionales ante el diagnóstico de una enfermedad terminal

Kübler-Ross (1974) sostiene que existe una serie de etapas de reacciones emocionales y psicológicas de los pacientes que se enteran de un diagnóstico de enfermedad incurable y terminal:

1. Rechazo o negación. En esta etapa la persona opta por “no creer” y “desentenderse” de la enfermedad. Este autoengaño dará lugar a sentimientos de irritación e incluso agresividad.
2. Negociación. En esta etapa el paciente acepta la enfermedad terminal y con ello la muerte, “a cambio” de la realización de algunos objetivos personales o familiares o la resolución de ciertos asuntos “pendientes”.
3. Depresión y angustia. Es muy común que las personas con enfermedad terminal experimenten un penoso periodo de depresión o ansiedad intensas, o ambas, antes de lograr la aceptación y resignación necesarias.
4. Aceptación y resignación.

Técnicas psicológicas para el manejo de las personas con enfermedad terminal

Además de los conocimientos, habilidades y compromisos éticos y legales que es necesario adquirir para resolver dilemas tales como enterar al paciente con enfermedad terminal de su diagnóstico y pronóstico —para lo que ya se ha recomendado la logoterapia—, es necesario ahondar en las técnicas de intervención en crisis que han demostrado ser útiles para el manejo de estos casos, así como aplicar las ya expuestas técnicas cognitivo-conductuales para aliviar la depresión y la ansiedad.

Entre las crisis de la vida, existen aquellas que no se relacionan directamente con el proceso natural de maduración, es decir, las imprevisibles, generalmente denominadas “circunstanciales”, que se caracterizan por: *a)* una aparición repentina, *b)* imprevisión, *c)* calidad de urgencia, *d)* efecto potencial sobre comunidades, y *e)* peligro/oportunidad (Slaikeu, 1996). Tal es el caso de la enfermedad crónica y terminal.

Desde el punto de vista de la teoría de la crisis, la enfermedad física es un acontecimiento que desafía la capacidad del individuo (y de la familia) para afrontar los problemas y adaptarse o resignarse. La intervención en crisis en estos casos se enfoca en el auxilio a los pacientes (y a sus familias) para alcanzar los siguientes objetivos:

- a)* El uso eficaz de la negación para lograr un manejo adecuado de la ansiedad.
- b)* El desarrollo de estrategias eficaces de afrontamiento a partir de una gran variedad de intervenciones que incluyen apoyo, reestructuración cognitiva y consulta familiar. Para una revisión exhaustiva de estas técnicas, véase Slaikeu, 1996.

Alternativas al cuidado hospitalario de los enfermos terminales

El (la) lector(a) se familiarizará con algunos programas especiales, adicionales y/o alternativos al cuidado de los pacientes con enfermedad terminal.

Programa de autodeterminación del paciente

Una gran cantidad de personas ha reportado que, en numerosas ocasiones, ha analizado “planes de tratamiento para el final de la vida” con familiares y otros a quienes aman. Entre 15 y 25% de ellas han decidido qué directrices se tomarán con respecto al tratamiento de una enfermedad terminal. En las personas con síndrome de inmunodeficiencia adquirida o con cáncer terminal es mucho más frecuente planear anticipadamente el tratamiento de las fases últimas de la enfermedad. Prácticamente la mitad de los pacientes ha formulado lo que se denomina una “planeación avanzada” (*Advance end of life planning*).

Una persona puede decidir de forma anticipada si se le administrará o no un tratamiento para prolongar su vida, y designar a otra para que comunique sus deseos o preferencias cuando no pueda hacerlo por cuenta propia. Este proceso de “planeación avanzada” implica reflexión, discusión y comunicación de las preferencias de tratamiento para el cuidado del final de la vida, permitiendo una “directiz avanzada” (*Advance directives*) (Miles, Koepp y Weber, 1996).

Sistematización de los cuidados en casa

El paciente con enfermedad terminal y sus familiares tienen el derecho de optar por continuar el tratamiento en casa, incluso en contra del consejo médico. Sin duda, este tipo de

decisiones deben ser tomadas con calma y con base en una reflexión y aceptación de los beneficios y riesgos que ello implica, luego de considerar la real probabilidad de la familia de llevar a cabo los cuidados que necesita el paciente. Además, el traslado de éste debe efectuarse en el momento en que los nuevos cuidadores ya han planeado, implementado y aprendido los procesos para su cuidado.

Eutanasia y suicidio asistido

La eutanasia implica la decisión de un tercero respecto de la terminación de la vida de una persona. Esta práctica, aunque ha sido ampliamente discutida en el mundo entero, por lo menos hasta el momento en que esto se escribe, no ha sido aceptada por el sistema legal de ningún país. El suicidio asistido se refiere a la ayuda de un tercero para terminar la vida a petición expresa de la persona. Esta práctica es aceptada en algunos países, aunque requiere, por supuesto, de una previa y exhaustiva revisión del estado mental, físico y emocional del paciente. El suicidio asistido no es legalmente permitido en México, en ninguna circunstancia.

Algunos autores sostienen que los estados depresivos profundos pueden mediar la decisión de los pacientes respecto de esta práctica (Rosenblatt y Block, 2001).

Es indudablemente necesario que los lectores ahonden en las lecturas de aspectos éticos relacionados que se han recomendado anteriormente.

Para finalizar, cabe destacar que en la bibliografía de esta sección se anota una serie de textos que se recomienda leer cuidadosamente a fin de conocer los programas alternativos y complementarios de cuidados para los pacientes con enfermedades terminales.

Problemas de los supervivientes

El (la) lector(a) se familiarizará con los problemas que aquejan a los supervivientes de la muerte de una persona que ha padecido una enfermedad crónica o terminal. Además, al finalizar el capítulo conocerá las principales estrategias psicológicas para ayudar a estos individuos a afrontar eficazmente la muerte de sus seres queridos.

Introducción

De acuerdo con Penn (2001), la enfermedad crónica y terminal de un miembro de la familia debe ser entendida como una experiencia traumática relacional (*relational trauma*). Es decir, el familiar, al igual que la persona que padece la enfermedad, experimenta un “trauma”, y muestra signos de perturbación física, aislamiento y desesperanza (Sheinberg y Fraenkel, 2000), y, probablemente, aunado a este cansancio y malestar, experimentará y afrontará la muerte de un ser querido.

Significado de la muerte de un ser querido

De acuerdo con Moss (1995), las circunstancias que rodean a la muerte de un ser querido influyen la forma en que los supervivientes responden. Desde esta perspectiva no serán igual las reacciones y/o los mecanismos para la adaptación o afrontamiento de la muerte por parte de los supervivientes si el familiar ha fallecido de manera repentina, o debido a una enfermedad crónica, o si era un infante o un adulto mayor. El tipo de muerte y la forma en que se interpreta puede tener un efecto directo y a largo plazo en la familia. Así, por ejemplo, Lundin (1987) reportó que los supervivientes de “muertes repentinas” experimentan repercusiones físicas y psicológicas más prolongadas en virtud de que no les es posible anticipar tal

evento. Por su parte, afrontar la muerte de un niño, cualesquiera que sean las circunstancias, requiere de un reajuste importante a nivel personal, familiar y de pareja (Handsley, 2001).

Reacciones ante la muerte de un ser querido

El significado que se atribuye a la muerte de un familiar o amigo se relaciona directamente con las reacciones conductuales y emocionales del superviviente. Así, por ejemplo, la muerte de un infante, significada como una muerte a “destiempo”, se relaciona con reacciones emocionales negativas de la más alta intensidad (De Vries, 1997).

Existen consecuencias conductuales y emocionales positivas y negativas del afrontamiento con la muerte de un ser querido. Entre las consecuencias positivas se han reportado, por ejemplo, que los supervivientes se unen más entre ellos después de la muerte del ser querido (Nelson y Frantz, 1996). Empero, para muchos de ellos, superar eficazmente la pérdida de un ser querido puede implicarles un trabajo de toda la vida.

Recomendaciones terapéuticas para los supervivientes

La terapia psicológica ha demostrado ser de utilidad para resolver el duelo ante la pérdida de un ser querido. En términos generales, todas las intervenciones pretenden complementar el proceso de duelo con una sensación de alivio, equilibrio restaurado y una apertura para encarar el futuro. Para ello, es útil enfocarse en otros aspectos de la vida de quien sobrevive, lo que amplía la visión hacia el resto del tiempo que ha de vivirse (Slaikui, 1996).

La terapia familiar también es útil si el que ha fallecido era una parte central, cercana afectiva y físicamente, un pequeño (hijo) o el proveedor.

Asimismo, algunos sobrevivientes encuentran alivio en lecturas de autoayuda. Una de ellas, en nuestro idioma y de fácil acceso, elaborada por Markham (1997), se cita en la bibliografía correspondiente a este apartado.

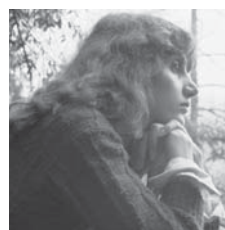
Stephen (2001) ofrece una experiencia personal de enfrentamiento con la muerte de un familiar que padeció una enfermedad terminal, la cual puede ser de utilidad para comprender la serie de reacciones familiares que provoca la muerte de un pariente, y las razones por las cuales, en ocasiones, la solución del duelo puede prolongarse por mucho tiempo (o indefinidamente).

Por esta razón es necesario que los psicólogos o terapeutas encargados del manejo de duelos en supervivientes tengan la capacidad y responsabilidad para referir a tratamiento hospitalario y/o psiquiátrico a aquellos pacientes cuyo duelo no resuelto los coloque en peligro de optar por el suicidio. El manejo combinado de terapia psicológica y farmacológica es la mejor opción para la depresión y el duelo, y todo paciente que presente riesgo suicida (pensamientos de muerte, ideación, planeación o intento suicida) deberá ser referido a tratamiento intrahospitalario, si ello es posible.



TERCERA PARTE

Calidad de vida



Capítulo Diez

Alimentación sana

Antonio Tena Suck

Universidad Iberoamericana, México

Debby Braun

Comité Olímpico Mexicano, México



Introducción a una alimentación sana

La Organización Mundial de la Salud (OMS), define a la salud como: “el estado de completo bienestar físico, mental y social, y no simplemente la ausencia de enfermedad” (OMS, 1956).

El estado nutricional es la condición de salud de un individuo. Los nutrientes son constituyentes que se encuentran en los alimentos y que deben ser suministrados al cuerpo en cantidades adecuadas.

El hombre tiene la capacidad de controlar una gran variedad de situaciones que se le presenten; puede suprimir algunos malos hábitos adquiridos, cambiar de una ideología a otra, eliminar vicios como beber alcohol y fumar. Sin embargo, no puede dejar de comer.

Los requerimientos alimenticios varían de un individuo a otro (de acuerdo con la edad, sexo, talla, peso y actividad física, entre otros factores), lo cual genera una alimentación personalizada.

Todos necesitamos continuamente un aporte de nutrientes para obtener energía, construir y reparar nuestros tejidos y regular los procesos fisiológicos vitales.

Por definición, nutrientes son los elementos básicos que obtenemos de los alimentos, indispensables para mantenernos vivos y sanos.

Existen diversos nutrientes que el cuerpo requiere como indispensables para mantener un adecuado estado de salud:

- Hidratos de carbono.
- Lípidos (grasas).
- Proteínas.
- Vitaminas.
- Minerales.

El agua no se considera un alimento, sino un compuesto absolutamente indispensable que participa en todos los procesos vitales.

Para poder aprovechar las sustancias nutritivas que contienen los alimentos que ingerimos, éstos tienen que sufrir una serie de transformaciones físicas y químicas que se llevan a cabo en el aparato digestivo; ya fragmentados los compuestos sencillos, son absorbidos por la sangre y conducidos a los tejidos donde las células los utilizan para fabricar su propia materia orgánica, elaborar las secreciones específicas y obtener la energía que necesitan para efectuar las funciones (Lawrence y Di Lima, 1992).

Los nutrientes que utiliza el organismo para obtener energía son los hidratos de carbono, las proteínas y las grasas. El porcentaje de cada uno de ellos depende del tipo de alimentación que se requiera, según las características de cada individuo.

Si conocemos su papel en nuestro organismo, podremos comprender su valor nutritivo y evitar excesos o carencias que impiden que el cuerpo funcione en condiciones óptimas.

El organismo humano se asemeja a una máquina perfecta que siempre busca el equilibrio entre el aporte energético —determinado por el valor en calorías de los alimentos ingeridos— y la sumatoria de sus necesidades vitales de energía (gasto energético basal) con la cantidad de energía que se utiliza en la termogénesis alimentaria y la cantidad correspondiente a la actividad física que realiza. (Whitney, Nunnelley y Rolfes, 1990.)

En el ámbito de los trastornos alimentarios, la balanza entre el aporte y el consumo energéticos se inclina hacia un extremo o hacia el otro. El desbalance se produce de manera paulatina cuando se dejan de lado hábitos alimentarios adecuados. (Kaplan y Garfinkel, 1993.)

En un principio se debe definir un plan de alimentación específico, de acuerdo con las necesidades propias, propósitos y gustos. En lugar de hacer hincapié en restricciones, es necesario determinar los alimentos que le gustan, que nutren; es de vital importancia comprender qué nos nutre, con la finalidad de incluirlo en nuestro aporte diario para mantenernos “sanos”.

Cada individuo debe tener capacidad y adquirir la experiencia para elegir los alimentos, sin imposiciones ajenas. Se trata de establecer un programa personal que puede mantenerse toda la vida sin sentirse limitado.

En los últimos años se ha demostrado que para corregir ciertas alteraciones del apetito resulta muy útil modificar el comportamiento.

Los alimentos que ingerimos requieren un proceso de transformaciones tanto físicas como químicas que se llevan al cabo durante la digestión. Ya fragmentados en compuestos más sencillos, los nutrientes son absorbidos por la sangre y conducidos a los tejidos donde las células los utilizan para efectuar sus funciones vitales.

Cuando conocemos el papel que desempeñan en nuestro organismo los nutrientes que proceden de los alimentos y cómo se transforman y asimilan, podremos comprender su valor nutritivo y evitar así excesos o carencias que pueden impedir al organismo mantenerse en óptimas condiciones de salud (Lawrence y Di Lima, 1992).

Dietas de moda: análisis y sus consecuencias

Día a día un mayor número de personas se unen a la tarea de realizar dietas de “moda” con la única finalidad de bajar de peso de forma casi instantánea, a las cuales se adhieren por periodos muy cortos. De esta manera esperan obtener resultados satisfactorios y de largo plazo.

Sin embargo, este tipo de dietas tiene como común denominador poner en riesgo la salud. Además, estos planes de alimentación sumamente restrictivos se adquieren a través de revistas, folletos o por recomendaciones de conocidos, sin la prescripción de un médico o algún fundamento nutricional. Algunas de ellas, que han sido adoptadas del extranjero, son completamente ajenas a nuestra cultura alimentaria (Larson, 1996).

Anualmente en Estados Unidos la población gasta alrededor de 30 mil millones de dólares en la industria de dietas para bajar de peso, regímenes y trucos que no funcionan, pues



el atractivo de la rapidez y la facilidad son difíciles de resistir, pero los resultados no son los esperados. Al contrario, las consecuencias son un aumento de peso al poco tiempo, un gran sentimiento de derrota y probablemente alguna afectación a la salud.

A través de los años, promotores de dietas fraudulentas han utilizado frases y palabras como: antigua, descubierta en Europa, cura, fácil, sin esfuerzo, exótica, garantizada, mágica, milagrosa, misteriosa, de nuevo descubrimiento, rápida y secreta, entre otros (Larson, 1996).

Dietas “mágicas”

La dieta de la toronja, la del arroz, la de la sopa de calabaza, la del consumo ilimitado de plátano, etc., son algunos ejemplos de regímenes alimentarios basados en la ingesta de un solo alimento, los cuales, igual que aquellos fundamentados en el consumo de un solo grupo de alimentos, no funcionan por diversas razones. En primer lugar, carecen de variedad, es decir, no proveen las cantidades adecuadas de todos los nutrientes que el organismo requiere. El individuo puede caer en el riesgo de excederse en el consumo de alimentos que no se encuentran dentro de la “dieta”. Debido a que este tipo de regímenes no enseñan nuevos hábitos alimentarios, las personas, por lo general, los abandonan de manera más o menos rápida.

La dieta de la toronja se basa en el consumo casi exclusivo de este fruto o de su jugo, los cuales deben ingerirse en cada comida del día, junto con raciones pequeñas de carne, huevo y un limitado consumo de frutas y verduras e hidratos de carbono complejos. Para justificar su empleo, se argumenta que la toronja tiene algunas enzimas que transforman los depósitos de grasa en ácidos grasos libres que posteriormente son utilizados como fuente de energía, lo que no es cierto en lo absoluto, pues la toronja no posee tales enzimas. Una dieta de este tipo, baja en proteínas e hidratos de carbono, puede producir una pérdida de peso, proceso en el cual la mencionada fruta no interviene. Además, no ayuda a promover una modificación de hábitos alimentarios.

La dieta de la luna, que se lleva a cabo sólo el día en que nuestro satélite natural se encuentra en la fase de la luna llena, se basa en la influencia de ésta sobre las mareas. ¿Qué relación o efecto tiene con o sobre la alimentación? No ayuda a promover una modificación de los hábitos alimentarios.

Dietas altas en proteínas

Una dieta alta en proteínas no genera músculo y ni quema grasa, como mucha gente opina: sólo la actividad física constante y un entrenamiento apropiado pueden fortalecer el músculo y generar hipertrofia muscular. Algunos atletas de disciplinas específicas requieren un aporte de proteína ligeramente superior. Cuando se elaboran planes alimentarios a partir de alimentos ricos en proteína como carnes, huevo, pescado, leche y sus derivados, etc., y se suprimen nutrientes de frutas, vegetales y granos se produce una deficiencia de ciertas vitaminas y minerales, así como de hidratos de carbono complejos y fibra. Uno de los resultados que se obtienen cuando se sustituyen hidratos de carbono por alimentos con alto contenido proteico es una menor capacidad de energía que, en el caso de atletas puede ser de suma importancia.

De acuerdo con el tipo de origen proteico, la dieta puede ser también alta en grasas y, por tanto, en calorías; pero también el colesterol como los triglicéridos pueden ser elevados. La rápida reducción en ciertos individuos puede ser provocada por la pérdida de agua, no de grasa corporal. Una dieta baja en hidratos de carbono puede generar una cetosis cuyos síntomas son debilidad, náuseas y deshidratación. Este tipo de planes alimentarios no es adecuado para una salud de por vida (Larson, 1996).



Dietas bajas en hidratos de carbono

Esta dieta se basa en el consumo limitado o casi nulo de hidratos de carbono que provienen de frutas, verduras y cereales, así como en la ingesta de grandes cantidades de aceite, pues da por supuesto que así “se estimula la hipófisis para que las grasas se quemen a mayor velocidad”, lo cual es completamente falso. Esta dieta es cetogénica, por lo que debe ser aplicada bajo supervisión médica. En ciertas condiciones, y durante periodos muy cortos, funciona de manera eficaz con pacientes específicos. Sin embargo, está contraindicada en la población general, pues no ayuda a promover una modificación de los hábitos alimentarios.

Dietas líquidas muy bajas en calorías

Para casos específicos se han diseñado dietas líquidas con muy pocas calorías, las cuales deben cumplirse bajo estricto control médico. Quienes se someten a ellas reciben un aporte hipocalórico diario de alrededor de 300 a 800 kilocalorías.

Hace algunos años, la composición básica de esta dieta fue modificada debido a la muerte de varias personas sometidas a este tipo de regímenes. Las nuevas formulaciones contienen mayor cantidad de vitaminas y minerales, y un alto contenido de proteína. Algunos de sus efectos indeseables son fatiga, náusea, diarrea, estreñimiento y pérdida de cabello.

Dietas a partir de polvos o licuados

Este tipo de dietas, compuestas por polvos que se licuan con agua, que sustituyen varias comidas al día, han tenido gran aceptación en los últimos años. Dichos polvos, aparentemente, contienen todos los nutrimentos necesarios para una buena alimentación y, a la larga, logran reducir el peso de quien los consume. Puede ser que a corto plazo este régimen alcance su objetivo, debido a su contenido hipocalórico. Sin embargo, sustituir los alimentos naturales y la masticación por este tipo de licuados durante un periodo extenso provoca el hastío de quien los consume y su posterior regreso a sus antiguos hábitos alimentarios, además de recuperación del peso perdido. Si no es bajo supervisión médica y una educación nutricional, este tipo de dietas no orientan ni ayudan a modificar hábitos alimentarios, por lo cual, el individuo las abandona rápidamente (Larson, 1996).

Ayuno

El ayuno se ha utilizado como trampolín para iniciar una reducción de peso o una dieta baja en calorías. Esta práctica priva al organismo de la energía y de los nutrientes que requiere para llevar a cabo sus funciones normales. Una rápida reducción de peso provoca la pérdida de agua y músculo. Con el ayuno, la persona se siente fatigada y con vértigo. Este tipo de limitaciones alimentarias puede provocar el ciclo del síndrome de yo-yo (Larson, 1996).

Existe un sinnúmero de dietas que podríamos analizar. Sin embargo es preferible hacer hincapié en el plan de alimentación que debemos llevar, con el objetivo de mantenernos en un peso adecuado, reducirlo o poder realizar un deporte.

La alimentación diaria debe ser equilibrada, es decir, incluir todos los nutrientes en la forma y la proporción adecuadas para mantener la salud.

Cada plan alimentario debe diseñarse de manera individual. Su importancia prevalece en su continuidad. Además, deben integrarse hábitos alimentarios diarios, propios de cada familia y de cada individuo, respetando gustos y costumbres.

Antes de iniciar un programa de alimentación, cualesquiera que sean las necesidades de la persona, es recomendable consultar a un nutriólogo, médico o asesor en alimentos para determinar cuál es el más conveniente, cuál es la importancia de incluir todos los grupos de



alimentos y no dejarse llevar por dietas altamente demandantes, que cada vez nos alejan más de una alimentación saludable y adecuada.

Elaboración de planes de alimentación

Para poder elaborar un plan de alimentación específico es importante considerar el estado de nutrición de la persona, así como su condición fisiológica y su estado de salud física en el momento de la evaluación nutricional. Es fundamental conocer sus hábitos alimentarios a fin de poder establecer las modificaciones que requiere con base en un programa alimentario que haga hincapié en sus necesidades nutricionales.

Desde 1941 la FNB (Food and Nutrition Board del Institute of Medicine de la National Academy of Sciences: IOM/NAS) estableció los requerimientos alimentarios recomendados (Recommended Dietary Allowances, RDA), los cuales fueron modificados en 1989 y 1994. En este último año, la Junta de Alimentos y Nutrición elaboró un marco de referencia para presentar recomendaciones sobre nutrientes o consumos alimentarios de referencia (Dietary Reference, DRI). Los profesionales de la nutrición deben utilizar tanto los RDA como los DRI en los próximos años y mantenerse informados sobre los DRI que el comité sobre consumos alimentarios de referencia de la Food and Nutritional Board publique.

Para calcular los requerimientos energéticos, así como las necesidades de proteínas, grasas e hidratos de carbono es necesario basarse en las fórmulas propuestas por el Comité de la Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación/Organización Mundial de la Salud/Universidad de las Naciones Unidas (FAO/OMS/UNU) (WHO, 1985).

Este comité propuso una serie de modificaciones a los métodos ya existentes, entre ellos el utilizado para calcular los requerimientos energéticos como múltiplos del gasto energético basal. (Es decir, se entiende que el gasto energético basal es el que tenemos al despertar, considerando de 10 a 12 horas de sueño, bajo un estado de descanso físico y mental.) Además, se trató de simplificar la determinación del gasto energético por actividad física y se consideró el efecto termogénico de los alimentos.

El gasto energético basal puede también determinarse a partir de la utilización de ecuaciones derivadas de poblaciones específicas, cuyos resultados generan un valor promedio. Existe una gran variedad de ecuaciones, desde la desarrollada por Harris y Benedict en 1914 (Mahan y Escott-Stump, 2001), hasta una de las que se consideran más precisas para determinarlo, la cual fue desarrollada por Kleiber (Pike y Brown, 1984).

Estimación del gasto energético en un adulto

Gasto energético basal (GEB):

El Comité de la FAO/OMS/UNU determinó diferentes ecuaciones para calcularlo, según la edad, el peso y el sexo de la persona.

A partir de las siguientes ecuaciones, mediante la sustitución del peso corporal esperado (en kg) se puede determinar el gasto energético basal:

Hombres	
0-3 años	GEB: $(60.9 \times \text{kg}^*) - 54$
3-10 años	GEB: $(22. \times \text{kg}^*) + 495$
10-18 años	GEB: $(17.5 \times \text{kg}^*) + 651$
19-30 años	GEB: $(15.3 \times \text{kg}^*) + 679$
31-60 años	GEB: $(11.6 \times \text{kg}^*) + 879$
> 60 años	GEB: $(13.5 \times \text{kg}^*) + 487$



Mujeres	
0-3 años	GEB: $(61.0 \times \text{kg}^*) - 51$
3-10 años	GEB: $(22.5 \times \text{kg}^*) + 499$
10-18 años	GEB: $(12.2 \times \text{kg}^*) + 746$
19 a 30 años	GEB: $(14.7 \times \text{kg}^*) + 496$
31 a 60 años	GEB: $(8.70 \times \text{kg}^*) + 829$
> 60 años	GEB: $(13.1 \times \text{kg}^*) + 596$

* Peso esperado en kilogramos.

Actividad física

El Comité de la FAO/OMS/UNU ha determinado el gasto energético según las actividades físicas, las cuales clasifica en ocupacionales y recreativas.

En cama	10% GEB
Sedentaria	10 al 20% GEB
Moderada	20 al 30% GEB
Intensa	30 al 40% GEB

Vale la pena señalar que existen ciertas condiciones fisiológicas especiales en las cuales se ha agregado un valor en el consumo diario expresado en kilocalorías:

Condiciones fisiológicas	
Embarazo	+ 300kcal/día
Lactancia	+ 500kcal/día

La sumatoria de estos valores permite conocer la energía total que debe consumir un individuo al día expresada en kilocalorías (kcal).

A partir del cálculo de los requerimientos energéticos se determinan las proporciones de hidratos de carbono, proteínas y grasas del plan alimentario. Los hidratos de carbono deben cubrir 65% de la energía total, las grasas de 20 a 25% y las proteínas entre 10 y 15% (National Research Council. RDA, 1989).

Ejemplo:

Un individuo de 40 años puede calcular su GEB de la siguiente manera

$$\begin{aligned} \text{GEB: } & (11.6 \times 95 \text{ kg}) + 879 \\ & \text{GEB: } 2015.2 \end{aligned}$$

Para calcular la energía total que debe consumir diariamente, se debe proceder de la siguiente manera, si se considera que dicho individuo tiene una actividad moderada

Requerimiento de energía total/día (kcal): $\text{GEB} + \text{GEB}^*$ (actividad ocupacional y recreativa, que en este caso, debido a que es moderada, sería equivalente a 20%, que se traduce al multiplicar dicho producto por 0.2).

Requerimiento de energía total/día: $\text{GEB} + \text{GEB} \times 0.2$

$$\begin{aligned} & 2015.2 + 2015.2(0.2) \\ & 2418.24 \text{ kcal} \end{aligned}$$



Esto quiere decir que dicho individuo, para mantenerse en 95 kilogramos, debe consumir diariamente 2418.24 kcal.

Cabe señalar que en el supuesto de que esta persona deseara bajar de peso y se sometiera a una dieta restrictiva, limitando la ingesta de alimentos mediante la reducción de 1,000 kcal/día, en una semana bajaría 1 kg de peso corporal. Aquí radica la importancia de señalar que ninguna dieta debe promover la reducción de más de 1 kg de peso corporal por semana. Lo recomendable, de manera general, es reducir de 500g a 1,000g en ese lapso.

Educación nutricional en trastornos alimentarios

Se ha estimado que alrededor de un millón de estadounidenses sufre de algún trastorno alimentario. Entre 5 y 20% morirá de una complicación médica como resultado del trastorno alimentario.

La anorexia y la bulimia nerviosas representan una distorsión de los hábitos alimentarios, frecuentemente relacionados con problemas emocionales. La primera de ellas, que trae como consecuencia una pérdida importante de peso corporal, está relacionada con irregularidades menstruales, osteoporosis en mujeres y un riesgo mayor de mortalidad en éstas. La segunda, que puede o no estar asociada con un bajo peso corporal, en algunos casos se debe al uso y abuso de laxantes, diuréticos y vómitos provocados.

Ambas enfermedades requieren apoyo médico y tratamiento psicológico y nutricional (Kaplan y Garfinkel, 1993).

Un trastorno alimentario puede ser detonado por el inicio de una dieta sumamente restrictiva, mal manejada, pero por lo general va más allá de un problema con los alimentos, pues es una enfermedad multifactorial compleja. La vida de la persona, sus estudios, su preparación universitaria, su entorno familiar, sus patrones diarios, emociones, crecimiento, salud en general, quedan atrapados en términos alimentarios.

La detección temprana es crucial, pues cuanto antes la persona reciba ayuda, tendrá mejores oportunidades de lograr una recuperación permanente.

La educación nutricional es un componente fundamental de la modificación de hábitos alimentarios que se propone a los pacientes que padecen un trastorno alimentario. La mayoría de ellos lee sobre nutrición y el manejo de su alimentación, y algunos se muestran como grandes conocedores de esta disciplina, pero su fuente de información no es en todos los casos confiable y la misma enfermedad puede predisponerlos a una interpretación distorsionada. Desafortunadamente, el proceso de desnutrición puede alterar su capacidad para asimilar y procesar nueva información (Kaplan y Garfinkel, 1993).

El tratamiento multidisciplinario de la anorexia nerviosa ha dado lugar a una reducción de la mortalidad de 10 a 0.56%, pero sólo 50% de los pacientes se recupera por completo después del tratamiento. Además, 30% tendrá una recuperación parcial y el resto presentará problemas asociados con su enfermedad por el resto de su vida (Becker *et al.*, 1999).

El tratamiento nutricional comprende la promoción de la salud y, apoyo al crecimiento y desarrollo, así como la reducción de los conflictos alimentarios en pacientes con estos trastornos. Cabe esperar que la rehabilitación nutricional restablezca por completo la salud.

Es de fundamental importancia restablecer la alimentación en una unidad de pacientes externos. Asimismo, un equipo multidisciplinario (compuesto por psicoterapeutas, médicos y nutriólogos) deberá asesorar tanto al paciente como a los familiares sobre el proceso a seguir. También la educación alimentaria debe ayudarlos a tomar decisiones más racionales y fundamentadas respecto la adecuada selección de los alimentos (Mcgilley y Pryor, 1998).



Influencias sociales y culturales sobre el peso corporal

El peso de una persona está determinado por el balance de la energía de entrada y la energía gastada. Sin embargo, existen factores sociales importantes, tales como los sistemas para proveer comida a la familia, los valores sociales acerca del peso adecuado de sus miembros, las actividades por realizar, que hacen que el peso sea determinado por otras causas, además de las genéticas. En la dinámica familiar, elementos como cohesión y adaptabilidad son a menudo importantes influencias para desencadenar un trastorno alimentario.

La organización de nuestra sociedad en sitios de trabajo o escuelas, por ejemplo, provee de un importante contexto en el cual se estimula la relación entre el peso corporal y los comportamientos, ya que muchas oportunidades para alimentarse o comer son motivadas o restringidas. Las comunidades ofrecen un contexto en el que las personas viven sus vidas. Algunas prácticas y políticas sociales como la agricultura, comida, transporte, recreación, etc., son factores claves para influir en el peso de los ciudadanos.

La cultura es, probablemente, el más poderoso determinante del peso corporal ya que da el contexto para comer, para la actividad a realizar e incluso asigna significados morales y sociales al peso. Es una tradición cultural elogiar la delgadez como signo de salud, belleza e incluso lujo, debido a lo cual, la gordura ha sido estigmatizada y rechazada. Durante el siglo xx los prejuicios sobre la belleza de la mujer han sobredimensionado el valor de la delgadez extrema.

En nuestra sociedad industrializada, los investigadores sociales, sobre todo los de Estados Unidos, señalan que la delgadez femenina simboliza competencia, éxito, control y atractivo sexual, mientras que a la obesidad se la ha estigmatizado como causa de flojera, autoindulgencia y falta de voluntad. De esta manera, la delgadez varía según diferentes roles sociales. Desde el punto de vista del género: las mujeres son más delgadas que los hombres; de la edad: la gordura se incrementa con la edad; de la raza: por ejemplo, en Estados Unidos, las mujeres negras son más obesas que las de otras razas; del nivel socioeconómico: las mujeres pobres tienden a ser más obesas que las de mayor nivel socioeconómico; del matrimonio: los hombres casados son más gordos que los solteros; de la parentalidad: las mujeres con muchos hijos tienden más a la obesidad; del lugar de residencia: las personas que viven en áreas rurales tienden más a la obesidad que las que viven en zonas metropolitanas.

Todo lo anterior nos indica que el peso corporal es una parte claramente identificable del contexto social, por lo que la influencia de éste debe ser detectada y considerada en las intervenciones para modificar y mantener el peso de las personas.

Prevención

Por lo general, la persona que padece de un trastorno alimentario no puede salir de él con sólo tener “fuerza de voluntad”, ya que el padecimiento es sumamente complejo y muchas veces se convierte en un metafórico grito de ayuda ante sentimientos de baja autoestima, soledad, depresión, irritación, etc. Pedirle a la persona envuelta en síntomas de anorexia, bulimia o a un comedor compulsivo que simplemente “coma bien y deje de hacerse daño” puede sumirla aún más en la depresión y en sentimientos de impotencia, pues ni ellos mismos saben cómo comenzó el problema ni cómo detenerlo.

Entre los obstáculos que las personas encuentran para buscar ayuda, están:

1. La persona que sufre un trastorno no lo percibe como un problema.
2. La esperanza de que éste desaparezca por sí solo.
3. El trastorno de alimentación no es suficientemente severo como para ameritar tratamiento.
4. Vergüenza o culpa que impele a mantener el problema “secreto”.
5. Dificultad para comunicárselo al médico y que lo entienda.



6. Miedo al tratamiento.
7. Dificultades financieras.

Por lo que respecta a los tratamientos diseñados para enfrentar los trastornos alimentarios, éstos son diversos y pretenden cubrir cada una de las áreas afectadas e involucradas. Por lo tanto, tratan de proporcionar un enfoque multidisciplinario en el que se requiere la ayuda de diversos especialistas: médicos, nutriólogos, psicólogos, terapeutas individuales, de grupo, familiares, etc. Según Brownell y Fairburn (1995), se destacan los siguientes:

Tratamiento psicoeducativo

Originalmente conceptualizado como un componente integral de la terapia cognitivo-conductual, debe incluir:

1. La naturaleza multicausal de los trastornos alimentarios.
2. Complicaciones médicas y los efectos de vomitar, uso y abuso de laxantes y diuréticos.
3. Consecuencias de hacer dietas.
4. Información nutricional: mitos sobre alimentos.
5. Factores socioculturales y conveniencias de la imagen corporal.
6. Estrategias cognitivas y conductuales.
7. Prevención de recaídas.

Manejo nutricional

1. Atender y mantener un estatus nutricional normal en adultos y jóvenes.
2. Establecer un comportamiento normal para comer.
3. Promover actitudes normales hacia la comida.
4. Promover respuestas “pistas” normales hacia el hambre y la saciedad.

La comida es buena, saludable y dietética *vs.* mala, no saludable y engordante. El peso debe estar alrededor del índice de masa corporal de (BMI) = 20-25.

Las dietas como factor disparador del trastorno alimentario

En nuestra sociedad, las mujeres tienden a verse a sí mismas como demasiado “gordas” por lo que perciben que iniciar una dieta es la solución a su problema de sobrepeso. Sin embargo, Polivy y Herman (en Brownell *et al.*, 1995), al hacer un estudio entre personas que se someten a dieta y aquellas que no lo hacen, encontraron, entre otros resultados, lo siguiente. Los que están a dieta son más distraídas en sus ejecuciones, poseen menor autoestima, son más ansiosas, más neuróticas e inseguras. Si estos datos los trasladamos a mujeres jóvenes con ciertas disfuncionalidades psicológicas, como miedo a madurar, incapacidad para disfrutar una relación interpersonal, sensación de ineficacia, depresión clínica, abuso de sustancias, problemas en las relaciones familiares, insatisfacción con su imagen corporal, incapacidad para darse cuenta e inestabilidad emocional o bajo autocontrol, podemos ver que ellos se encuentran en el “caldo de cultivo ideal” para desarrollar un trastorno alimentario y es precisamente la dieta, que sin duda, será el disparador, el “gatillo” que pueda desencadenarlo.

Controversia: dietas excesivas

La controversia existe, pues se sostiene que las numerosas dietas provocan, debido al efecto “rebote”, que las personas tiendan a ganar más peso que a perderlo, se sientan más enfer-



mas que saludables, más infelices que felices. Por tanto, es necesario estimular las medidas que deben tomarse para no caer en dietas restrictivas y sus consecuencias.

Entre ellas, puede mencionarse un control de peso eficaz que incluya y combine un programa en el cual el plan alimentario (una dieta balanceada, pero flexible, que haga hincapié en la reducción de comida engordante y favorezca los carbohidratos complejos) incrementa la actividad física con ejercicios y cambios de hábitos de vida personal pero, sobre todo, la aceptación de los determinantes biológicos del peso corporal y de la figura.

Norma Oficial Mexicana (Salud pública)

La Norma Oficial Mexicana establece los lineamientos sanitarios para regular el manejo integral de la obesidad.

La obesidad, término que incluye el sobrepeso como un estado premórbido, es una enfermedad crónica caracterizada por el almacenamiento en exceso de tejido adiposo en el organismo, acompañada de alteraciones metabólicas, que predisponen a la presentación de trastornos que deterioran el estado de salud, asociada, en la mayoría de los casos, con patología endocrina, cardiovascular y ortopédica principalmente y relacionada con factores biológicos, socioculturales y psicológicos. Se configura la existencia de obesidad en adultos cuando el índice de masa corporal es mayor de 27 y en población de talla baja, mayor de 25.

Se entiende por sobrepeso el estado premórbido de la obesidad, caracterizado por la existencia de un índice de masa corporal mayor de 25 y menor de 27, en población adulta general y en población adulta de talla baja, mayor de 23 y menor de 25. En el caso de niños y adolescentes, es necesario consultar la NOM-008-SSA2-1993, Control de la nutrición, crecimiento y desarrollo del niño y del adolescente.

Su etiología es multifactorial y su tratamiento debe ser apoyado por un grupo multidisciplinario. Dada su magnitud y trascendencia, en México, la obesidad es considerada como un problema de salud pública. Por tanto, el establecimiento de lineamientos para su atención integral puede incidir de manera positiva en un adecuado manejo del importante número de pacientes que padecen esta enfermedad.

Por ello, la Norma Oficial Mexicana, de conformidad con la legislación sanitaria aplicable y la libertad profesional de la práctica médica, procura la protección del usuario de acuerdo con las circunstancias en que cada caso se presente.

Es necesario señalar que para la correcta interpretación de la Norma Oficial Mexicana de conformidad con la aplicación de la legislación sanitaria, se deben tomar en cuenta, invariablemente, los principios científicos y éticos que orientan la práctica de la medicina, especialmente el de la libertad prescriptiva en favor del personal médico a través de la cual, los profesionales, técnicos y auxiliares de las disciplinas para la salud deben prestar sus servicios a su leal saber y entender, en beneficio del usuario, atendiendo a las circunstancias de modo, tiempo y lugar en que los presten.

Esta norma es de observancia general en los Estados Unidos Mexicanos y sus disposiciones son obligatorias para los profesionales, técnicos y auxiliares de las disciplinas para la salud, así como en los establecimientos de los sectores público, social y privado que se ostenten y ofrezcan servicios para la atención de la obesidad, el control y reducción de peso, en los términos previstos en la misma.

Conclusiones

- Todas las psicoterapias conciben la etiología de los problemas a nivel multicausal, por lo que es recomendable estudiar de forma más sistemática la relación existente entre tres factores: las características del cliente, el tipo de técnicas de cambio utilizadas y la clase específica de cambio que se genera.



- Cabe señalar la conveniencia de integrar medidas de cambio representativas tanto de los estados internos como de las manifestaciones conductuales o externas en la evaluación del proceso terapéutico.
- Se recomienda diseñar criterios y medidas de cambio específicos para cada sujeto. Si bien es posible utilizar medidas e instrumentos diseñados con un rango amplio de aplicación, cada caso y sujeto requiere de un diseño único de evaluación.
- Existe una relación particular entre el paciente y el terapeuta, con dos ingredientes importantes: la confianza por parte del paciente y la competencia del terapeuta.
- El ambiente terapéutico en sí mismo genera una expectativa de alivio.
- En general, consideramos que actualmente el proceso de psicoterapia tiende a reducirse en cuanto a número de sesiones y a la duración del proceso completo.
- Dentro de las características detectadas para generar resultados positivos, se destacan las siguientes:

Existe una relación colaborativa en la que el paciente y el terapeuta contribuyen con ciertas habilidades y actitudes al proceso; entre las del paciente se pueden mencionar las siguientes:

- Comunicar los afectos y las experiencias en el proceso.
- Capacidad para autoobservación.
- Deseo genuino de cambio.

Las contribuciones por parte del terapeuta al proceso incluyen:

- Cualidades personales.
- Manejo técnico.
- Capacidad para enfocar adecuadamente los problemas del paciente.

Como ya se mencionó, la superación de los trastornos alimentarios requiere mucho más que la mera fuerza de voluntad, debido a la complejidad de estos padecimientos y a que, en muchos casos, en realidad se trata de la expresión de otros problemas, por ejemplo, baja autoestima o depresión.

Sobra insistir que las expresiones comunes (del tipo “coma bien”, “ya no se haga daño”) de las cuales son blanco los pacientes que son comedores compulsivos, bulímicos o anoréxicos, lejos de beneficiarlos, pueden agudizar su depresión e intensificar sus sentimientos de impotencia.

En cuanto al tratamiento, es necesario implantar un programa específico para entrenar e instruir a profesionales de la salud (médicos, psicólogos, psiquiatras, nutriólogos, etc.) sobre las particularidades de estos desórdenes y crear equipos multidisciplinarios que se dediquen a tratar eficazmente a estos pacientes.

Dadas las características de estos desórdenes, su tratamiento es complejo, multidisciplinario y especial, así como necesario, ya que, por sí solos, pueden llevar al paciente que los padece a la muerte. Así, hablamos de desórdenes que echan sus raíces en varios elementos: psicológicos, fisiológicos, nutricios y neurológicos. Todo el equipo debe trabajar en conjunto para ayudar al paciente a salir del sufrimiento y peligro de que la anorexia, la bulimia nerviosas y el comer compulsivo significan.

Capítulo Once

Salud y comunidad

João Bosco Casarim Arcieri

Hospital Menino Jesus de la Secretaria Municipal de Salud de Sao Paulo, Brasil

La salud es una experiencia humana y, como tal, directamente condicionada por las cualidades del hombre.

Estas cualidades explican desde sus herencias filogenéticas hasta las condiciones de vida de cada individuo en el espacio y en el tiempo en que aquélla se desarrolla, es decir, su biografía.

La psicología se ha dedicado a estudiar la experiencia humana, algunas veces mediante la separación del comportamiento de la conciencia; otras, por medio de la integración de esos elementos. Mi propuesta es trabajar en el sentido de la integración.

El término comunidad, para los académicos, sugiere, de inmediato, dos expresiones: la comunidad científica y la población de bajos aportes económicos o algo semejante, grupo que debe ser trabajado por la psicología social, colectiva o comunitaria.

Entre las propuestas de trabajo de la psicología de la comunidad, en el sentido apuntado, circunscribiendo el campo de análisis a las cuestiones de la salud, aparecen las mismas tendencias de la psicología como ciencia: los estudios del comportamiento de salud, los trabajos que enfocan la cuestión de la conciencia de las personas a propósito de las políticas públicas de salud, y los enfoques que procuran integrar esas dos vías.

La conciencia aparece como un fenómeno de conocerse juntos: *con-scire*.

La mente piensa con ideas y no con información, pues aquéllas son patrones de integración que no derivan de éstas sino de la experiencia, por lo cual son patrones subjetivos. (Capra, 1996).

El espectro de la diversidad de las culturas es muy extenso. Hoy conviven, a veces en el mismo país, comunidades con trazos tribales junto con otras plenamente globalizadas. Ésta es una característica importante de muchos países de América Latina y, por lo tanto, un fenómeno que deseamos explicar de algún modo en este texto, puesto que uno de sus objetivos es constituirse en un ejercicio de reflexión y toma de conciencia.

Trabajar con el hombre insertado en su comunidad y su cultura es considerar las diferencias de formación de las diversas comunidades. Así, es necesario comprobar si la población de una pequeña ciudad de una provincia de España puede ser comparada con una del interior de México o Brasil. Actualmente, en este país la psicología está en condiciones de alcanzar grupos sociales muy lejanos de los grandes centros urbanos.

Para cada uno de los sectores de las poblaciones locales, cada país tiene su política nacional, su modo de administrar la economía y la salud de su pueblo.

Nota sobre la administración de las comunidades

La humanidad está compuesta por personas con características muy diversas, tanto anatómica como mentales. Constatamos que hay personas con buenas y malas intenciones. También, con más y menos osadía para enfrentar los desafíos del quehacer cotidiano.

Dominar la naturaleza ha sido a lo largo de los siglos uno de los grandes desafíos de la lucha del hombre por su supervivencia en la Tierra. La preservación de su salud es otro.

Determinadas habilidades han provocado que unas personas se posicionen en lugares que les confiere liderazgo y control sobre otros.

Una de éstas es la habilidad para persuadir a los otros, es decir, el poder simbólico de la palabra, más o menos basado en el hecho de que, en situaciones de emergencia, los individuos con esta facultad sabrán tomar las mejores decisiones.

Otras veces, es la posesión de ciertos elementos, —tales como poder material o armas— lo que confiere a unos el poder sobre otros, cuando no presentan la habilidad anterior.

Los modos en que los hombres organizan sus sociedades y tratan su salud interactúan directamente con los conocimientos respecto de sí mismos y de la naturaleza, con el lenguaje como la estructura mediadora de esta interacción.

Breve historia de la salud en la sociedad occidental

Se sabe que en los orígenes de la humanidad el hecho de que los bebés nacieran con necesidad de ser cuidados por largos años, fue uno de los grandes desencadenantes de la organización social en la que vivimos hoy (Ridley, 2000).

Una mujer que tuviera que estar cerca de su cría, y hombres que buscan alimentos, para ellos sería la configuración inicial de la familia. La lógica del trabajo cooperativo en la búsqueda de los alimentos y de la protección de las familias fue el factor promotor de las primeras comunidades o tribus.

Los más antiguos registros de la antropología nos indican que el hombre siempre tomó providencias en las situaciones de riesgo para su salud. Los osarios de la edad de piedra demuestran cuidados con las fracturas.

Al mismo tiempo, se sabe que el desarrollo del pensamiento ocurrió de tal manera que el hombre logró ejercer poder tanto sobre los elementos de la naturaleza, como otros invisibles, internos y externos. Así, un hueso engullido, sin querer, de un enemigo o la pérdida del alma/sombra debido a la fuerza oculta del adversario eran las causas atribuidas al surgimiento de las enfermedades (Hegenberg, 1998).

De esta manera, las personas de una comunidad tienen en común un concepto subjetivo de salud y enfermedad, propio de su cultura.

Exorcismos, confesiones, brujerías, oraciones, sacrificios y otras ceremonias similares eran ritos mágicos a los cuales las tribus primitivas recurrían para tratar las enfermedades.

La organización de las sociedades occidentales antiguas muestra un sistema de relaciones de clases entre las castas de nobles y los esclavos. De este modo se establecían categorías diferentes de personas, con accesos diferentes a los bienes y conocimientos.



A pesar de que los griegos poseyeron un pensamiento desarrollado de la democracia, la separación en castas se basaba en la creencia de un orden natural y mítico. Los sacerdotes eran los mediadores de los dioses para ejecutar las curas, con la ayuda de la perspicacia de la observación que los hacía que se instalaran en lugares saludables, como las fuentes de aguas minerales y termales.

Se iniciaron entonces investigaciones más racionales promovidas por Hipócrates y Galeno.

En la Edad Media, el sistema de relaciones sociales, a pesar de los cambios, mantuvo categorías desiguales en el acceso a bienes, como la tierra y sus beneficios. Las tradiciones eran mantenidas no solamente en la jerarquía social, sino también en los conceptos de la medicina, como la teoría humoral de Hipócrates.

La Iglesia Católica ejerció una gran influencia sobre las determinaciones y restricciones a la práctica de investigación de la medicina.

Las comunidades se confundieron con las corporaciones de oficio, y la Iglesia, muy ligada a los señores feudales, colaboró para la manutención de esa situación de cosas a través de las explicaciones teológicas. En esa época, la palabra de la Iglesia era la palabra de Dios.

La emergencia de la Edad Moderna generó un nuevo factor mediador: el convencimiento racional. La palabra comenzó a tener un valor en sí, pues ya no expresó más la voluntad de los dioses griegos o de los cristianos.

En el Renacimiento la medicina tomó conciencia de que las relaciones con la naturaleza, el contagio, las entidades patológicas, las influencias atmosférico-cósmico-terrestres y los miasmas tenían alguna forma de relación con la vida en sociedad, es decir, que eran sus determinantes. (Rosen, 1994.)

Surgieron entonces, por un lado, el individuo cívicamente emancipado —el ciudadano— y por otro, la policía médica, la higiene pública y, por fin, la salud pública.

Más allá de la caridad, la intención de la medicina, en esta época, era compatible con el conjunto del pensamiento iluminista: el control racional e inteligente de las enfermedades y de la salud del grupo como una forma de salud pública.

La racionalidad, como todo cambio en las formas de organización de la sociedad, ha promovido en el hombre una nueva representación de sí mismo y de la sociedad en que ha vivido.

La salud en la modernidad

Si en las comunidades científicamente atrasadas los conocimientos y tradiciones populares para tratar las enfermedades son muchas veces más accesibles; en la modernidad, debido a la integración de la medicina con el sistema capitalista, reforzado esto por la superespecialización, la publicidad y la comunicación de masa, esta forma de socialización tiende a extinguirse.

La estadística permitió la manipulación de las masas por los números, la determinación, la previsibilidad y el control del comportamiento social: la individualidad reducida a la norma.

Las guerras revolucionarias francesas, que provocaron la hospitalización de 37,000 soldados analfabetos acostumbrados a la falta de privacidad y a un comportamiento sumiso, permitieron a los médicos desviar su foco del paciente para concentrarlo en el diagnóstico y el tratamiento.

La epidemia del cólera de 1848 dio al gobierno inglés poderes compulsorios, en situación de emergencia, para intervenir en la vida privada del individuo: efectuar demoliciones, limpieza de calles, desinfección de viviendas y traslado de las personas infectadas a hospitales aislados.



La propaganda de la salud entró en acción y convirtió a la higiene en una disciplina autónoma dentro de la medicina: suciedad es veneno, el ejercicio se hizo una costumbre de obediencia, resistencia y coraje.

El microscopio, a partir de 1845, se convirtió en un nuevo instrumento de control social: la célula fue desenmascarada como último arcano del cuerpo humano. El centro de la atención se concentró en la enfermedad, no en la persona.

La visión bacteriológica de la enfermedad comenzó a predominar en la segunda década del siglo XIX, lo cual desvió la atención de problemas más amplios y difusos, como el abastecimiento del agua, la reforma habitacional y las condiciones de vida (Burke & Ornstein, 1998).

Las comunidades en la Edad Moderna

El individualismo y el humanismo debilitaron el feudalismo, el colectivismo medieval (corporaciones) y el ideal de una comunidad universal que concebía la reivindicación del Imperio Romano con la supremacía general del Papado.

El Renacimiento promovió el desarrollo de la ciencia y del sistema económico basado en la competencia capitalista.

La revolución industrial surgió en Inglaterra una vez que su gobierno ya era dominado por comerciantes y grandes agricultores, previa desaparición del sistema corporativo. A este movimiento se agregó la independencia de Estados Unidos y la independencia de los países de la América española.

Como rechazo a los valores absolutos, el liberalismo propuso el relativismo y el escepticismo, y colaboró en el surgimiento de la conciencia del subjetivismo autorreflexivo racional-materialista, que intentó que el individuo volcara su mirada hacia sí mismo y su propia experiencia.

El movimiento de hostilidad intelectual hacia las corporaciones y su sustrato ético íntimamente relacionado con el sistema feudal, fue encabezado por el iluminismo (Campos, 1999). Los filósofos ilustrados estaban empeñados en la destrucción de los grupos y asociaciones surgidas en la Edad Media, para combatir los resquicios de dominación y explotación del hombre resultante de las interdependencias básicas del feudalismo.

Contra la idea de la sociedad fundada en la comunidad —relaciones políticas— defendían la idea de sociedad basada en el contrato entre hombres libres —relaciones económicas—, que se vinculaban racionalmente, en modos específicos y limitados de asociaciones.

El movimiento anticomunitario enraizado en el deseo de destruir el orden feudal injusto, fue reforzado por dos revoluciones, la francesa y la industrial, y encontró apoyo entre los que defendían la doctrina del egoísmo racional y, consecuentemente, del racionalismo económico. Para todos ellos, las comunidades eran el enemigo del progreso que se vislumbraba a finales del siglo XVIII, pues representaban la persistencia de las tradiciones a ser vencidas, que impedían el desarrollo económico y la reforma administrativa.

En las fases iniciales de la sociedad moderna, las tradiciones que no fueron suprimidas, como lo pretendía el iluminismo, fueron reconstruidas para lidiar con la familia, el género y la sexualidad.

En una sociedad destradicionalizada, los individuos deben acostumbrarse a filtrar todo tipo de información relevante para sus vidas y actuar con base en un proceso de filtrado: la reflexión social (Giddens, 1996). El universo de alta reflexión condujo a una mayor autonomía de acción —no egoísta—, pero implicó reciprocidad e interdependencia.

Según Weber, los viejos sistemas burocráticos comenzaron a desaparecer. Los Estados ya no podían tratar a sus ciudadanos como súbditos, aumentaban las exigencias de participación política, de eliminación de la corrupción, más allá del descontento con los mecanismos políticos ortodoxos.



Libertad, igualdad y fraternidad es una trinidad compleja porque sus términos son a un mismo tiempo complementarios y antagónicos: la libertad sola mata la igualdad y la fraternidad; la igualdad impuesta mata la libertad sin realizar la fraternidad; la fraternidad, necesidad fundamental para construir vínculos comunitarios entre ciudadanos, debe regular la libertad y reducir la desigualdad, pero ella no puede ser promulgada ni instaurada por ley o decreto (Morin & Kern, 1995).

Comunidades y redes

El capitalismo, sistema económico hegemónico en la sociedad occidental, prefigura el nacimiento del sistema político democrático.

La democracia es una forma de gobierno que implica la participación de la población a través de ciertos grupos: los partidos. Esta forma de organización colabora para el surgimiento de otras formas de asociación en situaciones propicias, como en las industrias, donde surgen los sindicatos.

Sin embargo, en circunstancias de asfixia política, como en las dictaduras, o de injusticia social, surgen otras formas de asociación, como es el caso de las Comunidades Eclesiales de Base, de los grupos de resistencia étnicas o de los movimientos agrarios. Estas organizaciones populares agregan la resistencia en muchos países de América Latina.

Debido a la apertura política y a las campañas por los derechos humanos, algunos de estos movimientos se rearticulaban con otras formas de asociación popular, muchas veces atraídos por los partidos que se vuelven a organizar (Beto, 1981).

En otras épocas se podía diferenciar la sociedad de la comunidad, considerando que esta última es el lugar donde un individuo es llamado por su nombre propio. Hoy, los fenómenos de la urbanización y el desplazamiento de las personas del campo hacia la ciudad, la expansión de los medios de comunicación y el proceso de individualización del capitalismo, tienden a aislar a los individuos y a colocarlos en relación con personas, físicamente, cada vez más distantes.

El rompimiento con la familia y comunidad de origen, como en la migración, genera una sensación de abandono y soledad que debilita a las personas en su lucha por la vida y su autoconservación.

Las comunidades urbanas son gradualmente sustituidas por redes de comunicación que generan lazos de realimentación que les confiere la capacidad de regularse a sí mismas.

Según Habermas, existe una correlación directa entre acción comunicativa y mundo de vida, ya que la acción comunicativa es el elemento que reproduce las estructuras simbólicas del mundo de vida: actualizar la tradición y expandir el saber válido —entendimiento en nivel cultural—, promover la integración social y la solidaridad —dimensión social— y promover, en el transcurrir del tiempo biográfico, la formación de identidad personal, de competencias de la personalidad —dimensión del tiempo histórico.

Burke & Ornstein (1998), no obstante, pronostican que en el presente siglo las redes de información pueden hacer posible una administración social altamente centralizada. El conocimiento generado por computadora empieza a cambiar el mundo tan rápido y sorprendente que el proceso puede poner fuera de control hasta nuestras capacidades básicas de adaptación.

Nuevos sistemas de comunicación provocan cambios en el modo de conducción de la sociedad y en nuestro modo de pensar, porque cuando bits de información son reunidos bajo nuevas formas tienden a generar una innovación que es más que la suma de sus partes. El conocimiento da poder de controlar a las personas.

Aún hoy, observa Eymard (1999), el poder se ejerce en redes, se sustenta en micro-poderes. Debido a que los individuos no son entes aislados, sino puntos de transmisión, los





conocimientos circulan, generan legitimidad y extienden la complicidad, los apoyos y resistencias del tejido social.

Tanto la violencia como la solidaridad dependen de la convivencia de las personas de las redes.

Las redes, diseñadas como áreas en movimiento, sean de individuos o de grupos, implican una identidad colectiva y una cultura, pues actúan a través de mensajes simbólicos desafiantes que proponen innovaciones culturales. Ésta puede ser una forma a la cual los psicólogos pueden recurrir para rehacer los vínculos rotos por la migración y que se rescaten los conocimientos populares, como aquéllos sobre las curas.

La migración priva a los campesinos del orgullo de su trabajo artesanal. Los bajos salarios generan una concepción ambigua respecto del trabajo: dignidad es cosa de ingenuos. Los jóvenes no ven a sus padres como buenos modelos. El mercado de trabajo rechaza a los jóvenes miserables.

La amenaza de exclusión del mercado de trabajo es una política institucionalizada por el capitalismo, principalmente en los países del tercer mundo, fomentada por el discurso de que todo puesto puede ser sustituido y que el empleo es un privilegio (Bourdieu, 1998).

Este fenómeno, sumado al desempleo y al deterioro de las condiciones de vida, provocan una sensación de vergüenza y desmoralización, desestructura la existencia, destruye la autoestima e impide la fe en el futuro, condiciones necesarias para la movilización y la lucha.

La red social significativa (Sluzki, 1997) ha sido la base de las acciones preventivas en el área de la salud mental. La reciente multiplicación de las prácticas de los grupos de autoayuda, que han diversificado las cuestiones humanas que abarcan, son una prueba de la importancia de ellas.

Esta estrategia de la acción autónoma de las personas es estimulada por los sistemas públicos de salud en la medida en que dejan de hacer inversiones financieras en favor de la población de bajos ingresos. Esta acción compensatoria subvierte y camufla tanto su omisión —la red sustituye su acción— como la autonomía de las personas —cuyas acciones son encubiertas por el sello del Estado (Arcieri, 1998).

En el siglo xx, el gobierno estadounidense asumió la salud de la población como una tarea del Estado, con lo cual extendió la idea de que en la comunidad local era donde se realizaban estos servicios, ampliándola hasta una dimensión mundial con la creación de la Organización Mundial de la Salud (Rosen, 1994).

En la última década del siglo pasado, el Senado de Estados Unidos en su investigación para preparar su plan anual de salud, enfrentó, entre otros, el tema de las redes sociales y de la familia. La conclusión fue que el soporte social protege a las personas de las consecuencias negativas de los eventos estresantes de la vida.

Una forma de asociatividad son las organizaciones no gubernamentales (ONG), entidades privadas sin fines lucrativos y con objetivos públicos que disponen de algún nivel de participación voluntaria, aunque sea en su consejo directivo.

Las ONG, cuyo nombre fue importado por organismos internacionales de financiamiento para designar las organizaciones intermediarias en los países en desarrollo, responsables de la implementación de proyectos en comunidades de base, eran, inicialmente, conocidas como Centros Populares entre los latinoamericanos, pero, después del ECO 92, asumieron su denominación actual (Scherer-Waren, 1999).



La salud ha sido una demanda que las ONG atienden como un proyecto de mejoría de la calidad de vida de las personas —con la consecuente mejora de su autoestima, autoconfianza y autonomía— y de implementación de su ciudadanía.

En el campo de la salud, las entidades asistencialistas comenzaron a autodenominarse ONG, a incorporar a sus acciones a un concepto más amplio de ciudadanía y a especializar sus servicios para redefinir el sentido de filantropía (Scherer-Waren, 1999).

Contra la imposición de un modelo de salud que se postula universal, por lo cual debe ser adoptado sin restricciones, se propone desarrollar en la comunidad la habilidad para que ella tome conciencia de su capacidad y responsabilidad de participar activamente de las decisiones sobre su vida y su salud. Por lo tanto, se pretende estimular la autonomía de las personas para que éstas tomen conciencia de la necesidad de autocuidarse: conciencia crítica e identidades, individual y social, orientadas por preceptos éticamente humanos.

En México, en octubre de 1993, cuarenta directores de ONG, que representaban a varios países de América Latina, sintetizaron sus concepciones acerca del desarrollo a partir de una perspectiva de sustentabilidad y autonomía de estas organizaciones, en los siguientes términos: sustentabilidad política y organizativa es construir una propuesta propia como actores de la sociedad, participar e interferir en los espacios públicos de toma de decisión (...). La sustentabilidad cultural es asegurar nuestras formas de entender la vida (Scherer-Waren, 1999).

Las ONG ocupan este espacio entre las redes comunales y las redes sistémicas estatales, en las cuales desempeñan el papel de mediadoras. Las redes de ONG son un caso típico de transnacionalidad de los movimientos sociales, fruto de la democracia, principalmente en los países de América Latina, y de la informatización que facilita la comunicación interorganizacional.

Eymard (1999), a partir de su trabajo de campo y apoyado en las ideas del gran educador brasileño Paulo Freire, propone la tesis de que la educación problematizadora, basada en el lenguaje como constructor del pensamiento que organiza y comunica las experiencias, es la mejor forma de hacerse oír y reflexionar junto con la población.

La indignación contra la tradición autoritaria introyetada por los profesionales, a veces impide una acción comprensiva y continente altamente necesaria cuando se trabaja en condiciones de extrema vulnerabilidad debido a la precariedad de los medios con que se cuenta.

En el área de la salud los expertos se comunican con un lenguaje cerrado en sí mismo, de acceso muy difícil para los no iniciados. Muchos no tienen preocupación alguna por traducir e iniciar a las personas en el conocimiento de su cuerpo y su bienestar a los cuales tienen derecho, especialmente en los ámbitos de la salud pública.

Las consecuencias de este modo de proceder son el despojo de las personas de la posibilidad de participar más activamente en el diálogo y en las decisiones que competen a su salud y, así, asegurar su autocuidado, señal de su autonomía.

A los psicólogos y otros profesionales de la comunidad toca el papel de agentes bilingües, de modo que puedan traducir los conocimientos técnicos a poblaciones desprovistas del lenguaje de la ciencia.

A veces, las redes de solidaridad entre vecinos son bloqueadas por malentendidos, intrigas y pequeños conflictos. El profesional de la salud debe poner en acción y fortalecer esas redes.

Los cursos de formación política para consejeros de salud fueron una estrategia política y educacional para desarrollar una acción junto a los consejos para identificar y manejar los conflictos, confrontaciones y dudas existenciales y, con ello, hacer frente a las posibles acciones de cooptación y manipulación (Bógus, 1998).

La solidaridad aparece como una tercera forma de regulación social, más allá del mercado-capitalista y del poder burocrático.

Las dificultades que los sectores populares enfrentan son inmensas.

Paulo Freire (2001) afirma que desde que la conciencia es condicionada por la realidad, la toma de conciencia es un esfuerzo a través del cual, cuando analizamos nuestra práctica, percibimos en términos críticos el condicionamiento personal en que nos encontramos.



Capítulo Doce

Estrategias de mejoramiento de la calidad de vida

Mabel Labiano

Universidad Nacional de San Luis, Argentina



Fundamentos teóricos

Las estrategias para el mejoramiento de la calidad de vida están dirigidas a modificar, en términos de procesos adaptativo-integrativos, una multiplicidad de componentes: biológicos, subjetivos o psíquicos, y socio-ambientales. Se entiende que el bienestar es un estado y un proceso, resultado de la interacción de múltiples dimensiones o subsistemas. Es una realidad dinámica y cambiante, que implica continuas reestructuraciones de esquemas valorativos, cognitivo-emocionales y de comportamiento.

Se comprende entonces, que en este concepto nuclear de bienestar, resultante de una construcción personal —subjetiva— e interactiva, se articulan componentes múltiples. Para optimar estados saludables se debe considerar esta diversidad de aspectos relacionados con diversas dimensiones: biológica o del sustrato somático; con aspectos subjetivos (emociones, motivaciones, valores, pensamientos, procesamiento y estructuración de la realidad), así como con el entorno físico (ambiente, territorio) y la calidad de las interacciones sociales.

Dentro de este marco conceptual holístico y sistémico se reafirma la idea de que el cambio de un subsistema o componente incide, inevitablemente, en el resto de los subsistemas y en la totalidad individuo-ambiente. Las relaciones causa-efecto tienen efectos condicionantes recíprocos y son de naturaleza circular.

Existe una interdependencia entre las partes: los subsistemas que diferenciamos están entrelazados y se afectan entre sí. Como seres humanos constituimos sólo una parte, de una totalidad mayor, que es el mundo en el cual estamos inmersos. Tenemos la capacidad de generar acciones mentales y de comportamiento creativas, de hacer elecciones conscientes acerca de pautas de conductas que nos orienten hacia un mejor desarrollo y equilibrio. Constituimos sistemas en permanente cambio y transformación. Sin embargo, las tendencias morfoestáticas de nuestro sistema, la resistencia a la modificación de patrones mentales y de comportamiento, también coexisten con la tendencia anterior.

Los esquemas cognitivo-emocionales que creamos y mantenemos generan eventos que inciden en nuestra bioquímica más interna, que determinan el curso de procesos biológicos a nivel molecular; pues facilitan o inhiben la expresión de disposiciones genéticas capacitantes o incapacitantes.

Dieta, ejercicio físico, pautas de comunicación familiar y social, creencias, actitudes, prácticas espirituales, etc., son factores que afectan nuestra salud presente y futura. El cuerpo, la mente y el ambiente físico y social, están interconectados y son, por tanto, interdependientes.

Desde una perspectiva genético-evolutiva, somos materia en permanente transformación y energía que fluye, y que sólo puede “ir hacia adelante”; construirse desde el presente hacia un futuro no existente. Existe una fuerza potencial de crecimiento y evolución inherente a nuestra naturaleza, dependiente de la regulación de las interacciones que, como organismos vivos, mantenemos con nuestro entorno físico y social.

La implementación de toda tecnología o procedimiento que facilite procesos armónicos, integrativo-conscientes (en relación a este concepto de totalidad) facilitará el mejoramiento de la calidad de vida.

En la búsqueda y promoción de procesos saludables está implícita la capacidad de aprendizaje y de adaptación casi ilimitada que tiene el ser humano, así como la necesidad de buscar nuevas respuestas a las rupturas de equilibrio en su organización intra e interindividual.

Se requiere de una participación activa para facilitar este proceso de crecimiento, de toma de conciencia y cambio. Esto es similar al desarrollo o aprendizaje de una nueva habilidad y es a través de una práctica regular y persistente que se alcanzan los beneficios.

La resistencia al cambio es natural. Cambiar requiere energía, modificación de esquemas sobreaprendidos. La resistencia al cambio generalmente coexiste con la voluntad o el deseo de cambiar.

Es importante experimentar los efectos de las prácticas para, después, adaptarlas a las necesidades de cada uno. La ejercitación diaria permite el dominio de ellas. Cada individuo debe ser su propio diseñador de pautas de comportamiento a fin de descubrir qué es lo más adecuado para sí mismo y para el logro de su bienestar.

En concordancia con los principios teóricos enunciados, se considera de fundamental importancia para el mejoramiento de la calidad de vida, atender a las siguientes dimensiones: física (corporal-ambiental), subjetiva (cognitivo-emocional) e interpersonal (social).

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.

Existen probadas evidencias de que las personas que consumen abundantes frutas y verduras están mucho más sanas, presentan índices patológicos significativamente más bajos, mayor nivel energético y menos riesgo de exceso de peso, en comparación con aquellas que no incorporan en su dieta estos alimentos. En 1982, el Instituto Nacional del Cáncer de Estados



Unidos recomendó a la población que ingiriese, por lo menos, cinco, y hasta nueve, porciones de media taza de frutas y verduras todos los días, ya que esta práctica podría reducir los riesgos de cáncer y enfermedades cardíacas de origen arterioesclerótico (Pickering, 2000).

Las frutas y verduras (a excepción del aguacate o palta, las aceitunas y el coco) no contienen grasas, colesterol, ni sodio. Estos nutrientes brindan vitalidad y ayudan a mantener un peso apropiado, necesario para evitar la obesidad y sus enfermedades asociadas, tales como la diabetes y la hipertensión.

Asimismo, cuando estamos estresados, necesitamos ingerir mayor cantidad de calcio y vitaminas B. Si queremos prevenir el cáncer debemos comer regularmente verduras de las familias de las coles, como la coliflor, el brécol (brócoli), coles de Bruselas, col común. También, frutas cítricas, fresas y kiwis.

Somer (1999) recomienda consumir legumbres (principalmente soya) y arroz integral por lo menos cinco veces a la semana como reemplazo de las carnes. Todos los nutrientes de éstas pueden ser proporcionados por otras fuentes. Existen suficientes evidencias acerca de que el consumo excesivo de carnes rojas está asociado con afecciones cardíacas y cáncer de colon y próstata.

La dieta mediterránea —propia de poblaciones mediterráneas con bajos índices de enfermedades crónicas, mayores expectativas de vida y acceso limitado a la atención sanitaria— tiene como alimentación básica, en primer lugar, los carbohidratos (cereales, granos, papas, pastas); en segundo, las frutas, verduras, frijoles y otras legumbres; en tercer término, el aceite de oliva —que contiene grasas monosaturadas; en cuarto lugar, los productos lácteos; y por último, los alimentos cárneos (con preeminencia del pescado, el cual debería ser ingerido varias veces a la semana).

Tanto los pescados como los mariscos son bajos en grasas saturadas, muchas de las cuales se encuentran en forma de ácidos grasos Omega-3, considerados “grasas buenas”, conocidas como protectoras contra afecciones cardíacas (Pickering, 2000).

Sin embargo, el organismo no sólo necesita nutrirse sino también liberarse de toxinas y desechos, por lo cual se aconseja evitar los alimentos procesados y refinados así como tomar varios vasos con agua por día.

Analizar los hábitos alimentarios para descubrir sus carencias y mejorar la dieta habitual es muy importante para afrontar más adaptativamente las situaciones estresantes. La alimentación puede controlar o prevenir la presión arterial alta, úlceras gastrointestinales, obesidad, dolores de cabeza, diabetes, caries dental y otras diversas afecciones.

¿Afecta la dieta nuestro estado de ánimo? Sí, una dieta inadecuada puede estar asociada con estados emocionales depresivos, ansiedad, fatiga e insomnio. Hay sustancias, como el azúcar, que cuando se consume en cantidades excesivas, puede favorecer estados depresivos. Así, cuando se eleva el nivel de concentración de azúcar en la sangre, la glucosa tiende a bajar marcadamente debido a la mayor secreción de insulina. Al bienestar inmediato le sigue un periodo de abstinencia, caracterizado por cansancio y cambios de humor, lo cual produce la necesidad de ingerir más azúcar. (El azúcar blanca no es un nutriente sino sólo una fuente de calorías “vacías”.)

Las dietas deficitarias en vitamina C, calcio, hierro, magnesio, selenio y zinc pueden provocar depresión, irritabilidad, cambios de humor, etcétera.

La prostaglandina E_1 —nutriente de gran importancia para el adecuado funcionamiento del sistema inmunológico— necesita como materia prima los ácidos grasos esenciales que se encuentran en los aceites vegetales. Para aprovechar totalmente esta materia prima, el organismo necesita también aprovisionarse de zinc y vitaminas B_6 y C. Las investigaciones actuales sugieren que el organismo necesita, aproximadamente, 20 a 25 miligramos de vitamina B_6 , 5 a 15 miligramos de zinc, 250 a 500 miligramos de vitamina C y una clase de aceite vegetal, el aceite de vellorita, que es particularmente rico en ácidos grasos esenciales que se transforman fácilmente en prostaglandina E_1 (en el timo, donde maduran las células T, hay grandes cantidades de esta sustancia) (Locke y Colligan, 1991).



Para aumentar el nivel energético se recomienda incrementar el consumo de nueces y semillas, productos lácteos y legumbres cocidas.

Recuerde que la harina, el arroz y el azúcar blancos carecen de nutrientes esenciales; que los productos vegetales que se encuentran en el mercado, generalmente han sido cultivados con agroquímicos y en suelos empobrecidos, recogidos antes de tiempo, conservados en cámaras frigoríficas y han perdido mucho valor nutritivo; que la sal, los conservantes y colorantes disminuyen el valor alimenticio; que el agua tratada con cloro interfiere en la absorción de vitamina E; que la aspirina, la cafeína, la nicotina y las toxinas procedentes de la polución ambiental afectan la capacidad de absorción de vitaminas y minerales.

Para aumentar naturalmente la dosis de vitaminas y minerales se puede recurrir a la ingesta diaria de levadura de cerveza en polvo o escamas (complejo B y proteínas); germen de trigo, de tres a cinco cucharadas diarias (incorporación de vitamina E, complejo B, proteínas y minerales); aceite de germen de trigo, dos o tres cucharaditas (vitamina E y ácidos grasos insaturados); lactato cálcico o médula ósea en polvo, dos cucharadas soperas; jugos cítricos; algas marinas (usarlas en ensaladas y como sustituto de la sal); lecitina de soya en gránulos o líquida, una cucharada soperas; suero de leche en polvo, dos cucharadas soperas al día, ya que contiene lactosa, minerales, hierro y vitaminas B.

Recuerde que es conveniente comer tranquilo y frecuentemente (varias veces en el día). Así se mantendrá un nivel más constante de glucosa en sangre y evitará las tensiones asociadas con la sensación de hambre (Davis, McKay y Eshelman, 1985).

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).

Un estudio extenso (Lipid Research Clinics Mortality Follow-up Study) conducido por Ekelund *et al.* (1988) —con un seguimiento de ocho años y medio y una muestra de más de 4,800 sujetos— demostró que la tasa de mortalidad por enfermedades cardiovasculares fue ocho veces mayor en el grupo de peor estado físico. En los valores de mortalidad por enfermedades cardíacas se observó una pauta similar, pues se comprobó que los hombres ubica-

dos en categorías extremas, en cuanto a pautas de ejercicio físico, presentaban una diferencia mayor de seis veces.

El Honolulu Heart Program (que comenzó en 1965 y concluyó en 1996, sobre una muestra de 8,000 japoneses que vivían en Hawaii) demostró que quienes practicaban ejercicio regularmente tenían 25% menos riesgo de morir de una enfermedad coronaria, pues presentaban menor obesidad, tensión arterial baja y menores índices de diabetes y colesterol en sangre que los individuos sedentarios (Abbott, Rodríguez, Burchfield y Curb, 1994).

Blumenthal *et al.* (1988), encontraron que el grupo de entrenamiento aeróbico en relación con el que tuvo un entrenamiento de fuerza no aeróbico —en sujetos tipo A— presentó una recuperación más rápida de la tasa cardiaca, de la presión sanguínea y del consumo de oxígeno del miocardio después de una tarea mental estresora. También se detectó una atenuación de la reactividad a la tarea de la frecuencia cardiaca, de la presión arterial y del consumo de oxígeno del miocardio.

Kushi *et al.* (1997), analizaron la frecuencia de actividad física moderada o vigorosa, además de otros hábitos de salud, en una muestra de 40 417 mujeres posmenopáusicas, encontraron que todas las causas de mortalidad disminuían a medida que el nivel de actividad física se incrementaba. Aquellas que participaban en actividades físicas vigorosas cuatro o más veces por semana, tuvieron un riesgo 80% menor que las que rara vez lo hacían o nunca. La asociación inversa persistió aunque se consideraran las diferencias en la dieta.

Kujala, Kaprio, Sarna y Oskenvuo (1998), que estudiaron gemelos del mismo sexo, hombres ($n = 7925$) y mujeres ($n = 7977$) libres de enfermedades cardíacas, cáncer y enfermedades obstructivas pulmonares, descubrieron que la actividad física estuvo inversamente relacionada con todas las causas de mortalidad. Este estudio, que fue el primero que consideró factores genéticos al examinar la actividad física y la mortalidad, aportó evidencias de una relación causal entre altos niveles de actividad física y mayor longevidad.

Las recomendaciones más recientes indican que aún no está esclarecido cuál es el nivel óptimo de ejercicio en cuanto a intensidad requerida (ejercicio moderado o vigoroso) para disminuir el riesgo de enfermedades coronarias, pero se sugiere que, por lo menos 30 minutos de intensidad moderada, (por ejemplo, caminar con energía) la mayor parte de los días, sería suficiente (Lee y Paffenbarger, 2001). En cuanto a la duración de la actividad física ideal, se conocen pocos estudios que intenten cuantificar lo que se necesita para reducir el riesgo de cardiopatías. Paffenbarger, Wing y Hyde (1978) descubrieron que la frecuencia de ataques al corazón se reducía progresivamente si se realizaba una actividad física que implicara un gasto de 500 a 999 calorías por kilo, semanales. Una vez que se alcanzaban las 2,000 calorías por kilo el beneficio llegaba a una meseta. La recomendación basada en estos resultados indica que sería conveniente un gasto de 1,000 calorías por kilo semanales, para disminuir el riesgo relativo de cardiopatías, en términos de gasto de energía.

El concepto de que los libros son buenos para el cerebro y el ejercicio para el cuerpo, podría no ser acertado, según los estudios realizados por la American Heart Association. Ciertos trabajos indican que las ratas que hacen ejercicio regular tienen el doble de células cerebrales que las que permanecen en sus cajas. Este principio podría ser válido para los seres humanos, ya que se sabe que el cerebro construye nuevas células. Por lo tanto, podría suceder que correr o hacer ejercicio vigoroso estimulara esa producción (Fred Gage, Salk Institut de California, citado en la revista *Speak-Up*, núm. 173; Revistas, S. A. 2000).

El ejercicio adecuado y regular es la forma ideal de aumentar la fuerza, dureza y flexibilidad musculares. Se libera la tensión muscular y los espasmos, tics y temblores. Ayuda a acelerar el metabolismo, pues se quema más grasa, y a controlar el apetito. Se logra una mejor utilización del oxígeno, el corazón se fortalece. Previene los dolores de la espalda y cuello, los problemas de digestión y estreñimiento. También combate la fatiga crónica, el insomnio y la ansiedad en general.

La secreción de neurotransmisores (catecolaminas) cerebrales, así como la liberación de endorfinas en la sangre contrarrestan la depresión (asociada normalmente con un déficit



de catecolaminas). Al realizar ejercicio físico, la mayor producción de endorfinas o narcóticos naturales neutraliza el dolor y mejora el ánimo (Davis *et al.*, 1985).

La vida sedentaria favorece la acumulación de tensiones y el desarrollo de todo tipo de alteraciones físicas y emocionales. Por el contrario, los beneficios de realizar sistemáticamente una práctica de ejercitación física son profundos y múltiples, tanto desde el punto de vista de la salud corporal como del bienestar psicológico.

Recuerde: hacer ejercicio es la forma más natural de liberar tensiones cotidianas, retrasar el envejecimiento y mejora su estado emocional.

Recomendaciones: no realice ejercicios después de comer, es decir, mientras esté en marcha el proceso digestivo; no fume después de hacer ejercicio; no haga ejercicios después de tomar alcohol (puede provocar arritmias); si hace mucho frío o mucho calor, evite moverse demasiado; si se fatiga mucho, puede que le falte hierro a su alimentación. Altura: cuanto mayor es la altura, de menor cantidad de oxígeno se dispone para respirar. Medicamentos: pueden alterar la respuesta del cuerpo a los ejercicios. Además suspenda el movimiento si experimenta algún síntoma doloroso y relájese; evite baños con temperaturas extremas —muy fríos o muy calientes— antes y/o después del ejercicio; no realice esfuerzos de extrema intensidad; aplique siempre “el sentido común”; comience y termine la sesión de ejercicios suavemente; al concluir disminuya progresivamente la velocidad y la fuerza de los movimientos; realice por lo menos unos 15-20 minutos diarios de ejercicio físico o por lo menos tres veces a la semana, una hora cada vez; haga primero ejercicios de calentamiento para evitar esfuerzos súbitos; aumente gradualmente la velocidad y la fuerza de los movimientos; si lleva una vida sedentaria, comience despacio, con ejercicios de baja intensidad, como caminar, andar en bicicleta, ejercicios de calentamiento suaves, etc. Por otra parte, realice un examen médico si tiene más de 30 años, es obeso, tiene presión sanguínea alta, niveles altos de colesterol o alguna otra alteración de importancia, antes de comenzar un programa de ejercitación.

Recuerde que, por regla general, en los movimientos de extensión (cuando estira brazos y/o piernas) debe inspirar; que cuando flexiona (brazos y/o piernas), debe exhalar; la gimnasia tiene que ser consciente; su mente debe estar atenta a lo que realiza su cuerpo. Tome conciencia de su respiración coordinándola con el movimiento que ejecuta; disfrute lo que hace.

En el Anexo A se incluyen algunas series de ejercicios psicofísicos sencillos. Algunos de ellos puede realizarlos en su casa; otros, en la oficina o lugar de trabajo. (Algunos están tomados de la Hatha-Yoga; otros, del Tai-Chi.)

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 autónoma 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.

Respirar, como función vital que proporciona nutrientes a todas las células del cuerpo, es más esencial que beber o comer, pues el hombre puede pasar cierto tiempo sin tomar

líquidos y mucho más sin comer, pero no puede dejar de respirar más que unos segundos o minutos.

La mecanicidad y habituación de la respiración puede llevar a pensar que este acto es demasiado simple en sí mismo y sin mayor importancia en cuanto a su poder modificador del estado de salud individual. Sin embargo, la potencialidad del acto respiratorio ha sido reconocida desde hace miles de años por los antiguos yoguis en sus técnicas de *pranayama* (prana = energía vital y yama = control) y en los chinos, en sus prácticas de *qigong*. El arte de la respiración se conceptualizó así, como una práctica poderosa para controlar la energía vital y producir estados psíquicos especiales (Labiano, 1996).

Es más frecuente observar un patrón respiratorio inadecuado en las mujeres que en los hombres. Por respiración inadecuada se entiende un tipo de respiración asociada con niveles alveolares bajos de CO₂, frecuencia incrementada, volumen de gas inspirado reducido y ventilación predominantemente torácica (Grossman, 1983).

Varios autores han indicado que la respiración abdominal, más que la torácica, es esencial para obtener un estado de relajación (Fried, 1990). Además, se ha demostrado que la debilidad del ego se encuentra asociada con un incremento de la frecuencia respiratoria y una disminución de su amplitud (McCollum, Burch y Roessler, 1969).

Buchholz (1994) señala que el hábito de una respiración restrictiva puede impedir que ésta realice sus funciones básicas y genere fatiga, debilidad o enfermedad. La respiración apropiada se debe traducir en una coordinación óptima de los músculos respiratorios, principalmente el diafragma, músculos de la espalda, abdomen, cuello, garganta, pecho y músculos intercostales. Las contracciones crónicas de los músculos respiratorios atentan contra un estado de eutonía corporal, es decir, un estado apropiado de tensión o tono necesario para cada actividad en particular.

Hurwitz (1981) indica que la respiración torácica parece producir incrementos del gasto y de la frecuencia cardíacos durante la inspiración así como vasoconstricción periférica, mientras que el mayor uso de los músculos abdominales parece inducir efectos opuestos.

La forma en que respiramos afecta nuestra manera de pensar, de sentir y de comportarnos, y viceversa. Ley (1994) señala que la respiración puede considerarse una variable independiente que afecta aspectos emocionales, cognitivos y conductuales, así como una variable dependiente que refleja los cambios que se producen en estos tres niveles. Esta característica bidireccional de la respiración encierra importantes implicaciones desde el punto de vista de la psicología de la salud.

Las señales respiratorias son más accesibles al control cognitivo que otras provenientes de diversos sistemas somáticos o autonómicos (los aferentes respiratorios tienen mayor representación en áreas de la corteza que los viscerales). Dada la integración a nivel del SNC de la actividad respiratoria, los cambios en ella pueden ser acompañados por cambios autonómicos generalizados, de tal forma que la actividad respiratoria ejerce efectos regulatorios significativos sobre la actividad cardíaca. Las frecuencias respiratorias reducidas han sido relacionadas con una disminución de la respuesta electrodérmica en situaciones estresantes. Por otra parte, la actividad respiratoria alterada, a menudo, es característica de estados de ansiedad y tensión (Clark, Salkosky y Chalkey, 1985).

La frecuencia cardíaca, la presión sanguínea y la actividad nerviosa simpática se incrementan durante la inspiración y disminuyen durante la exhalación, variando también con los cambios que se producen a nivel central (Eckberg, Kifle y Roberts, 1980).

Cuando se incrementa la profundidad de la respiración se produce un aumento de la frecuencia cardíaca así como variabilidad de ésta; también, generalmente, se incrementa el flujo sanguíneo hacia los músculos esqueléticos y de la frente, pero disminuye en las manos y en los pies (Hirsch y Bishop, 1981).

Por otra parte, la retención de la respiración entre la inspiración y la exhalación produce una rápida y pronunciada bradicardia, lo cual aumenta el flujo sanguíneo hacia el corazón y el cerebro (Daly, Angell y Elsner, 1979).



Algunas precauciones que se deben tener en cuenta para controlar la respiración: personas con presión alta, con problemas del corazón, pulmones, ojos, oídos: no retener entre la inspiración y la exhalación; personas con presión baja: pueden retener momentáneamente entre la inspiración y la exhalación, pero no después de exhalar; durante el embarazo: no mantener la respiración.

Respiración diafragmática o profunda (RD)

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 (véase figura 12.1), 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 inspira-

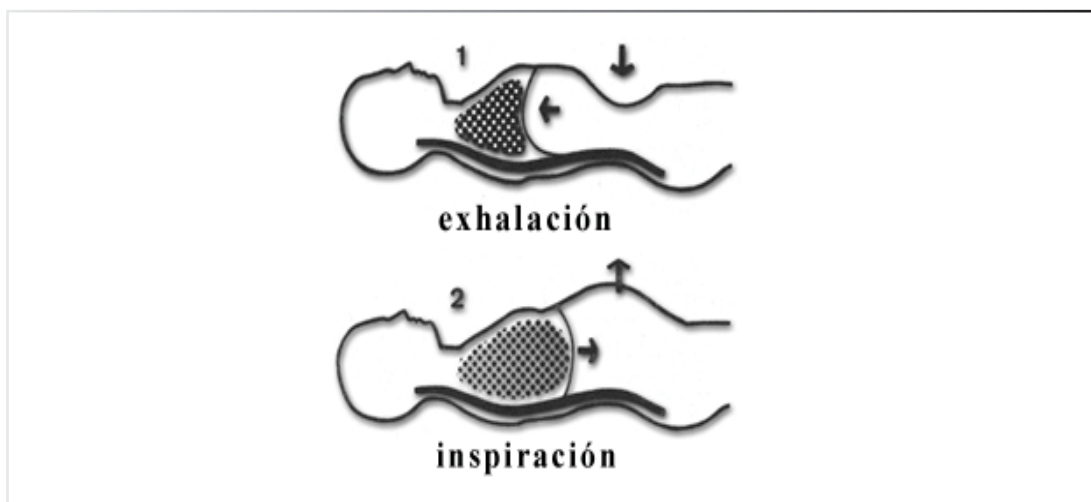


Figura 12.1 Respiración diafragmática (posición del diafragma).

ción 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.

Procedimiento (Schwartz, 1987):

- Inicialmente, es más fácil practicar la RD acostado, de espaldas, en una cama, en un sillón reclinable o en el piso sobre almohadones. Una vez que se aprende a respirar fácilmente en esta posición, puede practicarse sentado, y luego, de pie.
- Evite cualquier ropa ajustada, especialmente alrededor de su abdomen y cintura.
- Deje sus pies ligeramente separados. Coloque una mano sobre su abdomen, cerca del ombligo, y la otra mano sobre su pecho. Al principio, es preferible que cierre sus ojos.
- Inhale por su nariz, ya que ello permitirá que el aire se filtre y esté cálido. Exhale por su boca o por su nariz.
- Quédese tranquilo, concentrado en su respiración por algunos minutos. Tome conciencia de la forma en que su mano se eleva y baja con cada respiración.
- Suavemente exhale todo el aire que pueda de sus pulmones.
- Deje que el abdomen suba suavemente, sintiendo el movimiento de éste con su mano. Observe cómo está su pecho y sus hombros; recuerde que éstos no deben moverse.
- A medida que respira, imagine que el aire fluye cálido y relajante. Imagine que esta calidez se expande por todo su cuerpo.
- Haga una pausa de un segundo después de inspirar.
- Exhale suavemente. Mientras exhala, su abdomen baja lentamente mientras su diafragma sube hacia los pulmones.
- Al expulsar el aire, imagine que toda la tensión contenida también fluye hacia el exterior.
- Haga una pausa de un segundo después de exhalar.
- Repita la inspiración suave, pausada; luego, exhale lentamente.

Aplicaciones de la RD:

- Estados de ansiedad, fobias, ataques de pánico e insomnio (aplicable en toda alteración asociada con hiperactivación del sistema nervioso simpático).
- Hipertensión arterial: la práctica respiratoria rítmica asociada con la RD constituye un componente principal en el tratamiento.
- Problemas circulatorios, alteraciones en el nivel de tensión muscular, padecimientos digestivos, bronquitis crónica.

La regulación de la respiración constituye un componente esencial en el mantenimiento de la salud psicofísica y en el control del estrés.

Calidad ambiental y contacto con la naturaleza

La capacidad individual para modificar, elegir o crear ambientes que se adecuen a las condiciones psíquicas de cada persona es considerada una característica de la salud mental. La participación activa en el manejo ambiental es un ingrediente clave en el funcionamiento psicológico positivo (Labiano, 2000).





En la actualidad, la degradación cada vez más acentuada del ambiente exige “tomar conciencia (...) para efectivizar las responsabilidades que corresponden a cada nivel de decisión, que permita que las personas asuman sus deberes ambientales y al mismo tiempo defiendan sus derechos ecológicos, reclamando y obligando a que los otros, personas e instituciones civiles y gubernamentales, cumplan con sus propios deberes diferenciados en la preservación y construcción de un ambiente sano” (Grana, Bonavita, de Gatica, Pérez y Hernández, 1997).

Se impone una actitud de respeto hacia las distintas formas de vida, una perspectiva global y de futuro con respecto al ambiente.

La conexión con la naturaleza (a través de la contemplación pasiva o activa; del cuidado y protección de elementos naturales, etc.) puede ayudar a equilibrar nuestro mundo psíquico interno, pues nos acerca a nuestras propias raíces, a nuestro centro interior. La tierra, el sol, las plantas, los ríos, el mar, las montañas, son elementos del mundo natural que nos armonizan internamente cuando nos conectamos con ellos. Si necesitamos hacer una revisión de nuestra vida, de nuestros valores, tomar decisiones importantes para reorientar nuestro comportamiento, pasar unos días en un ambiente natural puede facilitar este proceso.

Cuando interactuamos con el mundo natural nos tranquilizamos, reducimos el estado de estrés y disminuimos —a nivel fisiológico— la activación simpático-tónica. Si necesitamos recuperarnos de una situación vital estresante, la naturaleza puede colaborar en nuestra curación. La conciencia y el sentimiento de pertenecer a una totalidad mayor surgen cuando nos armonizamos con el mundo natural. Tomamos conciencia de que somos sólo una parte de esa totalidad.

Locke y Colligan (1991) hacen referencia a la investigación de Roger Ulrich (Universidad de Delaware), quien llevó a cabo un seguimiento, durante ocho años, a pacientes internados en un hospital de Pennsylvania por razones quirúrgicas. Observó que los que se encontraban en habitaciones cuyas vistas daban a paredes de ladrillo tomaron más analgésicos, sufrieron más complicaciones postoperatorias y quedaron internados por más tiempo, que aquellos que tenían ventanas con vista a un grupo de árboles. Ulrich confirmó, así, la importancia del ambiente físico natural en la calidad de vida.

Es fundamental que nuestro estilo de vida incluya actitudes y conductas de protección y cuidado del medio ambiente y que incorporemos el contacto con la naturaleza a nuestra vida diaria. La observación de ésta ayuda a eliminar el aburrimiento, a la vez que estimula el asombro y la curiosidad. La naturaleza es fuente de inspiración; nos recuerda la fragilidad y la vulnerabilidad de la vida; nos enseña humildad (Adams, 1993).

Dimensión subjetiva cognitivo-emocional

Reestructuración cognitivo-emocional

Beck (1993) señala una serie de principios inherentes a la psicología cognitiva, referidos a las reacciones ante el estrés, que son supuestos básicos para una reestructuración cognitiva.

La construcción de una situación (el set cognitivo) es un proceso continuo, activo, que incluye sucesivas evaluaciones de la situación externa, de los riesgos, costos y ganancias de una respuesta particular. Cuando los intereses vitales parecen estar en riesgo, los procesos cognitivos son altamente selectivos y egocéntricos.



Cada individuo conceptualiza un suceso en particular, maximizando, minimizando o excluyendo elementos del mismo, según su estructura cognitiva. La primera instantánea de una situación nos dice si ésta es placentera, neutral o nociva. Esta percepción primera que nos retroalimenta, pues refuerza o modifica el set cognitivo preexistente, está basada en un conjunto de datos limitados.

Surge una respuesta “crítica” cuando la situación afecta intereses vitales, la cual puede tener dos tipos de reacciones: 1) respuesta de emergencia. La respuesta es activada porque el individuo percibe una amenaza a su sobrevivencia, individualidad, apegos, posición social o dominio, es decir: ataque, depreciación, intrusión, frustración, abandono, rechazo o depreciación. 2) Cuando el individuo percibe un evento como facilitador de autocrecimiento como el logro de metas personales o recibir admiración, la situación es conceptualizada en términos de: ¿cómo me afecta esto a mí? Las conceptualizaciones de esta respuesta crítica tienden a ser globales e incluir un limitado número de dimensiones. La clasificación inicial de una situación constituye la evaluación primaria de la misma (Lazarus, 1966). Si esta valoración determina que el estímulo es perjudicial, la persona realiza conceptualizaciones para responder a lo siguiente: ¿el estímulo es una amenaza para mí o para mis intereses? ¿La amenaza es concreta e inmediata, o abstracta, simbólica y remota? ¿Cuál es el contenido y magnitud de la amenaza? ¿Puede acarrear daño físico? ¿Puede implicar menosprecio o desvalorización?

Al mismo tiempo que se evalúa la situación de amenaza también se miden los recursos para hacerle frente. Esta evaluación secundaria (Lazarus, 1966) provee información que considera los mecanismos de afrontamiento y la habilidad para absorber el impacto de la situación estresante. La construcción de la situación amenazante está basada en una ecuación que tiene en cuenta las probabilidades de daño inherentes de la amenaza, como circunstancia opuesta a la capacidad del individuo para manejarse en ésta (ecuación: riesgos-recursos). Hay que tener en cuenta que estas evaluaciones no son frías o deliberadas, sino, en gran medida, automáticas y altamente subjetivas, por lo cual son proclives a contener considerables errores. Dos personas con capacidades semejantes pueden responder de una forma muy diferente a la misma situación amenazante. Si el riesgo es alto —en relación con los recursos disponibles— el individuo reduce la amenaza con escape o evitación (*flight reaction*) o bien, se autoinhibe (*freezing*). Si juzga que sus recursos son superiores a la amenaza, ésta es eliminada o desviada (*flight reaction*).

Cuando el estímulo representa una oportunidad para el crecimiento, la persona siente el desafío y hace una rápida evaluación de la deseabilidad del objetivo, de su capacidad para alcanzarlo y los costos en términos de tiempo, energía y sacrificio de otros objetivos. Estos factores pueden ser reducidos a la razón costo-beneficio, semejante a la relación riesgo-recursos. La construcción final de la situación determina si la persona acepta el desafío y consecuentemente, si se moviliza para obtener la meta o no.

Antes de ver o escuchar un estímulo el flujo sensorial ya ha pasado por muchas etapas de selección, interpretación y evaluación. Durante el curso de este proceso una gran proporción del flujo original ha sido excluido. Los canales de procesamiento tienen una capacidad limitada, por lo que tienen que ser protegidos de la sobrecarga y asegurar de que lo más relevante pase y que aquello que no lo es, sea excluido. Todo este proceso se lleva a cabo con una rapidez extraordinaria, casi inconscientemente y mediante sistemas de evaluación que son centrales en la organización cognitiva (Bowlby, 1981).

La estructuración cognitiva de una situación es responsable de movilizar el organismo para la acción. Si la movilización no es adecuadamente ejecutada, se preconfigura una reacción de estrés. Las reacciones ante una misma situación pueden ser muy complejas, es decir, tener un rango cognitivo-emocional muy amplio. Sin embargo, todas tienen en común que están comprometidas con algún tipo de acción. Las inclinaciones conductuales o tendencias de acción constituyen un tipo de motivación. La intensidad de la inclinación conductual es reflejada en el grado de arousal. La no expresión del arousal intenso provoca disfunciones en el organismo.



Además, dicha inclinación puede consistir en el deseo de huir, atacar, acercarse, o evitar. La reacción afectiva correspondiente sería la ansiedad, la cólera, el afecto o la tristeza, respectivamente.

La organización cognitiva está compuesta por esquemas. Cuando ocurre un evento externo se activan y se utilizan ciertos esquemas cognitivos para clasificar, interpretar, evaluar y asignar un significado a un evento. En el funcionamiento normal, los esquemas que se activan son relevantes para la naturaleza del evento. La interpretación final del evento depende de una interacción entre el evento y los esquemas. Ejemplo: “si interpreto que invadieron mis límites, siento cólera. Si el evento resulta peligroso, huyo”. Los esquemas cognitivos energizan los esquemas motivacionales, motores y afectivos.

Los estresores alteran la actividad cognitiva normal (capacidad de concentración, memoria, razón y control de impulsos). Cuando se presentan situaciones que reactivan esquemas personales vulnerables, por ejemplo, reiteradas situaciones laborales de humillación, quien las padece tiene que enfrentarlas nuevamente, su rendimiento cognitivo y su capacidad productiva se reducirán. El estado de estrés predispone al individuo a elaborar juicios absolutistas, sesgados, globales y extremos, por lo que las inclinaciones conductuales también son extremas. La personalización de eventos puede llevar a interpretaciones globales, categóricas y absolutistas. Las equívocas construcciones de la realidad son detectables en varias distorsiones cognitivas, tales como polarización, abstracción selectiva, sobregeneralización e inferencia arbitraria. La literatura se refiere a estas características como “procesos primarios de pensamiento” (Beck, 1993). En contraste, la cognición madura (“procesos secundarios de pensamiento”) integra estímulos en muchas dimensiones o cualidades, se maneja con parámetros cuantitativos más que categoriales y con términos relativos más que absolutos. Ejemplo: A es pareja de B. A ha llegado a elaborar juicios extremos acerca de B. Cada interacción con B retroalimenta sus interpretaciones absolutistas, categóricas y globales acerca de que B no puede ser su pareja; su imagen ante él está completamente negativizada, su visión de túnel sólo le permite seleccionar comportamientos y actitudes desvalorizantes hacia B. A se aleja de B. Con el paso del tiempo, A comprende que muchas de las conductas y actitudes de B estaban retroalimentadas e inducidas por su propio comportamiento; puede integrar otros aspectos no percibidos ni valorados en B; entiende que posee cualidades positivas y relativiza sus debilidades.

Cuando existe estrés cognitivo se produce una pérdida, en grados variables, de la capacidad de observar los pensamientos automáticos objetivamente, sometiéndolos a una prueba de realidad, y ajustándose luego a ésta. Las cogniciones idiosincrásicas son, a menudo, muy intensas. La literatura psicoanalítica llama “ejercitar funciones del ego” a este proceso de contraste con la realidad y corrección de las propias creencias. Ejemplo: situaciones tales como rechazos reiterados de una persona afectivamente cercana; situaciones laborales estresantes crónicas, por inseguridad en el puesto de trabajo, etc., pueden provocar una hiperactividad de esquemas cognitivos idiosincrásicos, una estimulación acumulativa de los esquemas relevantes de rechazo o pérdida, respectivamente.

Los esquemas hiperactivos resultan ser relativamente “autónomos”; las conceptualizaciones y rumiaciones están preferentemente bajo la influencia de estímulos internos que externos. La organización mental fluctúa entre ser “reactiva” ante los estímulos externos (activadas y dirigidas por estímulos externos), y la “proactiva” (que fuerza a los estímulos ambientales a encajar en un molde preformado), o bien, crea una separación (protegiéndose de los estímulos ambientales). La ausencia de salud mental lleva a la persona a atascarse en ciertos moldes esquemáticos, es decir, le es difícil flexibilizar sus esquemas mentales. El atascamiento puede presentarse en cualquiera de estas tres modalidades.

Estructuras cognitivas básicas, específicas, están encadenadas a estímulos específicos. Este “emparejamiento” constituye la sensibilidad específica de un individuo; por lo cual, éste reacciona de manera desproporcionada o inapropiada. Las sensibilizaciones específicas varían ampliamente entre las personas. Por lo tanto, a veces, lo que es un estresor para una perso-



na, puede ser una situación benigna para otra. Cada uno de nosotros tiene áreas específicas de vulnerabilidad y, cuando una situación activa una de ellas, reaccionamos de una forma primitiva y categórica, característica de un proceso cognitivo primario. Así, un esquema de abandono y soledad puede constituir un área de sensibilidad específica, que empuja a la persona atrapada en él a sobrereaccionar ante su pareja por situaciones de no cumplimiento de citas, o por retrasos u olvidos poco relevantes, lo cual le provoca frustraciones intensas y moviliza respuestas de agresión verbal, así como perturbaciones fisiológicas.

En el curso del desarrollo, los individuos gradualmente forman un número de conceptos o esquemas acerca de sí mismos y su mundo. Estos conceptos se van estructurando, se organizan en agrupamientos mnémicos, significados, supuestos, expectativas, reglas, etc. Dichos esquemas sirven para procesar los datos que ingresan a su sistema personal y conducirlo a la acción. Los esquemas sensitivos pueden ser amplios o limitados a un conjunto específico de estímulos. Si se formaron bajo condiciones estresantes, puede asumir estructuras características del sistema cognitivo primario. Ejemplo: Martha acumuló una serie de experiencias negativas relacionadas con un tipo de comportamiento pasivo-agresivo y ambiguo, por parte de su novio. Luego construye el esquema absolutista: "todos los hombres son así", excluyendo o negando la posibilidad de encontrar coherencia en los varones.

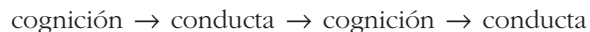
Diferencias en la organización de la personalidad explican el amplio rango de variaciones en la sensibilidad de los individuos ante los estresores. Así, los tipos de personalidad autónoma y sociotrópica difieren en el tipo de estresores a los cuales son sensitivas. Conocer las propias áreas de sensibilidad es un aspecto importante para el logro de una interacción adaptativa con el entorno físico y social. Ejemplo: hay individuos que se adaptan fácilmente a las condiciones de vida en grandes ciudades, mientras que otros difícilmente pueden hacerlo porque su tipo de personalidad es más vulnerable a los estresores de una gran urbe: polución del aire, ruidos, muchedumbres, falta de espacios verdes, etc. Los significados individuales penetran cada interacción con el entorno. (Una personalidad autónoma es especialmente sensible a las intrusiones, coerciones, interferencias de otros, mientras que una personalidad sociotrópica busca validar sus propias creencias y acciones a través de los demás, es decir, busca apoyo en su entorno social y evita la desaprobación de éste.)

Cada uno de los síndromes del estrés (relacionados con hostilidad, ansiedad y depresión) tiene esquemas interactivos diferenciables. Los individuos ansiosos perciben peligros y están atentos a las señales del ambiente como potenciales signos de daño y perjuicio; los depresivos focalizan los eventos negativos y las pérdidas; los hostiles perciben amenazas o injusticias malinterpretando eventos neutrales.

Los principales estresores son internos y autogenerados (autocríticas y autorreproches mantenidos por el propio diálogo interno). Este estrés autogenerado impone una pesada carga al cuerpo, que genera un estado constante de tensión que incide en los sistemas psicofisiológicos del organismo. Ejemplo: individuos que mantienen un patrón comportamental tipo A, predispuestos a demostrarse y demostrar que pueden hacer cada vez más cosas en el menor tiempo posible, inclinados al éxito y fuertemente competitivos.

Las interacciones estresantes con otras personas ocurren en un círculo mutuamente reforzante de reacciones cognitivas desadaptativas. El estrés propio está siempre relacionado con las conductas que evocamos o inducimos en otros. Normalmente, las interacciones se regulan para favorecer procesos adaptativos (retroalimentación negativa).

Un modelo interaccional implica siempre una reestructuración cognitiva. Una persona estructura una situación particular con otra, de una forma específica. La estructuración de la situación puede provocar una conducta en particular, la cual es interpretada de una forma específica por el otro, que luego manifiesta una respuesta conductual a esta interpretación. Ciclo:



Ejemplo: María piensa que Juan no la ayuda suficiente, por lo cual lo critica. Juan interpreta que su crítica es injusta. Le responde agresivamente. María interpreta que Juan está sobrepasándose con ella. Sale de la casa sin avisarle, no vuelve en todo el día.

Si la activación que produce el estrés se prolonga por un periodo considerable de tiempo, se compromete la activación del sistema neuroendócrino predisponiendo a diversas alteraciones fisiológicas.

Cuando la persona siente que sus intereses vitales están en riesgo, adopta un modo de funcionamiento egocéntrico. Los significados de los demás no forman parte de su campo fenoménico porque está centrada en sus propios significados. Los choques interpersonales son inevitables cuando el individuo opera de esta forma, aunque no tenga intenciones de herir al otro. Esto se transforma en una carga para la otra parte y, finalmente, también para él. La naturaleza estresante de las relaciones interpersonales se refleja, principalmente, en las relaciones de pareja, donde se ponen en evidencia el reforzamiento recíproco de los estresores.

Ejemplo: el esposo llega cada vez más tarde a la casa; la mujer se frustra porque no puede compartir con él los eventos de la vida diaria; él tiene cada vez menos interacción con ella, etc. Ella le reprocha y lo culpa reiteradamente por su conducta, y él se aleja cada vez más de ella. Cada uno defiende su propia perspectiva egocéntrica: él, su necesidad de autonomía; ella, su necesidad de estar acompañada. La modificación de la situación podría lograrse por la práctica de la “descentración”, técnica que facilita tomar conciencia de la perspectiva del otro.

Aunque el estresor sea psicosocial (simbólico) siempre se producen reacciones corporales. Podemos recibir un golpe o un insulto, pero siempre se movilizan respuestas físicas que tienden a defender el organismo, precedidas por estímulos cognitivos autogenerados. Los síntomas más comunes son: tensión muscular, aumento de la tasa respiratoria, taquicardia, movimientos intestinales y sudoración. Permanentemente, la adaptación civilizada nos exige que reprimamos la activación de lucha, defensa o huida.

El enfoque cognitivo focaliza la necesidad de controlar y desactivar ciertos esquemas de pensamientos para restaurar funciones adaptativas. El individuo puede ver la situación desde una mejor perspectiva, cuestionar sus reacciones, reconocer sus sobrerreacciones, poner a prueba sus conclusiones, adoptar un punto de vista más amplio, y así, considerar sus problemas de una forma más realista. La identificación de pensamientos automáticos, el reconocimiento y la corrección de distorsiones cognitivas, la detección de creencias y supuestos subyacentes son todos aspectos que integran el proceso de reestructuración cognitiva. La reestructuración de la situación puede lograrse mediante el cambio de la naturaleza de los estímulos ambientales, la transferencia de la atención hacia estímulos diferentes o sometiendo el contenido del set cognitivo a un análisis lógico y empírico. Para realizar lo anterior es necesario:

Clarificar y definir el problema. Esclarecer qué es lo que pasa, qué pensamientos, sentimientos e impulsos están asociados con la situación problema.

Incrementar la objetividad. La persona tiene que examinar sus pensamientos, motivaciones y su conducta de una forma desinteresada. Tomar distancia de las propias reacciones y mirar sus experiencias como fenómenos, sin dejarse absorber por éstas. (Cambiar temporalmente de contexto físico puede ser conveniente; relajarse.)

Diferenciar hechos de inferencias, creencias y supuestos autoderrotistas que se aplican a menudo: “no soy capaz de hacerlo”; “*siempre* me hace lo mismo”. Aprender a cuestionar la validez de las propias conclusiones: “¿Qué pruebas tengo para llegar a esta conclusión?”

Modificar la conceptualización de las interpretaciones de amenaza o desafío y de recursos de afrontamiento: “¿qué evidencias tengo de que la situación es realmente amenazante? ¿Cuán serio es esto? ¿Qué recursos de afrontamiento tengo disponibles?” Las amenazas exa-

geradas también pueden ser reducidas a través de autoafirmaciones de afrontamiento: “soy capaz de lograrlo”; “he pasado cosas peores”, “puedo manejar esto”; “relájate y haz las cosas tranquilo”.

La revisión de los significados subyacentes a los intereses vitales que defendemos: “¿qué importancia tiene esto para mi bienestar?” Los eventos adquieren significados importantes cuando están conectados con significados vitales que hacen a cuestiones básicas de supervivencia, automejoramiento, autoprotección, etcétera.

La observación y el cambio de nuestros patrones de pensamiento a fin de movilizar procesos saludables o curativos son aspectos básicos de la psicología cognitivo-conductual, así como componentes de prácticas meditativas.

Identificación de pensamientos automáticos

Permanentemente dialogamos con nosotros mismos, de una manera muy diferente de como lo hacemos con los demás. Este diálogo interno no es reflexivo ni racional; fluye espontáneamente, es automático, contiene imágenes breves, unas pocas palabras clave y, a menudo, se expresa en términos de “tendría que”, “debería”; “habría que”.

Los pensamientos que mantienen esta autoplática reflejan los condicionamientos familiares y estereotipos sociales, y toda clase de sugerencias “hipnóticas” que, inconscientemente, penetran en nosotros. Por lo general, los contenidos de este autodiálogo son dramáticos y relativamente idiosincrásicos. Es importante observar estos pensamientos automáticos.

Cuando se toma conciencia del flujo automático de imágenes y sugerencias verbales, que generamos ante los acontecimientos cotidianos, posibilitamos, en gran medida, el control de nuestras reacciones emocionales.

Meichenbaum (1987) diferencia distintos niveles cognitivos: eventos, procesos y estructuras. Una actitud no crítica posibilitaría, en principio, el acceso a eventos cognitivos automáticos, imágenes y pensamientos identificables que pueden ser recuperados voluntariamente y que forman parte de este diálogo interno individual: automatismos que implican atribuciones, expectativas, auto y heteroevaluaciones, pensamientos irrelevantes a la acción que se desarrolla, etc. Esta actitud facilitaría *insights* acerca de cómo cada uno procesa o construye la propia realidad.

Importancia del lenguaje y de la escritura

Peper y Holt (1993) señalan que el lenguaje es el medio más importante para moldear y estructurar nuestra percepción de lo que sucede. Nuestra experiencia de la realidad está determinada, en gran parte, por la forma en que nos hablamos a nosotros mismos acerca de ella. Es así que, cuando hablamos o escribimos acerca de lo que nos pasa, podemos ayudarnos a comprender e integrar nuestra experiencia. Al poner los hechos y las emociones en palabras logramos distancia, otra perspectiva, estructuramos lo que podría resultar caótico y desestructurante para nosotros. Escribir nos ayuda a cultivar la parte “testigo”; esa parte que puede observar sin involucrarse emocionalmente.

Poder expresar en forma verbal o escrita las emociones disruptivas tiene consecuencias positivas sobre la salud mental y física de las personas. La escritura emocional escrita y anónima —en la cual las personas confrontan los hechos traumáticos revelando las emociones provocadas por el evento— facilita un proceso de reversión afectiva, pues reduce la actividad fisiológica del organismo y el estado de estrés (Pennebaker, 1997).

Cuando atendemos a nuestros pensamientos automáticos (nuestro lenguaje interno) es más fácil identificar las distorsiones y cambiarlas. Podemos aprender a decirnos cosas útiles para nosotros mismos (autoinstrucciones), y así contribuir a regularnos adecuadamente. Ejemplo: “respiro tranquilo(a) y me relajo...” “Conservo la calma, ya pasará...” “El presente es lo único que tengo...”



A menudo estamos sólo parcialmente conscientes de lo que ejecutamos, ya que la corriente de pensamientos nos atrapa. Pasamos rumiando mucho tiempo y gastamos mucha energía en la rumiación de preocupaciones, en lugar de gastarla en la realización de tareas concretas.

Pensamientos irracionales

De acuerdo con Beck (1967; 1979) y a Ellis (1971) existen algunos tipos de pensamientos que se consideran irracionales o deformados, los cuales son creados con base en falsas interpretaciones que nos llevan a sentirnos emocionalmente deprimidos, ansiosos o coléricos.

Es necesario diferenciar *hechos* (comportamientos verbales, no verbales de nosotros y de otros) de *reacciones cognitivas*; así como las consecuentes *reacciones emocionales* que se derivan de las interpretaciones y evaluaciones realizadas (Modelo ABC de Ellis, 1971). Ejemplo: *a)* El jefe llega de mal humor y apenas saluda. *b)* El empleado interpreta que el trabajo importante del día anterior, que él realizó, no fue satisfactorio para su superior. *c)* El empleado comienza a sentirse incómodo y frustrado porque sus intenciones fueron hacerlo lo mejor posible. (En realidad, el jefe estaba perturbado porque tenía un problema familiar grave, que no sabía cómo resolver.)

Emery (1984) señala lo siguiente:

- Aprenda a conocerse y a estar consciente de sí mismo. Conozca sus metas, sueños, actitudes, creencias, limitaciones, etc., para mejorar su desarrollo personal.
- Aprenda a reconocer y controlar sus pensamientos involuntarios, su diálogo interno frente a situaciones estresantes.
- Cuestiónese la justificación de sus reacciones.
- Considere otras formas de explicar la situación. Observe los hechos desde otro punto de vista.
- Pregúntese si vale la pena sentirse así. ¿Cuán duraderas son las consecuencias?
- Trate de ver el lado “positivo” de la situación.
- Identifique sus ganancias personales. ¿Reporta algún beneficio por sentirse mal?
- Pregúntese cuáles serían las consecuencias reales si lo que usted teme llegara a ocurrir.
- Tome alguna acción específica para cambiar sus patrones negativos de pensamiento.
- Desarrolle un plan de pensamientos positivos, “vacúnese” contra el estrés.

Tipos de pensamientos irracionales

(A menudo, más de una categoría puede aplicarse al mismo pensamiento.)

- **Abstracción selectiva.** Se percibe sólo un aspecto de la situación y se excluye el resto. Se utiliza una visión de túnel para evaluar la situación. De esta forma se magnifican los aspectos negativos del evento, sacándolos del contexto positivo mayor; se dramatiza la situación. Ejemplo: “lo que sucedió destruye todo lo bueno que pudo darse entre nosotros...”. Ejemplo: una relación que favorece el crecimiento personal y es gratificante en general, es teñida de emociones negativas por un comportamiento inapropiado del otro.
- **Pensamiento polarizado.** Es el pensamiento dicotómico, que clasifica la realidad en blanco o negro, en aceptable o despreciable, en bueno o malo, categóricamente. No se percibe la complejidad de los hechos ni la forma en que ciertos eventos aparentemente perjudiciales, muchas veces, en el tiempo, tienen consecuencias convenientes o favorables. Ejemplo: “no puedo fracasar en esta empresa porque me destruiría...”.



En el curso de las interacciones, los filtrajes se retroalimentan y se termina percibiendo al otro con características extremadamente negativas (o positivas). Las personas son buenas o malas, honestas o deshonestas, el mundo es blanco o negro, es decir, la percepción es dicotómica y no se perciben gradaciones o distintas tonalidades. Ejemplo: “los que no son brillantes son imbéciles”. “Sólo se puede aprender de la gente superior.” Esposo: “ella es depresiva y yo no tengo nada que ver con su tendencia emocional”. Esposa: “él es egocéntrico y desconsiderado porque no puede comprenderme en esta situación en particular.”

- **Sobregeneralización.** A partir de un solo elemento de evidencia se extraen conclusiones generalizantes, se realizan afirmaciones absolutas y radicales. Ejemplos: “nunca podré aprender este idioma...” “Siempre sucede lo mismo...” “Jamás podría comportarme así...” “Todo el mundo lo hace de esta forma...”
- **Personalización.** Tendencia a referir la situación y/o el comportamiento del otro a uno mismo. La persona mantiene el hábito de compararse continuamente con los demás. Ejemplos: “hace esto porque se quiere desquitar de lo que yo le hice ayer...” “Él es mejor que yo en esto...” “Lo que está diciendo es para que yo no piense mal de ella...” El individuo oscila entre ser un vencedor o un derrotado. Siempre está valorizándose o desvalorizándose con relación a parámetros externos, no con respecto a él mismo, a su propio proceso de crecimiento personal.
- **Proyección.** Inferencia arbitraria. El individuo coloca en otros lo que él mismo piensa e imagina. Le cuesta recibir retroalimentación externa para corregir sus propias interpretaciones; no escucha ni observa suficientemente. No percibe que ciertas formas particulares o motivaciones pueden ser verdad para él, pero no para los otros. Ejemplos: “no deja la casa porque está enamorado de su obra...” “Vino porque estaba intrigado por conocerte...”

Cuando se entra en conflicto con el otro, surge la tendencia a realizar una evaluación no sólo de su conducta sino de los atributos de éste como persona. Los patrones de conductas del otro, en términos de la interacción con él, son transformados en imágenes o conceptos del mismo. El marido percibe a su mujer poco estimulante para él y se convence de que ella “es así”, por lo que termina definiendo esta característica como un rasgo personal inherente a su mujer. Pero en gran parte, la situación puede explicarse por el tipo de interacción que mantienen y que, obviamente, ellos mismos crean.

La focalización en ciertas características que se atribuyen al otro puede llegar a dominar o teñir toda la imagen de la otra persona. Un individuo altamente complejo queda encuadrado y reducido a unos pocos rasgos de carácter y, a menudo, negativos.

- **Pensamiento catastrofista.** La tendencia a asignar categoría de catástrofe a todos los eventos lleva a anticipar desastres a partir de hechos intrascendentes. Ejemplo: “esta demoira puede significar un accidente grave...”
- **Sobrecontrol (omnipotencia-indefensión).** Sentirse omnipotente y responsable de todo lo que ocurre a su alrededor, o bien, sentir que nada puede hacerse y que uno es impotente frente a determinadas situaciones problema. Ambos pensamientos son equívocos la mayoría de las veces debido a que parcialmente somos responsables de lo que nos sucede; tenemos capacidad para tomar decisiones continuamente y modificar en alguna medida lo que acontece. Creerse responsable de la felicidad de los demás y de lo que no funciona alrededor, no es una forma conveniente de actuar. Tampoco lo es interpretar que “nada” puede hacerse, porque al menos, si no podemos cambiar lo que sucede afuera, sí podemos elegir qué conductas o actitud adoptar.
- **Razonamiento emocional.** Creer que lo que se siente siempre es verdadero. Ejemplo: “sé que soy poco atractiva, porque así me siento...”
- **Falacia de cambio.** Pensar que uno puede cambiar a otros, cuando, en realidad, sólo podemos cambiarnos a nosotros mismos. La felicidad depende de la adecuación del otro a las propias necesidades. Ejemplo: Juan ejerce presión para que María adopte la



misma ideología que él defiende; también se propone que ella satisfaga sus necesidades y está convencido que si sus estrategias son exitosas logrará una situación ideal con su pareja.

- Los “debería”. La conducta tiene que ajustarse siempre a reglas inflexibles y correctas. De esta forma, la persona se hace sufrir a sí misma y juzga duramente a los demás. Ejemplos: “debería ser altruista y desinteresado”, “debería no sentirme herido nunca, sentirme tranquilo y sin perturbaciones”, “debería preverlo todo”, “debería confiar totalmente en mí misma”, “debería no equivocarme nunca con mis hijos”, “debería siempre ser eficaz y eficiente”, “no debería herir nunca a nadie”.
- Tener razón. El individuo tiene que demostrar que él tiene la respuesta apropiada y correcta. Su actitud es defensiva, nunca se equivoca; no escucha otras opiniones e ignora lo que no coincide con sus esquemas. Ejemplo: el padre piensa que su hija aún no tiene edad para salir sola con Pablo; cuando Elena le cuenta que salió con éste, él no quiere escucharla y simplemente le repite que restringirá sus salidas nocturnas y que si lo ve rondando la casa lo enfrentará también a él. La adolescente corta el diálogo con su padre.
- Culpabilidad. Se trata de encontrar siempre al culpable de la situación dolorosa o difícil. La culpa puede colocarse en otros —los demás son responsables de su padecimiento o fracaso— o bien, en sí mismo, creyéndose responsable de los sufrimientos de los demás. Ejemplo: Mario se casa y no es feliz en su matrimonio. Él culpa al amigo que le presentó a su actual mujer, viéndolo como el responsable de sus males. María sufre porque sus hijos no tienen trabajo, y se culpa a sí misma pensando que no supo orientarlos adecuadamente para que se insertaran en la sociedad.
- La falacia de justicia. Pensar que uno debe recibir de los otros lo que uno piensa subjetivamente que se merece. No se tiene en cuenta que los demás tienen una manera diferente de ver las cosas. Ejemplo: Andrea piensa que su hijo es injusto con ella porque hace una semana que no le habla por teléfono.
- La falacia de la recompensa divina. Creer que hay una justicia superior que va a darle a cada uno lo que se merece, según sus acciones. De esta forma, se espera que el sacrificio extremo sea recompensado en vida. Cuando la recompensa no llega, la persona queda resentida y frustrada.

Relajación

Conciencia somática

La conciencia somática puede definirse como el proceso por el cual percibimos, interpretamos y actuamos sobre la información de nuestro cuerpo (Cioffi, 1991). El estilo de vida que se impone en nuestra sociedad nos lleva a facilitar procesos inconscientes o de desconexión mental con respecto a él. Así como existe una alexitimia o incapacidad para identificar, discriminar y expresar verbalmente las emociones y estados afectivos, existe también una alexisomía (Ikemi e Ikemi, 1986) por la cual, la persona bloquea u obstruye la conciencia de su cuerpo. La insensibilidad somática, obstaculiza la conciencia de las leyes naturales a las cuales respondemos. Es importante aprender a conectarnos con nuestra propia biología ya que habitualmente estamos disociados de ésta. Muchas enfermedades parecieran tener sus raíces en esta inconciencia de las sensaciones corporales (Hanna, 1988).

Mecanismos de autodefensa pueden contribuir a la falta de conciencia somática. Dirigir la atención hacia las sensaciones fisiológicas puede hacer que los individuos reflexionen más profundamente sobre sí mismos. Si una persona tiene una imagen negativa de sí misma, centrarse en el ritmo cardíaco o en otra manifestación somática podría generar pensamientos y sentimientos negativos asociados con ansiedad. También surge la necesidad de ignorar las



sensaciones somáticas porque éstas están relacionadas con dolor, incomodidad física o debilidad. (Cuando la persona está fuertemente orientada hacia el éxito, con una sobreexigencia de rendimiento, tiende a ignorar el cuerpo para mantener cierto equilibrio.) Aumentar la conciencia somática permite modificar el estilo de vida personal y favorece procesos saludables (Bakal, 1996).

Cuando queremos saber cómo estamos realmente a nivel corporal, tenemos que dirigir nuestra energía atencional hacia las diversas partes de nuestro cuerpo. La atención mental debe ser fluida, suave y rápida.

Una relajación pasiva consiste en focalizar la atención en diferentes grupos musculares y producir su relajación a través de la imaginación mental y de la conciencia sensorial dirigida. Borkovec, Grayson y Cooper (1978) señalan: “frecuentes intentos de relajar mientras se focaliza la atención en sensaciones internas, son suficientes para promover la reducción de la tensión”.

Los métodos de relajación pasivo y activo, tienen distintos pros y contras. Los primeros no tienen impedimentos físicos y se pueden practicar sin llamar la atención, en cualquier momento, y también llevan menos tiempo que los activos. Pero, en los métodos pasivos la persona está más propensa a distracciones. Con individuos obsesivos hay inconvenientes y también con los que tienen tendencia a aburrirse rápidamente.

Ejercicio: tomar conciencia del cuerpo

Dirijo la atención a mi propio cuerpo... Me conecto con las diferentes partes de él, visualizándolas una a una; al inspirar tomaré conciencia del estado en que se encuentran... al exhalar, liberaré la tensión contenida en cada zona... Respiro suavemente, tranquilamente... Me conecto con los brazos y las manos. Me centro en la respiración y al inspirar tomo conciencia del estado de los brazos y de las manos; al exhalar, dejo que la tensión se libere, los relajo, los aflojo bien... Llevo la atención mental hacia mi pecho, siento mis pulmones; al inspirar observo el estado de mi pecho y al exhalar, libero la tensión contenida... Limpio mi pecho, lo relajo y disfruto de esta sensación agradable...

Me conecto con mi abdomen, tomo conciencia del estado de él, respiro ahora a través de él y lo relajo al exhalar... Las tensiones se disuelven, mi abdomen queda flojo, distendido...

Llevo mi atención hacia las piernas y los pies; desde las caderas hasta las puntas de los pies... Examinó la totalidad de mis piernas y recorro mentalmente mis pies, sintiéndolos; dejo que las tensiones se disuelvan al exhalar el aire...

Dirijo la atención hacia mi espalda, observo esta parte de mi cuerpo. ¿Qué sucede con mi espalda? ¿En qué parte tengo más tensión? Visualizo la zona más tensa, al inspirar y al exhalar la aflojo... dejo que toda la espalda se distienda totalmente.

Concentro la atención en el cuello. Siento cómo está la zona posterior y cómo está la garganta. Me conecto con el cuello al inspirar y lo relajo al exhalar. Permito que esta zona se estire y se relaje totalmente.

Tomo conciencia del rostro... voy recorriéndolo, repaso la zona inferior, media y superior. ¿Dónde concentro mayor tensión muscular? Me conecto con la parte que siento más tensionada, la visualizo al inspirar y cuando exhalo, la relajo... dejo que se afloje más y más a medida que voy respirando tranquilamente... Me conecto ahora con todo mi rostro.



Dejo que el aflojamiento se extienda a todo el cuerpo. Observo si hay alguna zona que no he podido relajar. Continúo sintiéndome tranquilo(a)... Mi respiración es suave, profunda y tranquila... Todo mi cuerpo está distendido y flojo...

Sé que en cualquier circunstancia que me encuentre puedo reconocer los mensajes de mi cuerpo y armonizarme con él...

(Para salir del ejercicio: estiro brazos y piernas, respiro profundamente, abro los ojos.)

Ejercicio de relajación pasiva breve

Tomo conciencia del espacio que ocupa mi cuerpo... con los ojos de la mente recorro de los pies a la cabeza, todas sus partes. Me relajo... Envío pensamientos de relajación, de perfecta salud y armonía a todos los tejidos, órganos y sistemas... Observo las zonas de tensión y cómo puedo, a voluntad, ir aflojándolas... Tomo una parte tensionada y la aflojo. Respiro tranquilamente... Me conecto con esta parte, y al exhalar, dejo que se relaje más y más... Siento el aflojamiento... Elijo otra parte y, nuevamente, la relajo poco a poco. Al exhalar profundizo el aflojamiento... Permito que la relajación se extienda totalmente...

Estoy abierto(a) a las sensaciones, a los mensajes de mi cuerpo... Vuelvo a sentir todo mi cuerpo en su totalidad... Me estiro y comienzo a moverme, respirando profundamente... Abro los ojos.

Relajación muscular progresiva

Everly (1990) señala que el hipotálamo posterior es dramáticamente afectado por la retroalimentación propioceptiva neuromuscular desde la musculatura esquelética. Los estados emocionales anormales de tensión pueden ser aliviados por procedimientos de relajación a través de la reducción de impulsos propioceptivos que actúan sobre la parte posterior del hipotálamo.

Jacobson (1929) presentó su método de relajación muscular progresiva (RMP), que es una forma para reducir la tensión muscular a fin de eliminar estados subjetivos de ansiedad. El método consta de una serie de ejercicios en los cuales el individuo tensa y, luego, relaja los grupos musculares seleccionados con el fin de lograr un estado de relajación profunda. Jacobson consideró que con su método se aprende a relajar la actividad neuromuscular en los músculos seleccionados. Luego, con la práctica reiterada, se desarrolla progresivamente un hábito de “reposo”; el estrés disminuye y se facilita un estado de menor excitabilidad.

Jacobson (1978) señaló que las principales acciones terapéuticas del sistema de RMP consisten en que se aprende la diferencia entre la tensión y la relajación. El aprendizaje está basado en que la persona aumenta su conciencia de los impulsos neuromusculares propioceptivos. Estos impulsos propioceptivos aferentes están principalmente determinados por una ansiedad crónica difusa y una activación simpática estresante.

La tensión muscular es creada por la contracción de las fibras musculares. Se puede aprender a reducir la tensión muscular excesiva, consciente y progresivamente, reduciendo el grado de contracción de los músculos seleccionados.

Esta técnica, que se aplica en un amplio rango de diversas alteraciones: insomnio, hipertensión esencial, cefaleas, estado de ansiedad generalizada, espasmos musculares, fobias, tartamudeo, depresión, dolor de cuello y espalda, colon irritable, etc., ayuda a desarrollar una actitud calmada, lo cual puede actuar como profilaxis contra una elevada activación.

Las premisas básicas del procedimiento son: el estrés y la ansiedad están relacionados con la tensión muscular, si ésta disminuye, usted podrá lograr una significativa reducción de su estado de ansiedad y estrés, comparar sensaciones opuestas de tensión —relajación: al lograr relajar el cuerpo, relajará su mente.



Recomendaciones: practíquela en un lugar tranquilo, sin interrupciones, con luz tenue. Busque un asiento cómodo o colóquese en la cama (lo cual puede conducirlo al sueño); como regla general, recuerde que debe inspirar cuando tensa y exhalar cuando relaja; el tiempo aproximado de cada fase es de 3-4 segundos para tensar los músculos y 15-20 para relajarlos; atienda conscientemente a las sensaciones musculares de tensión y relajación; tense y relaje cada grupo muscular varias veces si siente tensión residual; no contracture los músculos, simplemente contráigalos; el procedimiento completo le puede llevar unos 15 minutos; la relajación es una habilidad que, como cualquier otra, debe ser practicada. Requiere tiempo y paciencia.

Importante: después de terminar de tensar y relajar haga un cierre. Repase y profundice, con una actitud pasiva, la relajación de todo el cuerpo; asegúrese de no tener contraindicaciones médicas para contraer ciertos músculos, por ejemplo, problemas de nervios, debilidad o daño muscular o trastornos esqueléticos que podrían empeorar si se realizan los ejercicios; practique antes de almorzar y de cenar. Los procesos digestivos pueden interferir en la concentración. Si tiene insomnio, practique antes de dormir, en la cama; el procedimiento es flexible, así que puede elegir practicar sólo una parte para obtener una máxima relajación; para alcanzarla, los músculos faciales deben ser objeto de especial atención, principalmente los de los ojos, la boca y garganta.

Aplicación del procedimiento

A continuación se ejemplifica cómo se pueden trabajar distintos grupos musculares a través de un procedimiento abreviado de RMP. Se sugiere concentrarse, primero, en los grandes grupos musculares y dejar para el final las zonas más difíciles de relajar, como los músculos del rostro.

Se indican los siguientes grupos musculares: brazos y manos; piernas y pies; abdomen, piso pélvico, glúteos, y zona inferior de la espalda; pecho; abdomen; parte alta de la espalda y cuello, en su parte posterior; parte anterior del cuello y zona inferior del rostro (boca, lengua); mejillas, nariz y ojos; frente y cuero cabelludo.

Cómo contraer estas zonas

(En posición acostado, en decúbito supino.)

1. Flexione ambos brazos y cierre con firmeza las manos; atraiga los puños hacia el tronco.
2. Flexione ambas piernas, levante los pies y doble los dedos de los pies hacia arriba y hacia abajo.
3. Con las piernas flexionadas, apoye las plantas de los pies, y acerque éstos a los glúteos. Presione primero la zona pélvica hacia el piso y luego levántela, manteniéndola algunos segundos arriba. Baje lentamente.
4. Inspire profundamente y retenga el aire algunos segundos sintiendo la tensión en el pecho. Al exhalar, relaje. Repita el procedimiento.
5. Inspire y deje que el abdomen salga, como un globo que se llena de aire, y luego exhale; al terminar contraiga el abdomen, hundiéndolo. Relaje otra vez, inspirando.
6. “Achiقة” la espalda, acercando los hombros, apoyándose en la cabeza (el pecho se levanta un poco). La parte posterior del cuello también se contrae.
7. Levante la cabeza y presione hacia abajo y adelante; estire la boca y lleve la lengua contra el techo de la boca (puede variar cerrando los labios).
8. Contraiga mejillas, nariz y ojos.
9. Levante las cejas bien arriba.



Ejercicio de relajación muscular progresiva

Contraigo los dos brazos y manos fuertemente, siento la tensión de mis brazos y de mis manos. Observo cómo están mi brazo derecho, mi brazo izquierdo mis manos... Relajo... Siento ahora lo que sucede en los músculos de mis brazos y de mis manos... Observo la diferencia entre la tensión que sentía antes y el aflojamiento de ahora... relajo un poco más... Exhalo el aire y puedo aflojar aún más los brazos y las manos.

Tenso las dos piernas y los dos pies. Toda la tensión se concentra ahora en estas partes de mi cuerpo. Los músculos se ponen duros, totalmente contraídos... Relajo... Aflojo bien... Relajo más y más profundamente. Comparo el relajamiento de ahora con la tensión que sentía antes... Exhalo el aire relajando totalmente las piernas y los pies.

Apoyo los pies acercándolos a los glúteos; presiono hacia abajo la pelvis y luego la levanto, tensando toda la zona sacro-lumbar y glúteos. Siento la contracción de esta parte del cuerpo; observo cómo están ahora estos músculos. Relajo... Siento la diferencia... Aflojo un poco más... Profundizo la sensación de relajamiento... Exhalo, sintiendo que libero todas las tensiones contenidas...

Respiro con la parte media y alta de los pulmones, tomo conciencia de la respiración, inspiro, retengo el aire sintiendo la tensión en el pecho; exhalo, relajando... Respiro normalmente y luego respiro otra vez reteniendo, sintiendo el ciclo tensión-relajamiento. Aflojo el pecho, observo cómo se relaja cada vez más, y más, con cada exhalación... Siento mi pecho liviano y relajado...

Ahora respiro con la parte baja de los pulmones, con el abdomen. Lo lleno de aire al inspirar, lo contraigo al finalizar la exhalación, hundiéndolo... Relajo al inspirar naturalmente, exhalo mientras continuo aflojándolo; al final de la exhalación, vuelvo a contraer. Observo el contraste cuando tenso y cuando relajo. Quedo respirando naturalmente, con el abdomen completamente distendido, flojo... Respiro aflojando más y más todo el abdomen... La respiración queda completamente tranquila....

Contraigo la espalda y la parte posterior del cuello, siento la dureza de los músculos, totalmente contraídos... Relajo... Apoyo cómodamente la espalda y la cabeza, aflojando más y más... Comparo el relajamiento de ahora con la tensión que sentía antes. Al exhalar distiendo más y más... Observo cómo está la parte alta de la espalda, los músculos posteriores del cuello. Aflojo bien... Relajo profundamente.

Tenso la boca, la lengua, la garganta y la parte anterior del cuello. Observo el estado de los músculos de mis mandíbulas. Acomodo la cabeza y relajo... aflojo bien, siento cómo están ahora los músculos del cuello y la boca... Exhalo relajando profundamente...

Contraigo mejillas, nariz y ojos, siento la tensión y relajo... continuo relajando-mientras respiro lenta y profundamente; al exhalar profundizo el aflojamiento de los ojos.

Tenso la frente y el cuero cabelludo, observo cómo están estos músculos... Relajo... Siento el contraste de la tensión de antes y el aflojamiento de ahora. Exhalo y continuo aflojando más y más...

Disfruto de este estado de relajación ... Todo mi cuerpo está distendido y flojo... Completamente relajado...

Para salir de este estado tomo conciencia de la totalidad de mi cuerpo... de mi respiración... poco a poco tomo conciencia del mundo que me rodea... me siento cada vez más despejado(a) y consciente. Me siento recuperado(a), pleno(a) de energía... Comienzo a moverme, a estirarme, respiro profundamente, abro los ojos...

Relajación diferencial

Cuando se puede actuar sin tensiones excesivas, se ha alcanzado un estado de relajación diferencial, que es aquel en el que se mantiene el mínimo de tensiones en los músculos necesarios para llevar a cabo una acción determinada, a la vez que se conserva relajados el resto de los músculos (Jacobson, 1978).

Como señalan Peper y Holt (1993), es importante aprender a relajar los músculos que no necesitamos para realizar una tarea en particular. *Disponesis* es el término que se aplica cuando esforzamos innecesariamente otros músculos, con lo cual drenamos nuestras reservas

de energía. La práctica sistemática de la relajación incrementa la conciencia somática. Podemos regular el estado de nuestros músculos al realizar nuestras actividades diarias. Al autoobservarnos tenemos la posibilidad de liberar la tensión innecesaria. Si gastamos menos energía, nos cansamos menos y disponemos de más energía para otras actividades. Por ejemplo: cuando caminamos, manejamos, estamos en la oficina, observemos, el nivel de tensión de nuestros brazos, de nuestra espalda, hombros, etcétera.

Entrenamiento autógeno (EA)

Entrenamiento autógeno significa “ejercitarse por sí mismo”. Es un procedimiento basado en una concepción organísmica, en la idea de que el ser humano constituye una unidad psicofísica. En 1932 Schultz dio a conocer este método en *Das Autogenic Training*; posteriormente, Luthe y Schultz (1969) publicaron *Autogenic Therapy*. Schultz (psiquiatra berlinés) se interesó en el trabajo de hipnosis de Vogt (neurólogo berlinés del siglo XIX) y lo combinó con técnicas de la disciplina yoga. Descubrió que se puede crear un estado muy semejante al trance hipnótico si se induce pasivamente pesadez y calor en las extremidades. El procedimiento está orientado a lograr un estado de relajación concentrativa a través de la práctica de ciertos ejercicios sistemáticos basados en la autosugestión. Es un tratamiento que favorece la autorregulación del sistema nervioso autónomo. El objetivo del EA es normalizar procesos físicos, emocionales y mentales desequilibrados a consecuencia del estrés. La ventaja del método radica en que promueve la autonomía. Cada uno puede aprender a inducir la sensación de pesadez y calor en cualquier momento que lo desee hacer.

Hay tres tipos de ejercicios: Los del nivel inferior, centrados en el cuerpo, en las cogniciones de tranquilidad, pesadez corporal, calor corporal, latidos cardíacos tranquilos y fuertes, respiración tranquila, plexo solar cálido y frente fresca. La persona debe repetir en silencio ciertas frases. El nivel superior es puramente intrapsíquico y orientado hacia un trabajo de visualizaciones de vivencias internas: colores, objetos concretos y abstractos (visualización de conceptos), personas, confrontación con valores existenciales y conflictos personales (bajo la forma de interrogantes) y elaboración de fórmula personal.

Un tercer tipo de ejercicios son los especiales, que están orientados a normalizar problemas específicos. (Aquí se considerará específicamente el primer nivel inferior.)

Eficacia del EA

Se ha comprobado que esta técnica es eficaz para el tratamiento de varias alteraciones del tracto respiratorio (hiperventilación y asma bronquial), del tracto gastrointestinal (constipación, diarrea, gastritis, úlceras y espasmos), del sistema circulatorio (taquicardia, latidos cardíacos irregulares, presión alta, extremidades frías, dolores de cabeza) y el sistema endocrino (alteraciones tiroideas). Es útil para reducir la ansiedad generalizada, la irritabilidad y la fatiga. También para disminuir la reacción al dolor, incrementar la resistencia al estrés y reducir o eliminar alteraciones del sueño (Davis *et al.*, 1985).

Schultz (1969) señala que los beneficios están dirigidos a lograr el restablecimiento psicofísico, autotranquilización (menor resonancia emocional), autorregulación de funciones orgánicas (por ejemplo, de la circulación sanguínea), aumento de rendimientos (aumento de memoria), supresión o disminución del dolor, autodeterminación (formulación de propósitos), autocrítica y autodominio (mayor claridad interior).

Recomendaciones: es necesario mantener una concentración pasiva; no tener expectativas de resultados cuando se esté practicando; no pasar al ejercicio siguiente si no se experimentaron las sensaciones precedentes; dejar que las sensaciones sucedan espontáneamente, sin interferir con éstas; permanecer alerta a la experiencia sin analizarla. (Esta actitud contrasta con una concentración activa, cuando se fija la atención en ciertos aspectos de la experiencia para alcanzar logros concretos; concentrarse en la parte del cuerpo que se esté



trabajando; repetirse la frase silenciosamente, en forma monótona; si las frases no dan resultado, usar imaginación visual; reducir al mínimo los estímulos ambientales. Es conveniente practicar en una habitación cálida y con luces suaves. Un ambiente tranquilo, sin interrupciones; ropa suelta; recordar posturas básicas: sentado, con las extremidades confortablemente apoyadas; sentado, inclinado hacia adelante con los antebrazos apoyados sobre las piernas y las manos colgando; o bien, acostado.

Al principio, es difícil mantener una concentración pasiva porque la mente divaga. Hay que volver a la fórmula de inmediato. Se pueden experimentar descargas involuntarias (“abreacciones”).

Cuando esté listo para terminar con el ejercicio, dígame a usted mismo: “cuando abra mis ojos estaré despejado y alerta”.

Para practicar adecuadamente el EA las personas deben ser preadolescentes o adultas; estar motivadas, carecer de alteraciones mentales o emocionales severas. Condiciones tales como diabetes, alteraciones cardíacas o trastornos en la presión arterial, requieren supervisión médica durante la práctica.

El dominio del primer nivel puede llevar varios meses. Se aconseja practicar un minuto y medio cada vez, varias veces al día. Gradualmente, incrementar el tiempo de la práctica a media hora, uno o dos intervalos al día.

Procedimiento

A continuación se presenta un esquema de EA abreviado, basado en las indicaciones de Schultz (1969), con algunas modificaciones.

Fórmulas

1. Tranquilidad: “estoy completamente tranquilo, muy tranquilo” (repetir una vez).
2. Pesadez: “mi brazo derecho está pesado, muy pesado”. “Mi brazo izquierdo está pesado, muy pesado.” “Mis dos brazos están pesados, muy pesados” (repetir seis veces cada frase).
3. Calor: “mi brazo derecho está cálido, muy cálido”, “mi brazo izquierdo está cálido, muy cálido”. “Mis dos brazos están cálidos, muy cálidos.” “Suaves oleadas de calor recorren mis brazos, desde los codos hasta las manos” (repetir seis veces cada frase).
Piernas: “mi pierna derecha está cálida, muy cálida”. “Igual para la pierna izquierda.” “Mis dos piernas están cálidas, muy cálidas. Siento calor en mis piernas” (repetir seis veces cada oración). “Mis brazos y mis piernas están pesados y cálidos” (repetir seis veces).
4. Corazón: “mi corazón late tranquilo y fuerte” (repetir seis veces).
5. Respiración: “mi respiración es tranquila, muy tranquila” o “algo respira en mí” (repetir seis veces).
6. Plexo solar (no hacerlo si se padece de una enfermedad gastrointestinal de importancia): “mi plexo solar irradia calor” (repetir seis veces).
7. Frente: “mi frente está fresca; siento una frescura agradable” (repetir seis veces).
8. Retroceso: moverse. Respirar profundo. Abrir los ojos.

Problemas específicos como una crisis de tos: “garganta fría, pecho caliente”.

Fórmulas intencionales: al final del procedimiento se debe utilizar alguna frase referida a algo que uno quisiera hacer y cuya realización ofrece dificultades. Ejemplo: “controlo lo que como; como menos”.

Meditación

La meditación (M) es una estrategia cognitiva de regulación intencional de la atención momento a momento. Todas las formas meditativas comparten la idea de “centración” en sí mismo,



relajación física y mental, es decir, un estado de pasividad generalizado, el cual debe mantenerse aun en pleno movimiento (Labiano, 1991).

Tenemos el hábito de dirigir nuestra atención hacia el universo exterior. No es habitual para nosotros prestar atención a nuestro mundo interno, en una cultura que privilegia el “hacer” y el “tener” más que el “ser”. Hace miles de años que se afirma que la meditación es un procedimiento esencial de desarrollo personal y autoconocimiento. Esta técnica ha estado vinculada estrechamente a prácticas religiosas, pero hoy en día se le ha incorporado como un instrumento de crecimiento personal y autocuración, y se han estudiado científicamente sus efectos psicofisiológicos. Para algunas personas, la meditación es un método eficaz para alcanzar un estado de relajación.

Kabat-Zinn (1990) señala que la noción de totalidad está implícita en el significado de las palabras salud y curación, así también en el significado de las palabras meditación y medicina. (Estas palabras provienen del latín: *mederi*, que significa curar. *Mederi* también deriva de una raíz indoeuropea: “medir”.) Todas las cosas tienen un *right inward measure* que hace que sean lo que son, que les da las propiedades que tienen. La meditación, en este sentido, sería el proceso de percibir directamente esta medida interna justa, del propio ser, a través de la autoobservación y la carencia de juicio.

La elección de la meditación como práctica actual en clínicas del estrés no es arbitraria. La técnica tiene características únicas que la distinguen de otras también utilizadas para manejar el estrés. La meditación puede abrir las puertas a experiencias directas de totalidad. La mayoría de los métodos buscan lograr algo y conseguir algo más, mientras que la meditación es una disciplina “de conciencia” que está centrada en no-hacer y en “ser”.

La respiración sirve siempre como apoyo central de las prácticas meditativas; en las cuales se pueden diferenciar dos grandes tipos:

- a) Concentrativa: la atención está restringida a un único estímulo repetitivo (puede utilizarse cualquier estímulo sencillo: los latidos del corazón, un mantram, una palabra, un sonido, la respiración). El campo atencional se reduce drásticamente y se produce una inhibición del procesamiento de la información. Cualquier otro tipo de actividad mental se considera una distracción. Cuando la atención se aleja del estímulo elegido, el meditador refocaliza nuevamente su atención, y hace caso omiso de la intrusión.
- b) Abierta (*mindfulness*): la práctica consiste en darse cuenta del flujo ininterrumpido de pensamientos e imágenes, y de estados de ánimo. El meditador comienza a reconocer sus distorsiones, sus patrones y hábitos de funcionamiento mental y puede comprender sus estados emocionales más objetivamente, lo cual favorece la desensibilización interna y estados emocionales más equilibrados y positivos. El individuo se coloca en situación de tomar distancia acerca de sus construcciones mentales habituales (Labiano, 1991). Se refuerza la parte “testigo” del yo. Esta clase de meditación no sólo es una técnica sino que puede ser una actitud, ante sí mismo y el mundo.

Benson (1977) señala los efectos fisiológicos de la meditación concentrativa: el metabolismo reduce su velocidad; disminuye el consumo de oxígeno, la producción de dióxido de carbono, la frecuencia respiratoria, la frecuencia cardíaca y la presión sanguínea, así como la cantidad de ácido láctico, que es una sustancia producida por los músculos esqueléticos, asociada con la tensión y la ansiedad. Las ondas alfa y theta aumentan. Actúa favorablemente sobre las siguientes alteraciones: hipertensión arterial, enfermedades del corazón, apoplejías; estados de ansiedad, pensamientos obsesivos, hostilidad. Mejora la atención y la concentración. Para obtener efectos evidentes es necesario practicarla diariamente.

Recomendaciones para su práctica: elija un momento en el que no tenga que realizar otra tarea; asuma una postura cómoda en un lugar tranquilo; debe evitar toda sustancia excitante (alcohol, drogas) ya que interfieren con la concentración y la relajación; no ingiera bebidas con cafeína por lo menos dos horas antes de practicar (café, té o refrescos); no fume (por lo menos una hora antes de la práctica); no coma antes; siempre salga de la meditación



suavemente. Muévase y respire profundamente; las técnicas meditativas no son recomendables en casos de depresión severa o cuando se han presentado trastornos psicóticos.

Benson (1977) señala cuatro componentes básicos para meditar (o producir una respuesta de relajación): lugar silencioso (a fin de evitar distracciones); recurso mental (un sonido, palabra o frase en el cual se concentra la atención. El ritmo de la respiración también sirve de apoyo a la concentración); actitud pasiva (si se distrae, volver la atención al estímulo elegido. Es una actitud de: “dejar que ocurra”. Siempre se presentan distracciones, lo cual no debe preocupar al practicante); y posición cómoda (evitar tensiones musculares. Es preferible hacerlo sentado para evitar dormirse).

Ejercicio de respuesta de relajación (meditación concentrativa)

Siéntese en silencio, en una posición cómoda. Cierre los ojos. Relaje profundamente todos sus músculos. Empiece por los pies y ascienda progresivamente hasta el rostro. Manténgalos relajados. Respire por la nariz. Tome conciencia de su respiración. Cuando exhale, diga la palabra “uno”, en silencio. Por ejemplo: Inhale... exhale, “uno”; Inhale... exhale, “uno”, etc. Respire cómoda y naturalmente. Continúe durante 10 a 20 minutos. Puede abrir los ojos para ver qué hora es, pero no use un despertador. Cuando termine, permanezca sentado y en silencio varios minutos, al principio con los ojos cerrados y después abiertos. No se levante hasta pasados algunos minutos.

No se preocupe por su éxito en alcanzar un nivel profundo de relajación. Mantenga una actitud pasiva y permita que ésta se produzca a su propio ritmo. Cuando se presenten distracciones trate de ignorarlas no concentrándose en ellas y retornando a la repetición de la palabra “uno”. Con la práctica, la respuesta se producirá con muy poco esfuerzo. Practique la técnica una o dos veces diarias, pero nunca dentro de las dos horas siguientes a la comida, dado que los procesos digestivos parecen interferir con la respuesta de relajación.

Siguiendo a Davis *et al.* (1985), se presenta a continuación un ejercicio de meditación abierta:

(Primera parte)

Siéntese tranquilamente con los ojos cerrados y escuche los ruidos y sonidos que hay a su alrededor... No le dé importancia a ninguno en especial... Perciba el conjunto de estímulos... escuche también su respiración y sienta los latidos cardiacos...

Dígase a sí mismo: soy consciente de todos los ruidos y sonidos que me rodean...

(Segunda parte)

Ahora, concéntrese en sus pensamientos... permítase escuchar todo lo que provenga de su mente: sentimientos, estados de ánimo, imágenes, recuerdos, es decir, escuche los mensajes de su cuerpo... Deje que sus pensamientos vaguen libremente. No los analice ni los juzgue... Preste atención a todos por igual, imparcialmente.

Observe cómo sus pensamientos surgen y cómo es capaz de observarlos objetivamente... dígame a sí mismo: “soy consciente de mis percepciones, de mis pensamientos, de las sensaciones de mi cuerpo... estoy presente en el aquí y ahora...”

Desde esta posición imparcial, relajada, usted podrá conocerse a sí mismo y a aceptarse completamente.

(Tercera parte)

Experimente la segunda parte durante algunos minutos.

- Concéntrese en un pensamiento o sensación determinados, que le esté ocasionando alguna molestia y sobre el cual quiera trabajar.
- Elija una sola cosa para trabajar algunos minutos. Piense durante este tiempo sólo en lo que eligió.



- Ahora ya no piense en la idea en la que se concentró, ni en nada más, durante unos tres minutos. Descanse a solas consigo mismo. Recuerde que usted es siempre más que sus pensamientos; es quien los experimenta y también quien los detiene.
- Deje que otra vez reaparezca el pensamiento sobre el cual estaba trabajando. Deje que su mente haga todo lo demás. Observe cómo su mente se encarga del problema. Permita que las ideas fluyan espontáneamente, sin ningún esfuerzo.
- Ahora, quédese tranquilo(a); revise su experiencia.
(Puede practicar este ejercicio varias veces a la semana o cuando tenga necesidad de resolver problemas específicos. El tiempo de duración de este ejercicio es de aproximadamente 15 minutos.)

Sugerencias:

- Es conveniente concentrarse en el mismo pensamiento, emoción, problema, durante varias sesiones. Cada una de éstas aportará nueva información.
- Piense en preguntas de cuya respuesta pueda obtener información útil. Por ejemplo: pregúntese cómo le gustaría ser, en lugar de interrogarse sobre sus deficiencias.

Visualización

La visualización puede ser dirigida o receptiva (véase figura 12.2). En el primer caso, la mente consciente comunica imágenes al cuerpo y a la mente inconsciente. Por ejemplo: “imagino alguna condición personal que deseo alcanzar”. Aunque no tengamos plena conciencia, esta comunicación ocurre permanentemente, con consecuencias saludables o perjudiciales.

En el segundo caso (visualización receptiva o imaginería), se lleva a la conciencia información negada o ignorada. Esta visualización está basada en la idea de que uno sabe más sobre uno mismo de lo que cree conscientemente. Este trabajo de imaginería ayuda a tomar conciencia de la información que ha quedado oculta y que podría tener una influencia poderosa en el bienestar del individuo. La imaginería es el lenguaje directo del inconsciente y del sistema nervioso autónomo que nos permite acceder a niveles más profundos de autoconocimiento.

Las visualizaciones dirigidas son imágenes conscientemente creadas que pueden ser muy útiles para modificar el comportamiento. El trabajo abarca no sólo las imágenes visuales, sino también las auditivas, olfatorias, gustativas, táctiles, kinestésicas, etc. Estas últimas serían las más difíciles de trabajar. Las imágenes pueden ser directamente descriptivas o alegóricas; pueden ser pasivamente observadas o abiertamente actuadas; guiadas o espontáneas. El trabajo más eficaz se logra con la visualización interna (en primera persona), más que observándose desde afuera (en tercera persona). Las imágenes dirigidas pueden combinarse con el poten-

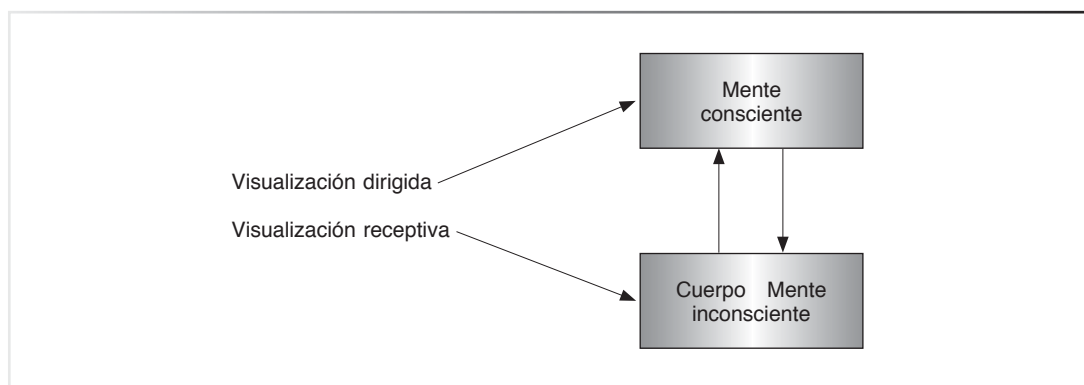


Figura 12.2 Tipos de visualización.



cial creativo y curativo de la imaginería espontánea. Ejemplo: una visualización guiada puede sugerir que usted se encuentra con un ser sabio, sin que nadie le dé detalles descriptivos acerca de este ser, de su edad, sexo, o si es animal o humano. Todos los elementos específicos surgen espontáneamente en su mente.

Ornish (1990) indica, acertadamente, que el cuerpo responde a las imágenes tal como éstas suceden en este momento. Por ejemplo, piense en alguna discusión que tuvo hace poco tiempo. Recuerde las cosas que le dijo a la otra persona y lo que ella le dijo a usted. Cuando recuerda algo desagradable su cuerpo reacciona en el momento, como si usted estuviera todavía en esa situación estresante. Su respiración se altera, se acelera y se hace más superficial, sus músculos se tensan, su corazón late más rápido, se siente ansioso(a) y perturbado(a). Luego, recuerde un momento de intimidad física, de cariño, con un ser amado. O bien, imagine una escena armoniosa. Preste atención a lo que sucede en su cuerpo. Puede advertir que sus músculos se relajan, su respiración se tranquiliza, se hace más regular, su corazón late más lentamente, y usted se siente bien.

Muchos atletas profesionales han encontrado que la visualización es un instrumento poderoso para mejorar su rendimiento. Nicklaus, uno de los más grandes golfistas de todos los tiempos, utiliza el trabajo imaginativo para representarse tres cosas: 1) cómo la pelota aterriza en el área correspondiente, 2) la trayectoria de la pelota hacia esa área y 3) haciendo el movimiento apropiado para el golpe (Williams, 1991).

Instrucciones para la práctica de la visualización dirigida (Epstein, 1997): Postura corporal: Se aconseja la “postura del faraón” (sentado(a), erguido(a), con la espalda recta, los brazos dispuestos cómodamente a los costados. Los pies separados, apoyados en el suelo). Esta postura facilita la respiración y la conciencia de ésta; se logra mayor atención interna. Respiración: rítmica, prolongar la exhalación (estimulación del nervio vago). Hacer tres exhalaciones antes de trabajar con las imágenes. Duración del ejercicio: Crear imágenes en un tiempo muy breve (segundos). Momento del día: al despertar y al finalizar el día (en los momentos de transición de la vigilia al sueño y viceversa).

Epstein (1997) recomienda veintiún días de práctica; luego, siete de descanso. Al incrementar la práctica se facilita la visualización en primera persona.

Pasos para una visualización creativa (Gawain, 1982): proponerse un objetivo realizable; crear una imagen clara y vívida, situándose en el presente (como si la situación estuviera ocurriendo); en estado pasivo, relajado, focalizar la imagen elegida; también, visualizarla en cualquier momento del día; ver, oír, oler, tocar, gustar, sentir la imagen, vivenciarla; dar energía positiva a la imagen con la creencia de que el objetivo propuesto se logrará; representarse uno mismo en la situación que se quiere lograr. Las afirmaciones deben ser cortas y expresadas positivamente; suspender toda duda.

Imaginería o visualización receptiva

Peper y Holt (1993) señalan que los *insights* que provienen de la imaginación nos ayudan a crear una motivación internamente dirigida que es necesaria para lograr cambios en el estilo de vida. La imaginería puede ser usada para comprender el significado subyacente de una enfermedad o como un instrumento para aumentar el proceso curativo. La imaginería —como los sueños— ofrece *insights* acerca de los patrones subyacentes a los mensajes del cuerpo. A través de los ensayos imaginativos se facilitan nuevas conductas. Cada uno tiene que desarrollar su propia estrategia curativa.

Fases de una exploración imaginaria: permita que surjan espontáneamente imágenes cada día. Antes de dormir, pregúntese: ¿qué es lo que necesito saber o hacer para lograr mi propia curación? O bien, sostenga conversaciones con un guía interno. Desarrolle una estrategia de autocuración (con la información que usted descubrió durante la exploración imaginaria).

Imaginería para la autocuración: comience con la imagen de enfermedad y desarrolle un proceso de curación (prevenga recaídas). Finalmente, imagínese a usted mismo(a)



integrado(a) y en totalidad. Lleve a cabo su estrategia (registre la evaluación continua de sus éxitos y fracasos en lograr sus metas; modifique la estrategia cuando sea necesario). Integre su experiencia. Resuma lo que aprendió.

Durante la práctica, puede hacerse preguntas abiertas, por ejemplo, ¿cuándo se desarrolló este problema? ¿Por qué yo tengo esto?

Ejercicio: respuestas desde lo inconsciente

Relájese totalmente; permita que una agradable pesadez se extienda por todo su cuerpo... Respire profundamente... Déjese llevar con cada exhalación... Permita que sensaciones agradables de calor fluyan a través de todo su cuerpo... Libere toda tensión innecesaria, y esté atento a lo que siente en cada parte del cuerpo... Deje que sus manos y sus pies se aflojen, observe las zonas de tensión y libere la tensión al exhalar... Sienta cómo su abdomen se afloja con cada exhalación... relaje los órganos internos de su abdomen... relaje su pecho... espalda... hombros... cuello... sienta el calor de la relajación fluyendo por sus músculos... Afloje su rostro... Su respiración es suave, profunda, lenta...

Ahora se encuentra en un lugar especial, tranquilo, calmado, seguro... En este lugar especial que imagina, observe todo lo que le rodea: colores, luces, las formas, sonidos, texturas, aromas... Respire en la atmósfera de este lugar apacible, reconfortante, y encuentre un punto en el cual centrarse, en el cual usted se sienta equilibrado y seguro... Puede decirse a sí mismo: "estoy profundamente relajado(a) y en calma... estoy tranquilo(a)... completamente tranquilo(a)... Mi mente está abierta a las imágenes que puedan ayudarme..."

(Continúa con el guía interno)

Cuando se sienta dispuesto, focalice el tema de su preocupación: un síntoma corporal, un problema que le aflige, la enfermedad que usted quisiera sanar... Mientras permanece confortablemente relajado, permita que surja cualquier imagen, que, espontáneamente, represente este problema, esta preocupación... Acepte la imagen que se le presente, ya sea simbólica, real, familiar o extraña... Obsérvela, siéntala, tóquela desde diferentes perspectivas, observe su tamaño, su color, si se mueve o no... Observe dónde parece estar el problema, cómo y dónde lo siente. ¿Dentro de usted mismo? ¿Cómo lo visualiza? ¿Tiene un sonido o vibración? ¿Siente olor o gusto?

Pregúntese: ¿qué necesito saber o hacer para lograr mi curación? Luego, deje que surja otra imagen que represente el proceso de curación... Permita que esta imagen curativa sea vívida, brillante y clara... Véala, siéntala y vivíciela... ¿Qué parte suya necesita poner en juego en este proceso curativo? Quédese atento a recibir la respuesta, el tiempo que usted necesite hacerlo...

Vuelva la atención a su propio cuerpo, sienta cómo éste descansa; comience a mover las manos y los pies, estírese totalmente... Respire profundo... abra los ojos...

Guía interno:

Así como se relaja y descansa en un lugar placentero y curativo, usted se hace consciente de un ser que se está aproximando, que espera ser invitado para reunirse con usted. Puede ser una persona, un animal, una luz. Acepte la imagen que se presente, en la medida en que ésta le dé seguridad. A medida que este ser se acerca, usted advierte que es agradable, gentil y sabio. Este guía lo conoce muy bien... Si siente que todo está bien, invite a este ser a estar con usted un tiempo, en su lugar especial. Tómese un momento para estudiar a su guía, observe cada cosa de él. Sienta su presencia amorosa... Ahora, considerando su problema, hágale una pregunta, la que se le ocurra en este momento... Tal vez, usted quisiera preguntarle por qué tiene este problema, o qué pasos tiene que seguir para ayudarse en su curación... Espere que llegue la respuesta... Deje que la comunicación se realice naturalmente, puede ser que esta comunicación no sea en palabras... Las respuestas pueden llegar también más tarde, durante el sueño o mientras usted se relaja, más tarde... Puede preguntar cualquier otra cuestión que desee, para tener más claridad... Ábrase a la



respuesta, a cualquier forma en que ésta pueda llegar... Si la respuesta que recibió es difícil de seguir, tal vez tenga que pedir más explicación, ahora o más tarde, preguntar para asegurarse que el consejo resulte útil. Ahora, agradezca a su guía y dígame adiós, sabiendo que puede conectarse con él en cualquier momento que lo necesite, cuando usted esté relajado. Observe cómo su guía se aleja y sienta otra vez que la armoniosa serenidad de su lugar especial lo envuelve. Respire profundamente y tome conciencia de su cuerpo... Mueva los dedos de sus manos y de sus pies, estírese. Abra sus ojos.

Describa, con una frase, el *insight* logrado a través del ejercicio; ¿Qué beneficios produjo esta práctica? ¿En qué medida este trabajo imaginativo ayudó a lograr *insight* sobre el problema? ¿Le resultó fácil o difícil trabajar con imágenes espontáneas? ¿Le ayudó la conversación con el guía interior? ¿Qué problemas o desafíos se presentaron y cómo los resolvió?

Imaginería y cambio conductual

Watson y Thart (1981) señalan que el descubrimiento puede ser importante, pero es a través de la acción que verdaderamente nos transformamos a nosotros mismos. Si no llevamos a la práctica nuestros *insights* nos desvinculamos de nuestro propio conocimiento interno. Si usted ignora un mensaje imaginario que lo guía para hacer un cambio en su conducta, usted puede experimentar un sentimiento de estar atascado y no poder progresar.

- Use la técnica denominada “tormenta de ideas”, es decir, escriba todo lo que se le ocurra sobre las formas en que puede transformar sus ideas en acción. Aun las ideas más descabelladas, escribálas. Imagine muchas posibilidades u opciones. Luego, considere cuál es la más conveniente. Elija una.
- Infórmese sobre su problema, para que pueda hacer elecciones fundamentadas. Establezca fines y prioridades.
- Defina sus metas en términos de conductas específicas, en situaciones particulares, lo cual le permitirá medir su progreso. Al evidenciar el cambio, esto se transformará en un poderoso incentivo o refuerzo para modificar otras conductas.
- Es más conveniente incrementar lo deseable que disminuir las conductas indeseables. Establezca sus fines con relación a conductas que usted pueda manejar y controlar. Por ejemplo, si desea adelgazar: aléjese de la comida, camine más, haga gimnasia, coma más vegetales, etcétera.
- Si tiene una herida, y quiere usar la imaginación para curarla, durante el día puede recordar imágenes y pensamientos, representándose la herida curada, la zona totalmente sana.
- Recuerde que es mejor empezar con metas pequeñas, fáciles de lograr, y luego avanzar hacia metas más desafiantes.
- Establezca su línea base, objetivando dónde está usted ahora. Sea tan específico como sea posible. Pregúntese: ¿dónde, cuándo, qué ocurre, con quiénes; posteriormente qué precede a la conducta que quiere modificar; cómo ello cambiará su conducta o la de otros, etcétera.
- Estrategias a usar: Registre cada vez que se presente la conducta problema. Registre lo que piensa y siente antes de que la conducta ocurra. Observe sus sentimientos, emociones. ¿Qué factores obstaculizan el cambio?
- Organice nuevas señales conductuales: Disponga nuevos estímulos para crear la conducta positiva. Una vez que usted está consciente de las situaciones y señales que le llevan a las conductas indeseadas, usted puede reorganizarlas. Puede sustituir el diálogo interno negativo por uno positivo. Lo que usted se dice a sí mismo, ¿le ayuda o le impide cambiar en el sentido deseado?; usted puede hacer una relajación rápida cuando se encuentre frente a las señales ya detectadas (esto es importante si su problema



indica ansiedad o tensión). Interrumpa la respuesta automática. Pregúntese: ¿qué otra alternativa tengo? Busque sustituir por otra conducta la que quiere evitar.

- Aunque muchos cambios conductuales son reforzantes en sí mismos, algunas veces los refuerzos no son inmediatos. Por ejemplo, al principio, los beneficios de hacer ejercicio físico no se sienten tanto, pero es cuando más se necesitan. Los mejores reforzadores son los accesibles, potentes, fácilmente manejables por usted, pero no dependa de los refuerzos, si sabe que algo es bueno para usted, simplemente, hágalo. Usted puede tener imágenes rápidas o fugaces de cómo estará cuando haya logrado su meta.
- El apoyo social es un importante reforzador del cambio conductual. Adelántese a las recaídas. Un fracaso no niega todo el progreso que haya logrado. Cada día es un nuevo comienzo. Pregúntese a sí mismo qué sucedió y aprenda de su experiencia.
- La autoaceptación es clave para lograr un cambio positivo.

Ejercicio para una curación imaginaria

Mientras respiro regularmente, tranquilamente, me repito la frase: “estoy en paz...” Presto atención a esta frase y a mi respiración, haciéndola más lenta y profunda. Comienzo a inspeccionar el área de mi preocupación. Dirijo una mirada hacia adentro para ver cómo está el problema en este momento. Permito que surja cualquier sensación, imagen o pensamiento.

Dejo que se disuelva esta imagen e imagino un proceso curativo e integrador que transforme lo que vi anteriormente. Veo y siento este proceso de curación. Este proceso curativo continúa en el tiempo, ocurre oculto a mi conciencia. Dejo una sola imagen o símbolo, manteniéndolo en mi mente a través del día, que represente este proceso curativo.

Me imagino a mí mismo(a) totalmente integrado(a), sano(a), formando parte del universo. Experimento una profunda tranquilidad... Dejo mi respiración cómoda, inspirando y exhalando.... Al inspirar, una energía curativa penetra en mí como los rayos del sol, impregnando cada célula, con un destello de luz; cuando exhalo, esta energía se expande hacia afuera como una onda suave de color azul. Mantengo este proceso por algunos minutos. Me veo disfrutando a través del día, haciendo cosas que me gustan, disfruto de ser yo mismo(a), sintiéndome libre y contento(a)...

Ejercicio de visualización dirigida

Tomo conciencia de la postura de mi cuerpo y me acomodo de la mejor manera posible, a fin de permitirme una buena concentración para dirigir todas mis energías hacia mi interior... Permito que mi respiración quede tranquila, muy tranquila... suave y profunda...

Pongo en práctica mi capacidad de crear imágenes a voluntad, y me represento mentalmente, con claridad, la parte de mi cuerpo que, en este momento, me resulta molesta o dolorosa.... (Si tuviera varias zonas molestas o dolorosas, sólo elijo una de esas partes.)

Ahora me la represento con la mayor claridad posible, y la observo muy de cerca. Observo el estado de mis tejidos, de mis células... Poco a poco, me hago muy pequeño(a)... me introduzco en esta zona, la recorro por dentro y por fuera, le doy vueltas... Puedo ver bien el estado de mis tejidos,... de mis células... Mientras, continúo respirando lenta y profundamente, relajando mi abdomen, aflojándome más y más... Mantengo la respiración profunda y tranquila... Y ahora, imagino una fuente interminable de energía luminosa... cálida... plena de color... Visualizo esta energía luminosa y dejo que esta luz curativa inunde esta parte de mi cuerpo que necesita ayuda... esta energía impregna esta zona más y más... Al tomar aire, tomo de esta energía luminosa y cálida. Al largar el aire, la llevo a la parte afectada... siento cómo penetra en mis tejidos... me acerco para observar mejor cómo penetra la energía transformando mis células y tejidos, mis músculos, mis huesos... curándolos... Dejo que esta energía positiva limpie y cure esta parte de mi cuerpo... Veo cómo la luz de esta energía positiva se expande y, llena de color y de luz mis tejidos... curándolos... Continúo respirando tranquilo(a); al inspirar, nuevamente visualizo la energía positiva



que tomo y que penetra en mi cuerpo... Siento cómo puedo regular cuanta energía tomo, a través de la respiración... al exhalar, dirijo la energía hacia el lugar elegido... Vuelvo a sentir cómo las células y tejidos de mi cuerpo absorben esta energía curativa, cálida, liberándose de toda la tensión contenida... Los tejidos se transforman, están cada vez más cálidos... es una calidez muy agradable... Continúo tomando energía luminosa y cálida al inspirar y, al largar el aire, suavemente la dirijo hacia la zona necesitada... siento mi respiración profunda y tranquila... Contemplo ahora cómo esta energía agradable se expande por todo mi cuerpo, sintiendo al exhalar cómo fluye esta energía positiva por todo mi organismo, revitalizándolo totalmente... Me entrego a disfrutar de esta sensación placentera, y dejo que esta energía relajante y cálida, al exhalar, se expanda más y más... que llegue a todos los órganos y tejidos de mi cuerpo... Contemplo ahora mi cuerpo, inundado por el color de esta energía positiva... totalmente flojo y relajado...

Tomo conciencia acerca de cómo puedo transformar, a voluntad, el estado de mi cuerpo y de mi mente, a través de la imaginación creadora, produciendo en mí un estado de armonía, salud y tranquilidad...

Adams (1993) señala algunas de las condiciones que ejercitan la imaginación: Un sentido de asombro a través de la contemplación y estudio de la naturaleza, la humanidad, las artes y la vida en sí misma; curiosidad acerca de cada cosa y cada persona; exploración de todas las áreas de interés, diciendo sí a cada oportunidad; compartir ideas con cada persona disponible y estudiar ideas muy diferentes a las propias; sentido del juego e improvisación, experimentar libremente; reestructurar el pensamiento; considerar de una nueva forma problemas, preocupaciones, miedos y dudas; reestructurar la vida de uno hacia la felicidad.

El desarrollo de la sensibilidad y de la creatividad está relacionado íntimamente con la capacidad imaginativa. Captar la belleza de lo que nos rodea ayuda a armonizarnos psíquicamente y, por ende, beneficia a nuestro cuerpo. La expresión creativa a través de distintos tipos de actividades artísticas y artesanales constituye un componente muy importante de la salud mental.

Humor-risa

El humor es un poderoso antídoto para todas las enfermedades. La medicina, desde tiempos antiguos, el saber popular y la propia experiencia, nos dicen que la risa es una excelente medicina. La risa incrementa la secreción de químicos naturales, como catecolaminas y endorfinas. Las endorfinas son sustancias cerebrales analgésicas y euforizantes que están asociadas con estados creativos. Al reírnos, nos relajamos y favorecemos la producción de endorfinas (Lawson, 1999).

La risa da masajes a órganos vitales; mejora la circulación sanguínea, lo cual brinda una sensación de energía y vitalidad. También disminuye la secreción de cortisol y estimula la respuesta del sistema inmunológico (aumenta los niveles de células T); incrementa la oxigenación de la sangre y disminuye el aire residual de los pulmones. Al comienzo, la risa estimula la frecuencia cardíaca y eleva la presión arterial; luego, las arterias se relajan y ocurre lo contrario. La temperatura de la piel sube como una consecuencia del incremento de la circulación periférica. De esta forma, la risa parece tener un efecto positivo sobre alteraciones cardiovasculares y respiratorias (Adams, 1993).

Al cultivar el sentido del humor y la risa liberamos tensiones y estamos más propensos a aceptar los puntos vulnerables de nosotros mismos (se facilita la autoaceptación). También, el humor permite, a veces, resignificar situaciones (es decir se toma distancia de los problemas), lo cual aumenta el sentimiento de autoeficacia y la capacidad creativa.

El humor deja de ser saludable cuando implica autodepreciación y desvalorización de los otros, lo que refleja una actitud hostil. Es importante aprender a reírnos "con otros" (no de otros...).



Ellis (1977) expresa: ... “la psicopatología consiste en tomar demasiado en serio no sólo la vida sino también a nosotros mismos: exigiendo que debemos conseguir exactamente lo que queremos; concluyendo que es trágico cuando nuestros deseos se ven frustrados o aplazados; juzgando que nosotros y los demás son demonios o dioses según la forma de actuar buena o mala. De aquí se deduce que una de las finalidades más importantes de la psicoterapia es socavar la excesiva seriedad de las personas”.

Dimensión social

Relaciones interpersonales

El aprendizaje de habilidades interpersonales es fundamental para desarrollar la inteligencia intrapersonal (autoconocimiento, claridad de metas, valores, etc.) e interpersonal (percepción de señales, interpretación de códigos sociales, intenciones, etc.). Gardner (1983) plantea que ambas inteligencias se fusionan para crear un “sentido del yo”, y que esta inteligencia personal está en relación con una cultura determinada, un sistema de símbolos y significados. Un funcionamiento adaptativo del ser humano sólo puede darse a través de un comportamiento integrado a las propias experiencias interpersonales. Las experiencias interpersonales directas o vicarias permiten desarrollar habilidades sociales. Estas habilidades se desarrollan en función de las consecuencias sociales experimentadas o cognitivamente anticipadas (Bandura, 1977).

Un componente fundamental de la calidad de vida de las personas, es la capacidad de mantener relaciones positivas con los demás, el desarrollo de fuertes sentimientos de empatía y afecto por otros seres humanos y lograr un sentimiento de intimidad, así como dar orientación y guía a otros (Ryff y Singer, 1996).

Sin duda, los aprendizajes sociales están mediados por representaciones simbólicas, por procesos cognitivos internos que deben estar en concordancia con las expectativas socioculturales. Saber leer los mensajes manifiestos y encubiertos del otro, seleccionar información significativa de una situación, percibir reacciones emocionales, sutilezas interpersonales, etc., son aspectos importantes que integran la percepción social (Argyle, 1978). Una premisa básica de las relaciones interpersonales, es que todos los seres humanos estamos en un mismo plano de igualdad y tenemos derechos básicos comunes, el respeto de los cuales contribuye a mantener relaciones satisfactorias, al bienestar interpersonal y a la autorrealización de cada persona.

Algunos de estos derechos son: hacer uso de la libertad mientras no se violen los derechos de otros; mantener la dignidad y respeto comportándose de forma asertiva; rechazar peticiones sin tener que sentirse culpable o egoísta; experimentar y expresar los propios sentimientos; cambiar de opinión; pedir lo que uno necesita o quiere; cometer errores; sentirse a gusto consigo mismo; tener opiniones y expresarlas; y obtener aquello por lo que se paga.



Asertividad

La dimensión asertiva, referida a la defensa de los derechos mencionados, ha sido considerada de fundamental importancia en los procesos sociales adaptativos (Hidalgo y Abarca, 1999).



El comportamiento asertivo está en relación con las conductas manifestadas por una persona en un contexto interpersonal, las cuales expresan sentimientos, actitudes, deseos, opiniones o derechos de esa persona, en forma directa, firme, honesta, respetando al mismo tiempo los de otra(s) persona(s). La conducta asertiva no busca herir a otros, no es destructiva y está adaptada al contexto sociocultural específico (Alberti y Emmons, 1999).

Ejemplo: los vecinos de María colocaron un cable de TV en el terreno de ésta, haciéndolo pasar por arriba de su pared sin solicitarle permiso alguno. María les pide, de forma clara y firme, que retiren el cable, porque no corresponde que esté colocado allí, ya que pasa por territorio ajeno. Les expresa además que ella nunca recibió una solicitud manifiesta, de parte de ellos, para colocarlo en ese lugar. Ella defiende su derecho de propiedad, sus límites territoriales no fueron respetados, los vecinos transgredieron normas establecidas.

Alberti y Emmons (1999) indican los componentes clave de un comportamiento asertivo:

- Contacto visual: mirar directamente a la persona al hablarle. Esto aumenta la firmeza, la precisión y la sinceridad del mensaje.
- Postura corporal: orientada hacia el interlocutor. La posición erguida, activa y de frente, otorga más fuerza y asertividad al mensaje.
- Distancia y contacto físico: a menor distancia, mayor intimidad; excepto que se esté entre una multitud o el espacio sea muy reducido.
- Ademanos: la expresión corporal puede agregar énfasis, calor, al mensaje verbal.
- Expresión facial: el rostro debe comunicar lo mismo que las palabras.
- Tono de voz, inflexión y volumen: una voz bien modulada y serena puede convencer sin intimidar; el tono puede ser áspero, lastimero, seductor, etc.; la inflexión puede ser monótona o tener una tonada; se puede hablar muy bajo o muy alto, etcétera.
- Fluidez: es muy importante para la eficacia del mensaje.
- El momento ideal: aunque haya pasado el tiempo, es recomendable expresar los sentimientos.
- Saber escuchar: manifestar un interés activo por la otra persona; sintonizarnos con el otro; poner atención al mensaje y mantener contacto visual, de ser posible; intentar activamente comprender el mensaje antes de responder.
- Pensamientos: asertivos; mantener una actitud positiva hacia sí mismo, no exagerar los problemas, evitar las visiones egocéntricas de los sucesos de la vida, alentar pensamientos de control. Detener el pensamiento negativo, obsesivo, sustituyéndolo por otro positivo. Evitar pensamientos catastrófistas.

Ensayo de conducta

El ensayo de conducta, procedimiento más usado en el entrenamiento en habilidades sociales (Caballo, 1993), está basado en el descubrimiento de formas apropiadas y eficaces para afrontar situaciones problemáticas de la vida cotidiana, modificando esquemas no adaptativos de comportamiento para reemplazarlos por nuevas formas de respuestas. En este procedimiento, la modificación de conductas se constituye en un fin en sí mismo.

A continuación, con base en el mencionado autor, se señala la secuencia de pasos más comunes para realizar un ensayo de conducta:

1. Describa la situación problema.
2. Represéntese lo que hace normalmente en esa situación.
3. Identifique las cogniciones desadaptativas que influyen en la conducta socialmente inadecuada.
4. Identifique los derechos humanos básicos implicados en la situación.
5. Identifique objetivos adecuados.



6. Busque respuestas alternativas para la situación (aspectos moleculares referidos a la actuación). Puede recurrir o no a modelos. Ábrase a recibir retroalimentación de otros.
7. Practique conductas apropiadas (mentalmente, con ensayo encubierto y/o en forma manifiesta).
8. Evalúe la eficacia de la respuesta.

Anexo A

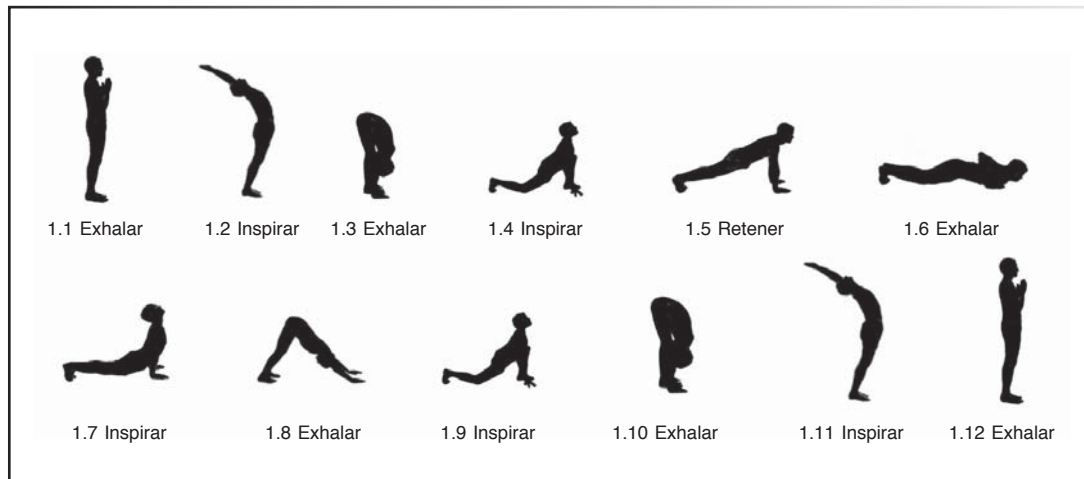


Figura 12.3 Saludo al sol.

Beneficios

1. Excelente secuencia de calentamiento para estirar, tonificar y vigorizar la totalidad del cuerpo.
2. Tonifica el sistema digestivo, pues alterna el estiramiento y la compresión de la región abdominal.
3. Ventila completamente los pulmones. Oxigena la sangre y remueve el dióxido de carbono y gases tóxicos desde el tracto respiratorio.
4. Estira y masajea la columna vertebral, tonifica el sistema nervioso y regula las funciones del sistema nervioso autónomo.

Es un ejercicio de yoga que tradicionalmente se practica en la mañana temprano como un saludo al sol. (Desai, 1985.)



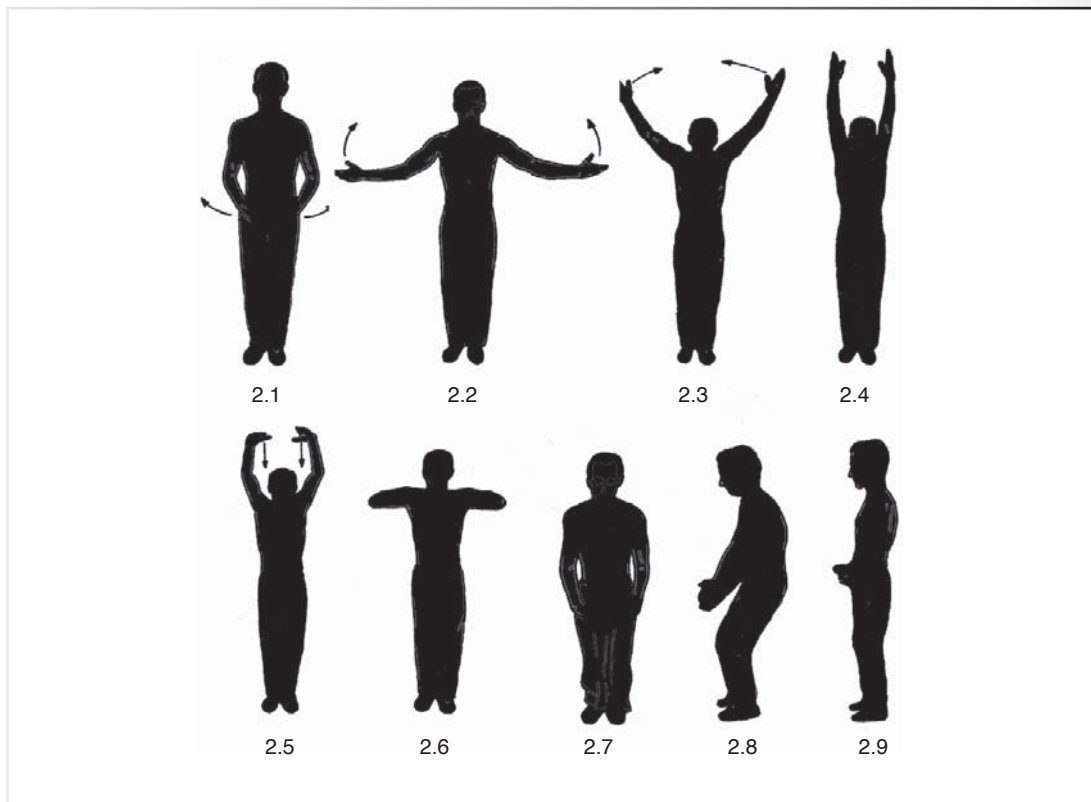


Figura 12.4 Gran círculo taoísta.

2.1 De pie, talones juntos, los dedos de los pies ligeramente separados; palmas de las manos hacia arriba. 2.2 Inspire y eleve los brazos lentamente desde los costados. 2.3 Continúe la inspiración mientras eleva los brazos más hacia arriba, cuidando que los hombros estén relajados. 2.4 Estire los brazos hacia el cielo, con las palmas enfrentadas, y trague saliva después de completar la inspiración. 2.5 Vuelva las palmas hacia el suelo, relaje los hombros completamente mientras las manos bajan lentamente frente al cuerpo, exhalando. 2.6 Continúe exhalando suavemente mientras las manos van hacia abajo y flexiona ligeramente las rodillas. 2.7 Termine de exhalar, con las rodillas flexionadas y las palmas extendidas hacia abajo. 2.8 Vuelva las palmas hacia arriba mientras estira las piernas y hace una corta inspiración. 2.9 Exhale y vuelva a la posición inicial. Revise su postura corporal, antes de volver a comenzar.

Beneficios

Es un ejercicio básico del Tai-Chi. Estira y tonifica el cuerpo; hace más profunda la respiración. Tradicionalmente se ha considerado como un ejercicio protector de la salud que aumenta la vitalidad (Reid, 1998).



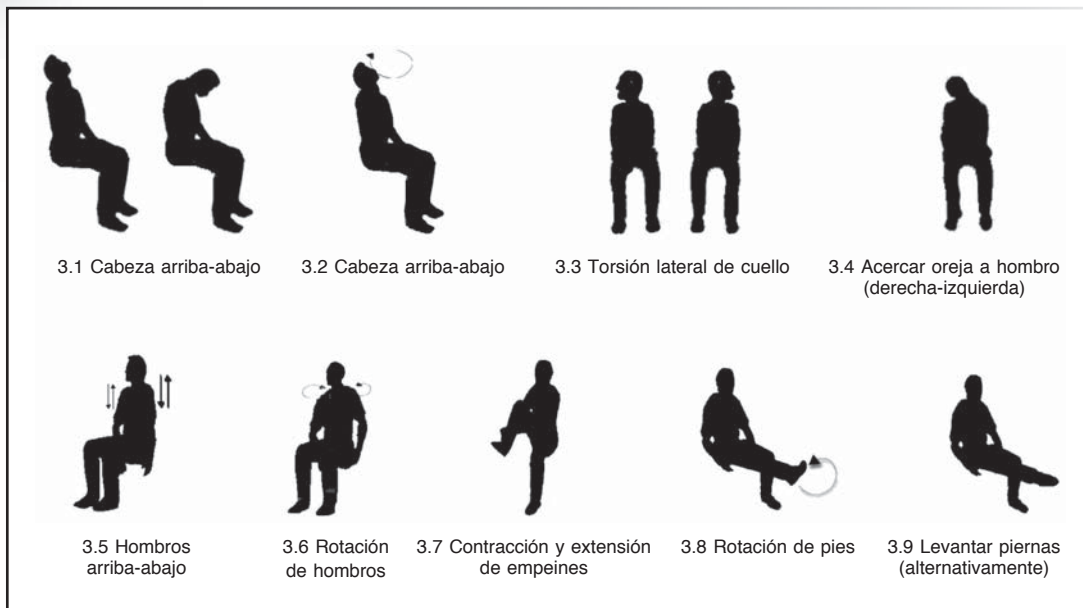


Figura 12.5 Ejercicios para realizar en el trabajo o en casa.

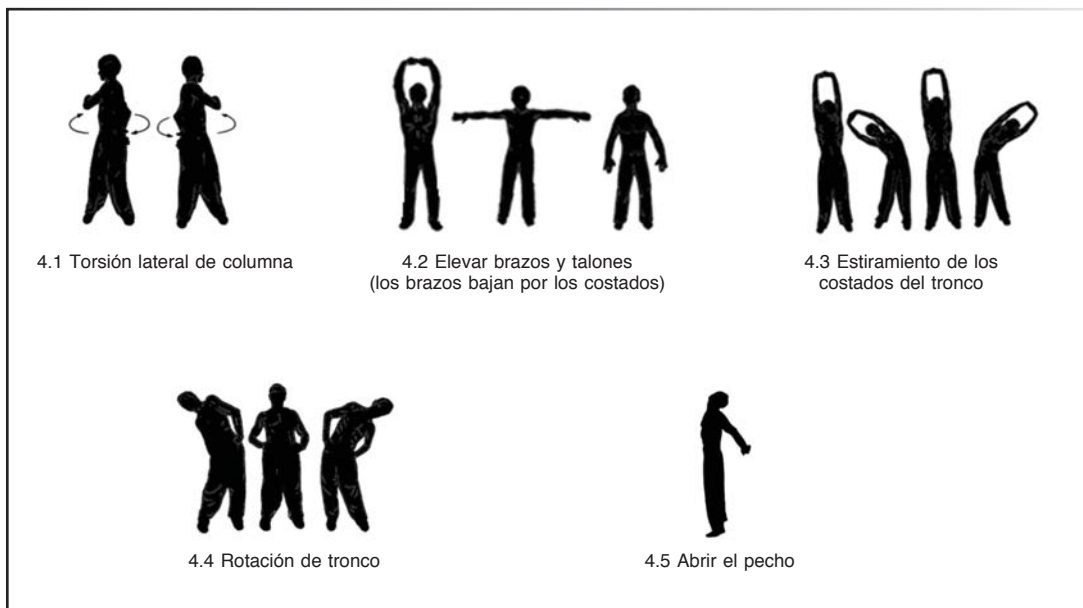


Figura 12.6 Ejercicios de calentamiento.





Figura 12.7 Posturas (Hatha-Yoga).



Capítulo Trece

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

Juan Carlos Sierra*

Universidad de Granada, España

Introducción

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, Sán-chéz 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

* e-mail: jcsierra@ugr.es

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.) (¿dónde duerme?) (véase la figura 13.1).

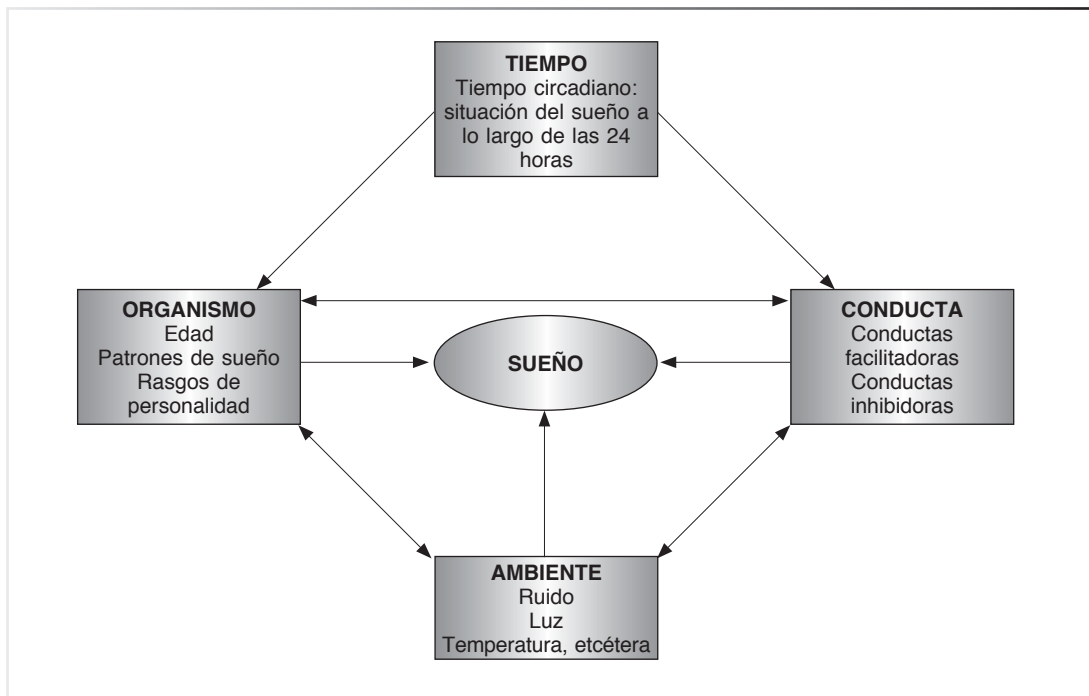


Figura 13.1 Modelo comportamental interactivo propuesto por Buela-Casal y Sierra (2001a). Según este modelo, el tiempo total y la estructura del sueño están determinados por el tiempo circadiano (¿cuándo duerme el sujeto?), el organismo (¿cómo duerme?), la conducta (¿qué hace para dormir?) y el ambiente (¿dónde duerme?).

Este modelo integra a la perfección la mayoría de los factores que influyen en la calidad de sueño, los cuales serán descritos a continuación.

Factores determinantes de la calidad del sueño

Como se señaló, tomaremos como punto de partida los componentes o dimensiones del modelo conductual del sueño de Buela-Casal y Sierra (2001a); por lo tanto, se analizará la influencia del tiempo circadiano (hora en la que el sueño se localiza), de los factores intrínsecos (edad,



patrones de sueño y rasgos de personalidad), de las conductas facilitadoras e inhibidoras del sueño (tipo de alimentación, práctica de ejercicio físico, consumo de estimulantes, uso de hipnóticos y pensamientos previos a dormirse) y, por último, los factores ambientales.

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. Ello lleva emparejado graves alteraciones del sueño (Edel-Gustafsson, Kritz y Bogren, 2002; Harma, Tenkanen, Sjoblom, Alikoski y Heinsalmi, 1998; Monk, Reynolds, Buysse, DeGrazia y Kupfer, 2003; Ohida, Takemura, Nozaki, Kawahara, Sugie y Uehata, 2001), problemas de salud en general (Garbarino *et al.*, 2002) e inestabilidad emocional (Bildt y Michelsen, 2002; Ohida *et al.*, 2001; Zubeidat y Garzón, 2003), etc. 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).

Factores intrínsecos

Entre los factores del propio organismo que pueden influir en la calidad del sueño, se destaca la edad, los patrones de sueño y los rasgos de personalidad. La edad constituye un factor primordial para comprender las características del sueño. La cantidad de horas de sueño se modifica a lo largo de nuestra vida, pasando durante el primer año de vida de 17 a 13 horas aproximadamente, disminuyendo luego de forma más lenta y gradual hasta los 20 años (acercándose a las 7-8 horas aproximadamente), y manteniéndose en esa cifra hasta la edad senil, hasta disminuir en forma progresiva a partir de ese momento. Así, aquellas personas que se separan de modo sustancial de esos patrones presentarán una baja calidad de sueño; por ejemplo, un niño de pocos meses que no duerme las horas necesarias podría llegar a experimentar diversos tipos de problemas.

Otro factor importante asociado con la calidad del sueño son los patrones de sueño. Con base en las horas en que los adultos duermen de manera habitual, se han establecido tres patrones de sueño: patrón de sueño corto (propio de individuos que necesitan menos de seis horas de sueño), patrón de sueño largo (característico de aquellas personas que duermen más de nueve horas) y patrón de sueño intermedio (incluye a aquellos que duermen aproximadamente 7-8 horas). Diferentes estudios longitudinales y transversales han puesto de manifiesto que las personas con un patrón de sueño intermedio tienen menos riesgos de sufrir problemas de salud física, salud mental y somnolencia que las que tienen un patrón largo o corto, siendo estos últimos los más perjudicados (Kripke, Garfinkel, Wingard, Klauber y Marler, 2002; Miró, Iáñez y Cano-Lozano, 2002).



Por último, otro factor relacionado con la calidad del sueño lo constituyen los rasgos de personalidad psicopatológica. Son varios los estudios que relacionan los rasgos de ansiedad, psicastenia y depresión con trastornos del sueño en pacientes insomnes (Hong, Pan, Lin y Li, 1997; Rosa y Bonnet, 2000; Wu y Wang, 1999), en individuos con trastornos del ritmo circadiano (Atay y Karacan, 2000; Shirayama, Iida, Shirayama y Takahashi, 1996) o en pacientes con apnea obstructiva del sueño (Aikens, Caruana-Montaldo, Vanable, Tadimetri y Mendelson, 1999; Aikens y Mendelson, 1999). Asimismo, en sujetos normales sin graves trastornos del sueño se ha detectado un vínculo entre rasgos psicopatológicos y calidad del sueño; se ha demostrado que la preocupación por la salud y la ansiedad se relacionan de forma negativa con la calidad de sueño y tienen cierta capacidad para predecirla (Sierra, Zubeidat, Ortega y Delgado-Domínguez, 2004).

Conductas facilitadoras e inhibidoras del sueño

Una buena calidad del sueño requiere de la puesta en marcha de una serie de conductas que faciliten el sueño, así como de la eliminación de comportamientos incompatibles con un sueño reparador. Entre las conductas positivas para conciliar el sueño se encuentran una adecuada alimentación y la práctica regular de ejercicio físico. Entre las conductas perturbadoras del sueño se destacan el consumo de sustancias estimulantes (alcohol, cafeína y tabaco) y fármacos para dormir (Sierra y Buela-Casal, 1997) y el hecho de obsesionarse por quedarse dormido, desarrollando pensamientos incompatibles con el sueño en el momento de acostarse.

La capacidad que ciertos alimentos tienen para inducir el sueño es algo que se sabe desde hace mucho tiempo. Así, algunos pueblos antiguos utilizaban la nuez moscada para facilitar el sueño y de todos es conocida la tradición de tomarse un vaso de leche antes de acostarse. En general, una dieta rica en vitaminas, minerales y otras sustancias nutritivas favorece la salud en general y, como consecuencia, la calidad del sueño. De forma más específica, se sabe que mientras los alimentos ricos en proteínas acrecientan la alerta, los ricos en hidratos de carbono, en vitamina B o en calcio favorecen el sueño. Además, los déficit en magnesio, cinc, cobre o hierro pueden provocar alteraciones del sueño. Una sustancia presente en muchos alimentos (carne, pescado, huevos, leche, etc.) que se ha asociado con el sueño es el triptófano; esta sustancia es un aminoácido a partir del cual el cerebro elabora la serotonina, que es el neurotransmisor inductor del sueño. El triptófano constituye un precursor de la melatonina y diversos estudios han puesto de manifiesto los beneficios terapéuticos de ésta en distintos trastornos del sueño: insomnio infantil (Smits, Nagtegaal, Van der Heijden, Coenen y Kerkhof, 2001) o alteraciones del ritmo circadiano (Jan, Freeman, y Fast, 1999).

A pesar de existir grandes diferencias individuales, en general la práctica de ejercicio físico mejora la calidad del sueño: reduce la latencia de sueño, disminuye el número de despertares, aumenta el sueño de ondas lentas e incrementa la eficiencia del sueño; sin embargo, debemos considerar la aptitud y la habituación de la persona, pues en ciertos casos incluso podría llegar a ser contraproducente. Se ha detectado que los factores que explican el beneficio del ejercicio físico sobre el sueño son diferentes en hombres y mujeres; en los primeros es importante la actividad y la intensidad del ejercicio, y en las segundas, los factores psicológicos (Weydahl, 1991). El ejercicio físico es beneficioso para la calidad del sueño ya que reduce el estrés y la ansiedad, y debido a que produce relajación muscular y disminución del tono simpático. En principio, para que el ejercicio desempeñe un papel benéfico sobre el sueño debe realizarse entre 4 y 6 horas antes de acostarse, pues si se hace precisamente antes de disponerse a dormir puede provocar activación, incrementando los despertares en la fase 1 y reduciendo el sueño de ondas lentas. Por otra parte, también se observó en una muestra de deportistas que realizar ejercicio intenso de la una a las cuatro de la madrugada no provocaba modificaciones en medidas objetivas y subjetivas del sueño en comparación con una situación en la que se les pedía que durante ese tiempo se mantuviesen despiertos (Youngstedt, Kripke y Elliot, 1999).



Por lo que respecta al consumo de alcohol, cafeína y tabaco, está demostrado que es perjudicial para la calidad del sueño. Sierra, Jiménez-Navarro y Martín-Ortiz (2002) demostraron que el consumo diario habitual no excesivo de estas sustancias provoca una mala calidad del sueño, una mayor latencia de sueño, un mayor número de perturbaciones de éste y, por consiguiente, una mayor somnolencia diurna. Los alcohólicos presentan graves alteraciones de la arquitectura del sueño, en especial una reducción drástica del sueño de ondas lentas (Irwin, Miller, Gillin, Demodena y Ehlers, 2000). En cuanto al consumo de cafeína, aunque existen diferencias individuales considerables en sensibilidad y tolerancia, un consumo diario por encima de 300 miligramos provoca trastornos del sueño; su ingesta minutos antes de acostarse aumenta la latencia de sueño y el número de despertares y reduce el sueño de ondas lentas (Smith, Maben y Brockman, 1993; Walsh, Muehlbach, Humm y Dickins, 1990). Los efectos de la nicotina, al tratarse de un estimulante del sistema nervioso central, son muy similares a los de la cafeína.

El uso crónico de hipnóticos —aunque en principio están pensados para mejorar la calidad del sueño— termina provocando graves problemas. Así, la mayoría de los fármacos inductores del sueño produce cambios en la arquitectura del sueño (en particular, una reducción del sueño de ondas lentas) (Holbrook, Crowther, Lotter, Cheng, y King, 2000; Zarcone, Benson, Greene, Csernansky y Faull, 1994), deterioro de la vigilancia a la mañana siguiente (Koelega, 1989; Sierra y Buela-Casal, 2003; Sierra, Luna-Villegas, Buela-Casal y Fernández-Guardiola, 1997a), y una rápida tolerancia, dependencia física y síndrome de abstinencia (Michelini, Cassano, Frare y Perugi, 1996; Saxon, Hiltunen, Hjemdahl y Borg, 2001). Aunque en los últimos años se han sintetizado fármacos hipnóticos que controlan parte de esos efectos colaterales, su uso se debe limitar a una administración aguda. Otro aspecto primordial a considerar si se emplean estas sustancias es que sus efectos son más potentes en las mujeres que en los hombres (Sierra, Martín-Ortiz y Poveda-Vera, 2003) y que, por tanto, los efectos negativos también serán mayores en estas últimas (Sierra y Buela-Casal, 2003; Sierra *et al.*, 1997a; Sierra-Luna-Villegas, Buela-Casal y Fernández-Guardiola, 1997b).

Por último, en cuanto a la activación mental y la obsesión por quedarse dormido, existe evidencia de que una actividad mental excesiva en el momento de dormirse (preocupaciones o pensamientos intrusivos) pueden precipitar o mantener trastornos del sueño (Nicassio, Mendlowitz, Fussell y Petras, 1985; Ohayon, Caulet y Guilleminault, 1997). En un estudio reciente, Sánchez del Águila Pérez, Sierra, Ortega Leyva y Martín-Ortiz (2003) demostraron, mediante un registro de 28 días, que los pensamientos acerca de la economía y la salud en el momento previo a dormirse empeoran la calidad del sueño.

Factores ambientales

Existen diversos factores que se relacionan con el ambiente en el que duerme una persona que influyen de forma clara sobre la calidad del sueño. Así, el ruido y la luz ambiental, la temperatura y la calidad del colchón se han asociado a diferentes perturbaciones del sueño. A pesar de que existen grandes diferencias individuales en cuanto al efecto que tiene el ruido sobre el sueño (puede oscilar entre 15 y 100 decibelios), se estima que a partir de los 40 decibelios es negativo para la calidad del sueño, pues reduce el sueño de ondas lentas, por lo que una persona sometida a un ruido excesivo durante la noche puede considerar que duerme bien, pero su sueño no será restaurador, y se encontrará cansada al día siguiente. El ruido incrementa la posibilidad de respuestas de activación en cualquiera de las fases del sueño (Carter, Hunyor, Crawford y Kelly, 1994; Libert, Bach, Jonson y Ehrhart, 1991). La sensibilidad al ruido aumenta con la edad y es mayor en las mujeres que en los hombres. Dormir con luz es contraproducente, siendo recomendable la oscuridad para una buena calidad del sueño. La temperatura de la habitación debe oscilar entre 10 y 20 grados centígrados y la humedad ambiental no debe ser excesivamente baja ni alta (en torno al 40-70%). Por último, el colchón de la cama no deberá ser ni muy duro ni muy blando, y la cama no deberá ser muy estrecha.



Autoinformes para evaluar la calidad del sueño

Los autoinformes constituyen uno de los instrumentos más utilizados en la evaluación de la calidad del sueño, puesto que aunado a la facilidad en su aplicación, todos ellos nos proporcionan puntuaciones objetivas. Sin embargo, en ciertas ocasiones, dada la falta de estudios psicométricos que los avalen, algunos de ellos se convierten en meros listados de conductas o factores que influyen sobre el sueño. Por ello, es fundamental contar con instrumentos que hayan demostrado índices de fiabilidad y validez adecuados, ya que es bien conocida la falta de relación que en ocasiones existe entre medidas objetivas y medidas subjetivas del sueño. A continuación se describirán aquellos autoinformes que permiten evaluar distintos parámetros o dimensiones de la calidad del sueño y que presentan datos psicométricos que los avalan.

El índice de calidad de sueño de Pittsburg (Buysse, Reynolds, Monk, Berman y Kupfer, 1989) constituye una de las medidas más relevantes de la calidad del sueño. Está formado por 19 ítems que permiten obtener una puntuación global acerca de la calidad del sueño en el último mes; esta puntuación se obtiene a partir de siete componentes diferentes: calidad subjetiva del sueño, latencia de sueño, duración del sueño, eficiencia de sueño habitual, perturbaciones del sueño, uso de medicación hipnótica y disfunción diurna. Mientras que la puntuación total oscila entre 0 (ausencia de alteración en el sueño) y 21 (severa alteración del sueño), las puntuaciones parciales de cada componente lo hacen entre 0 y 3, Buysse *et al.* (1989) informan de una consistencia interna de 0.83 y una fiabilidad *test-retest* de 0.85 para la escala total. En España, Royuela y Macías (1997) advierten una buena consistencia interna, que oscila entre 0.67 y 0.81, dependiendo del factor y de la población estudiada, de una aceptable fiabilidad *test-retest* y de una capacidad predictiva superior al 80%, estableciéndose la puntuación de 5 como punto de corte para diferenciar a los buenos de los malos dormidores.

La Escala de Somnolencia de Stanford (ESS) (Hoddes, Dement y Zarcone, 1972) es una escala que permite autoevaluar el nivel de somnolencia, por lo que nos facilita identificar a lo largo del día aquellos momentos más cercanos al estado de sueño. Consta de descripciones de siete diferentes estados, que implican distintos niveles de activación. Al sujeto se le solicita que elija la descripción que mejor describe su estado en ese momento. Las puntuaciones bajas en la ESS indican alerta y las puntuaciones altas, somnolencia; las puntuaciones más altas se presentan si una persona manifiesta somnolencia patológica. Se han hallado correlaciones significativas de esta escala con el tiempo de reacción, la temperatura periférica y la tasa cardiaca, mostrando, por lo tanto, una buena validez (Buela-Casal y Sierra, 1994, 1996).

La Escala de Somnolencia de Epworth (ESE) (Johns, 1991) supone una alternativa a la dificultad que poblaciones clínicas con una somnolencia excesiva tienen para discriminar los niveles de somnolencia en la Escala de Somnolencia de Stanford. La ESE recoge ocho situaciones asociadas a diversos grados de somnolencia en las que el sujeto debe señalar el riesgo de quedarse dormido (0 = ningún riesgo y 3 = alto riesgo); se considera que el punto de corte para hablar de una somnolencia patológica está en una puntuación de 16. Se informa de una consistencia interna de 0.84 y de una correlación negativa entre la puntuación total y la latencia del sueño registrada mediante polisomnografía, pero de una falta de relación con la latencia del sueño registrada por medio del *test* de latencia múltiple de sueño, por lo que se recomienda utilizarla con cierta cautela (Meneses, Ribeiro y Martins da Silva, 2001).

El Cuestionario de Sueño para Niños y Adolescentes (CSNA) de Cuenca Torres (2000) incluye tres escalas diferentes: hábitos previos al dormir, alteraciones del sueño y contenido onírico de los sueños. La escala de hábitos previos al dormir está formada por 28 ítems referidos a la hora de acostarse, conductas efectuadas antes de acostarse, luz y ruido durante la noche y siesta, constituyendo un buen instrumento para evaluar las conductas que facilitan o inhiben el sueño; la consistencia interna es de 0.45 y la fiabilidad *test-retest* a los dos meses oscila entre 0.52 y 0.77. La escala de alteraciones del sueño incluye 37 ítems que recogen los



trastornos del sueño más característicos en edades infantiles (dificultades para dormirse, despertares, somnolencia diurna, pesadillas, terrores, etc.); la consistencia interna es de 0.70 y la fiabilidad *test-retest* oscila entre 0.50 y 0.79. Por último, la escala de contenido onírico de los sueños, con una consistencia interna de 0.73 y una fiabilidad *test-retest* de 0.41-0.75, incluye 47 ítems que se refieren al recuerdo y contenido de los sueños. En cuanto a la validez, el autor informa de correlaciones significativas entre las puntuaciones conseguidas en una muestra de niños y adolescentes y la información obtenida a partir de sus padres.

El cuestionario de hábitos de sueño (Rivas *et al.*, 1998) agrupa en cinco factores (conciliación del sueño, hábitos de sueño en días laborables, hábitos de sueño en fin de semana, conductas alimentarias, presueño y siesta) un total de 27 ítems que se refieren a conductas asociadas al sueño. Puntuaciones elevadas revelan la presencia de conductas inadecuadas para el sueño. La consistencia interna oscila entre 0.65 del factor presueño y 0.80 de conciliación del sueño.

La escala de actitudes y creencias sobre el sueño (Morin, 1998) incluye 30 ítems integrados en cinco factores: conceptos erróneos acerca de las causas del insomnio, atribuciones falsas o amplificación de sus consecuencias, expectativas poco realistas, control y previsibilidad del sueño y creencias inadecuadas sobre las estrategias que inducen el sueño. Se utiliza para identificar las actitudes negativas hacia el sueño y sus trastornos. Diversos estudios informan de su consistencia interna, la cual oscila entre 0.80 (Morin, 1994) y 0.90 (Blais, Gendron, Mimeult y Morin, 1997). No obstante, los datos de esos estudios apuntan a una falta de homogeneidad en la mayor parte de sus dimensiones, oscilando entre -0.23 y 0.77 en la versión anglosajona (Espie, Inglis, Harvey y Tessier, 2000) y entre 0.13 y 0.85 en la versión italiana (Coradeschi, Novara y Morin, 2000). En cuanto a la validez, se ha demostrado que discrimina entre sujetos insomnes y no insomnes (Morin, Stone, Trinkle, Mercer y Remsberg, 1993; Smith y Trinder, 2001) y que puede identificar variados subgrupos de insomnes (Edinger, Glenn, Bastian y Fins, 1998). En fechas recientes, Sierra, Delgado-Domínguez y Carretero-Dios (2004) informan que las dimensiones teóricas propuestas por Morin no presentan una homogeneidad adecuada, encontrándose valores de correlación ítem-total moderados, bajos o incluso inexistentes, lo que se refleja en una consistencia interna baja en tres de las cinco supuestas dimensiones. El análisis factorial exploratorio permite conseguir sólo un factor de 15 ítems con unas garantías psicométricas adecuadas denominado consecuencias del insomnio (percepción, anticipación aprehensiva, valoración pesimista sobre el futuro y creencias acerca de cómo evitarlas), a partir del cual podemos diferenciar a sujetos “malos dormidores” de “buenos dormidores”.

Conclusiones

El tipo de vida que caracteriza a las sociedades industrializadas repercute de forma negativa en la calidad del sueño de las personas. Sin embargo, una buena calidad del sueño es un factor determinante de una buena calidad de vida. Son múltiples los factores que influyen en una buena calidad del sueño: periodo en el que dormimos, conductas que realizamos antes de ponernos a dormir, ambiente en donde dormimos, etc. A continuación, y a modo de conclusión, se establecen unas pautas a seguir relacionadas con las distintas dimensiones descritas a lo largo de este capítulo que afectan al sueño y que mejorarán la calidad del mismo.

- Levantarse siempre a la misma hora.
- Dormir lo necesario, pero no en exceso, teniendo en cuenta las diferencias individuales (edad, patrones de sueño, etc.).
- No ir a la cama con hambre; ciertos alimentos facilitan el sueño (por ejemplo, los ricos en calcio).
- Practicar ejercicio físico regular durante el día.



- Al momento de acostarse, no centrarse en las preocupaciones del día, ni obsesionarse por quedarse dormido.
- No consumir cafeína desde varias horas antes de acostarse.
- Evitar el exceso de alcohol y de tabaco.
- No usar de forma habitual hipnóticos.
- Dormir en lugares tranquilos, sin ruidos.
- La temperatura y la humedad ambiental de la habitación no deben ser ni muy elevadas ni muy bajas.
- Acudir a un especialista cuando se tenga la sensación subjetiva de alteraciones en el ritmo sueño-vigilia.



Capítulo Catorce

Calidad de vida relacionada con la salud en personas con enfermedades inflamatorias intestinales

Sergio Tobón

Universidad de Antioquía, Colombia

Stefano Vinaccia

Universidad de San Buenaventura, Colombia

Bonifacio Sandín

Universidad Nacional de Educación a Distancia, España

Introducción

Las enfermedades inflamatorias intestinales (EII) afectan alrededor de 100 personas por cada 100 000 habitantes en la población general (véase, por ejemplo, Casati y Toner, 2000). Estas enfermedades tienen una importante prevalencia durante la adolescencia, ya que se calcula que cerca de 30% de los casos ocurren en esta etapa de la vida (entre los 10 y los 19 años), y en un 2% de todos los pacientes la enfermedad ocurre antes de los 10 años de edad. Por lo general, las personas con *colitis ulcerosa* (CU) son de mayor edad que quienes presentan *enfermedad de Crohn* (EC) (Cella, López, Gomollón y Sáinz, 1995; Monferrer *et al.*, 1999). Esto se corresponde con un estudio efectuado en España, en el cual se halló que la edad media de los consultantes con CU era de 43.95 años, mientras que la de las personas con EC era de 33.53 (Saro *et al.*, 2003). La CU y la EC tienen una prevalencia similar (Saro *et al.*, 2003), aunque tiende a predominar en un porcentaje no significativo la CU (Hinojosa *et al.*, 1990; Solá *et al.*, 1992; Maté, Muñoz, Vicent y Pajares, 1994). La prevalencia también tiende a ser similar en ambos sexos, con un ligero predominio en los hombres (Saro *et al.*, 2003).

Las EII son trastornos crónicos en los que se presenta inflamación y destrucción del tejido intestinal (Brandtzaeg, 2001), lo cual se da de forma periódica y recurrente. Tales enfermedades se caracterizan por alternar entre periodos de actividad y de quiescencia. Los síntomas varían de acuerdo con el tipo de EII y su localización. De forma general, tiende a ser frecuente la diarrea (en muchas ocasiones acompañada de sangre), el dolor abdominal, la fiebre, la pérdida de apetito y la pérdida de peso.

La EC induce un engrosamiento de toda la pared intestinal (lo cual puede ocasionar obstrucción intestinal) y aunque se puede manifestar en cualquier tramo del tracto gastrointestinal, desde la boca hasta el recto, afecta sobre todo el ileon terminal, y en segundo lugar el colon. Esta enfermedad se presenta como un proceso granulomatoso que afecta la mucosa intestinal en diferentes extensiones de manera discontinua y asimétrica. A diferencia de la EC, la CU produce una ulceración e inflamación que afecta sólo al intestino grueso y al recto, en extensiones variables, pero continuas y simétricas.

Desde la década de los años ochenta se llevan a cabo importantes progresos en la comprensión de la relación de los factores psicosociales con los trastornos gastrointestinales, como es el caso de la dispepsia funcional (Tobón, Vinaccia y Sandín, 2003a, 2003b, 2004, 2005a), el síndrome del colon irritable (Tobón *et al.*, 2005a) y la úlcera péptica (Tobón *et al.*, 2005a, 2005b). Esto también está ocurriendo poco a poco con los estudios acerca de las EII (Tobón *et al.*, 2005a).

Tradicionalmente, las EII han sido consideradas como alteraciones de tipo psicosomático. Alexander (1950) planteó que la CU era causada por un conflicto emocional inconsciente reprimido de dependencia que induciría efectos patológicos en el intestino a través del sistema nervioso autónomo. De ese modo, se creó un modelo en el cual los pacientes con CU eran caracterizados como personas altamente sensibles al rechazo, con tendencia a generar relaciones de dependencia y con dificultad para establecer relaciones de confianza con otras personas. Este modelo psicosomático ha sido muy debatido y cuestionado. En la actualidad, sólo existe evidencia científica que apoya que los factores psicológicos pueden influir en los periodos de actividad, los síntomas y el proceso de tratamiento de las EII, mas no en su etiología (Levenstein, 2002; Tobón *et al.*, 2005a).

Las personas con EII tienen un mayor riesgo de muerte que las personas de la población general (Saro *et al.*, 2003). Asimismo, este tipo de enfermedades tiene un impacto negativo en la calidad de vida de las personas que las sufren, tema sobre el cual son todavía escasas las investigaciones y publicaciones en la psicología clínica y de la salud. Por ello, este capítulo tiene como propósito analizar cómo se afecta la calidad de vida en las personas con CU y EC, teniendo en cuenta la modulación de diversos factores psicológicos los cuales son esenciales en el proceso de evaluación e intervención por parte de los profesionales de la salud mental, siendo necesario tener un conocimiento especializado en torno a la implicación causal de los factores psicológicos en las EII junto con los mecanismos patofisiológicos y psicobiológicos implicados, tema, este último, que se aborda en un libro reciente (Tobón *et al.*, 2005a), por lo que aquí no se considerará.

Niveles de afectación de la calidad de vida en las personas con enfermedades inflamatorias intestinales

La investigación en salud y la práctica clínica cada vez tienen más en cuenta la consideración de la calidad de vida de los pacientes, pues se está llegando a comprender que no es suficiente con prolongar la vida y curar la enfermedad, sino que también se requiere que mejore el bienestar de los pacientes en las diversas áreas del funcionamiento humano. De esta forma durante la última década la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) se ha constituido en un área primordial en el tratamiento de las diversas patologías físicas, con el fin de mostrar una visión apropiada hacia la que deban orientarse los tratamientos y las diferentes intervenciones en el área de la salud. En este nuevo contexto, la opinión del paciente con respecto a cómo se siente y cómo es su adaptación a los distintos ámbitos de la vida cotidiana desempeña un papel fundamental, ya que ahora no es suficiente el criterio médico de curación ni los resultados de los exámenes especializados en relación con el estado de salud (Badia y Lizán, 2003).

La CVRS busca determinar el estado de salud de las personas de una forma comprensiva, teniendo en cuenta su funcionamiento físico, psicológico y social, a partir de su propia valoración y percepción. Este concepto está influido por el entorno en el cual se vive, por los valores, las creencias y los recursos disponibles. Por lo tanto, es un concepto multidimensional y de tipo biopsicosocial que debe usarse como complemento de los criterios específicos para detectar los diferentes problemas de salud. De manera concreta, la CVRS se refiere a aspectos que forman parte de la persona, y excluye aquellos que están por fuera de ella.



En el ámbito de la medición, la CVRS se define como el valor asignado a la duración de la vida modificado por la deficiencia, el estado funcional, la percepción de la salud y la oportunidad social debido a una enfermedad, accidente, tratamiento o política determinada (Patrick y Erickson, 1993). Así, la investigación de la calidad de vida relacionada con la salud se ocupa de medir las percepciones, creencias, experiencias y funciones del paciente. Incorpora factores socioculturales, psicosociales y otros relacionados con la enfermedad. El paciente es el estándar de validación; se le pregunta cómo está y cómo responde al tratamiento. De acuerdo con El-Serag, Olden y Bjorkman (2002), en la CVRS se articulan cuatro aspectos: 1) el grado de funcionalidad, es decir, la capacidad para llevar a cabo las acciones de la vida cotidiana; 2) la relación con el entorno; 3) la relación entre bienestar y salud; 4) la percepción subjetiva de la propia salud y grado general de satisfacción (la tabla 14.1 describe las dimensiones más comunes de la CVRS).

De ese modo, la medida de la CVRS brinda las siguientes aportaciones: 1) posibilita determinar el impacto de los tratamientos médicos y psicosociales; 2) brinda información al paciente de cómo está su bienestar, más que datos de exámenes clínicos, los cuales no necesariamente se correlacionan con el grado de satisfacción con la salud; 3) permite diferenciar los efectos de los tratamientos en los pacientes, por cuanto a pesar de tener el mismo tipo de enfermedad y similar sintomatología, el estado de bienestar puede ser diferente; 4) proporciona información relacionada con la salud de grandes poblaciones con el fin de asignar recursos para mejorarla (Badia y Lizán, 2003); y 5) permite establecer criterios objetivos para determinar la eficacia de nuevos medicamentos y procedimientos quirúrgicos.

Tabla 14.1 Aspectos específicos de la calidad de vida relacionada con la salud

1. Función física	Capacidad de realizar las actividades físicas diarias, desplazamiento y cuidado personal
2. Función psicológica	Sensación de bienestar: sufrimiento psicológico, como bienestar emocional, afecto, ansiedad y depresión
3. Función social	Participación en actividades y relaciones sociales. Funcionamiento en las actividades sociales habituales con la familia, los amigos y los vecinos
4. Rol	Participación y realización de los roles sociales habituales, como trabajar, llevar a cabo tareas domésticas, cuidar de los niños, ir a la escuela y/o participar en actividades comunitarias
5. Síntomas	Experiencia subjetiva, sensación o apariencia de funcionalismo anormal, que por lo general es indicativo de una afección o enfermedad
6. Función cognitiva	Habilidad y capacidad para razonar, pensar, concentrarse y recordar
7. Percepción de la salud	Impresión subjetiva del estado de salud actual o previo, resistencia a la enfermedad y preocupación por la salud futura
Otras dimensiones específicas	
8. Alteración del sueño	Problemas y conductas relacionadas con el sueño como insomnio, despertarse durante el sueño y dificultades para conciliar el sueño
9. Función sexual	La medida en que la salud u otros problemas interfieren con el interés por el sexo y las relaciones sexuales
10. Energía/vitalidad	Cantidad de energía, fatiga o cansancio
11. Dolor	Sensación subjetiva de malestar y sufrimiento experimentado en distintas partes del cuerpo, incluyendo el dolor de cabeza, de espalda, muscular y articular
12. Satisfacción con la vida	Valoración de uno mismo, comparado con estándares de referencia externos o las aspiraciones personales
13. Imagen corporal	Sentimiento de atractivo personal, masculinidad/feminidad y sentido de integridad corporal

Nota: Tomado de Badia y Lizán (2003)



Al ser procesos crónicos e intermitentes, las EII afectan de forma significativa la calidad de vida relacionada con la salud en diferentes niveles. En el *plano físico*, los síntomas de la actividad de la enfermedad reducen la capacidad de la persona para desempeñar ciertas actividades debido a las molestias intestinales como la diarrea con sangre y el dolor abdominal. Además, los métodos de diagnóstico a menudo son invasivos (por ejemplo, la colonoscopia), y los fármacos que se consumen en ocasiones tienen efectos secundarios molestos. En un estudio realizado por García y Fernández (1998) se determinó que en 77.2% de una muestra de 45 pacientes con EC, la enfermedad limitaba sus actividades diarias.

En el *plano psicológico*, es frecuente que las EII afecten la imagen corporal (Tobón *et al.*, 2005a). Tener síntomas intestinales tan molestos como la diarrea con sangre, la flatulencia, la incontinenencia fecal, el dolor abdominal y la pérdida de peso, entre otros, y saber que existe un proceso inflamatorio crónico en los intestinos, conduce a muchos pacientes a formarse una imagen negativa de su propio cuerpo, a verse como personas débiles y eso mismo afecta su desempeño en otras áreas.

En el *ámbito social*, tener una EII conlleva dificultades sociales (García y Fernández, 1998), lo cual provoca que algunos pacientes se aislen de actividades como el deporte, las fiestas, etc. Además, es común que en los pacientes con EII se afecte el funcionamiento laboral (García y Fernández, 1998) ya que en muchos casos la enfermedad produce incapacidad para llevar a cabo determinadas actividades laborales, lo que se traduce en ausentismo laboral. En este aspecto, es común que también se altere la vida sexual (véase Tobón *et al.*, 2005a). Eso ocurre por motivos variados, como el bajo estado de ánimo provocado por tener una enfermedad de ese tipo, el deterioro del estado físico (pérdida de peso, aislamiento de actividades físicas y recreativas, síntomas intestinales, etc.) y la presencia de molestias genitales en algunas mujeres como por ejemplo la dispareunia (coito doloroso) y la candidiasis vaginal (infección producida por la *Candida Albicans*, la cual afecta la mucosa vaginal). En los hombres, el funcionamiento sexual puede verse afectado por problemas de impotencia que en ocasiones se presentan y la disminución de la energía vital, que también puede aquejar a las mujeres.

Manifestaciones psicopatológicas en las personas con enfermedades inflamatorias intestinales

En general, se sabe que toda enfermedad crónica tiene un gran impacto psicológico en las personas. Addolorato *et al.* (1996) realizaron un estudio en el cual encontraron que los pacientes con EII tenían un mayor grado de ansiedad que las personas sanas, pero lo más importante es que esta ansiedad fue similar a la que se halló en el grupo control de personas con enfermedad celíaca, lo que sugiere que la ansiedad puede ser una forma de reacción frente a la condición de tener una enfermedad crónica. En apoyo de este planteamiento está el hecho de que en este estudio el mayor nivel de ansiedad en personas con EII fue sólo en *ansiedad estado*, un factor más circunstancial que la *ansiedad rasgo*, la cual tiene una mayor permanencia en el tiempo.

La ansiedad, como posible forma de reacción a la enfermedad, estaría determinada por el tiempo de duración de ésta. En un estudio efectuado con 65 pacientes que presentaban EII se detectaron manifestaciones significativas de ansiedad fisiológica, asociadas con situaciones de evaluación, ansiedad fóbica y ansiedad frente a situaciones habituales; encontrándose que los niveles de ansiedad eran modulados por el tiempo de padecimiento de la enfermedad (Nogués, González y Sifre, 2000).

Ahora bien, la evidencia disponible demuestra que la ansiedad no sólo aparece como síntoma, sino también en forma de un trastorno, lo cual ocurre en un grupo de pacientes en



quienes la salud mental estaría afectada en un mayor grado. Aunque los estudios al respecto son escasos, se ha constatado, mediante el empleo de entrevistas estructuradas, la presencia de *trastornos de ansiedad* (Andrews, Barczak y Allan, 1987; Tarter, Switala, Carra, Edwards y Van Thiel, 1987).

Además de la ansiedad, se ha establecido la presencia de mayores niveles de *depresión* en las personas con EII, como bien lo exponen los estudios de Magni *et al.* (1991) y Whitehead *et al.* (2002). Como sucede con la ansiedad, en algunos pacientes dichos síntomas de depresión pueden corresponderse con un diagnóstico bien definido, como lo es la *depresión mayor* (en el caso de la EC; Clouse y Alpers, 1986), pero la evidencia en este caso no es concluyente. En un estudio de García y Fernández (1998) se halló que los síntomas de depresión se asociaron de forma significativa con síntomas físicos tales como cansancio, diarrea, dolor abdominal y vientre hinchado.

Podría pensarse que la ansiedad y la depresión son problemas de salud mental producidos de forma exclusiva por la enfermedad; es decir, que serían un efecto de la patología biológica. Aunque esto es válido en parte, no debe descartarse la posibilidad de que puedan ser generados por otros factores. Una vez que se producen tales síntomas de ansiedad y/o depresión, éstos podrían contribuir a afectar el curso y los síntomas de las EII. Con respecto a esto último, Mittermaier *et al.* (2004) practicaron un estudio prospectivo de seguimiento a una muestra de personas con EII y descubrieron una relación significativa entre los valores de depresión y ansiedad, y el número total de recaídas. De especial significación fue el que los valores de depresión obtenidos en la línea base fueron predictivos de frecuentes recaídas en la fase de seguimiento.

Otro elemento que perjudica la calidad de vida de las personas con EII es el estrés psicosocial, el cual se produce por sucesos vitales o cotidianos de la vida y por la presencia de la misma enfermedad (sintomatología, baja laboral, impacto del diagnóstico, empleo de métodos como la endoscopia rectal y la alternancia de periodos de actividad con periodos de remisión). Tal como sucede



con los síntomas de ansiedad y depresión, la presencia de estrés psicosocial en este tipo de pacientes, además de ser un factor que altera el bienestar subjetivo, se relaciona, ya sea como efecto o como causa, con la gravedad de los síntomas. Varios estudios han encontrado que los sucesos vitales están asociados con el curso de las EII (North, Alpers, Helzer, Spitznagel y Clouse, 1991; Green, Blanchard y Wan, 1994). Duffy *et al.* (1991) notaron en un estudio prospectivo un mayor riesgo de actividad de la enfermedad en las personas expuestas a sucesos vitales mayores durante la línea base. En un estudio posterior, Levenstein *et al.* (1994) detectaron que el estrés percibido se tendió a asociar con la inflamación rectal en personas con EII asintomáticas. El tipo de situaciones que se relacionan más con la afectación de los síntomas de las EII parecen ser los conflictos laborales (29.7%), los cambios de tiempo (24.3%), los conflictos familiares (11%) y el periodo de demora del diagnóstico (62%) (García y Fernández, 1998). De igual modo, se ha documentado una correlación entre el estrés diario y la presencia o gravedad de los síntomas físicos (Garrett, Brantley, Jones y McKnight, 1991; Greene, Blanchard y Wan, 1994).

Por último, las personas con EII tienden a tener rasgos de personalidad que afectan su calidad de vida, de forma directa o por la influencia de éstos en la percepción de los síntomas físicos, el manejo de los sucesos vitales y las circunstancias cotidianas, el estado emocional y el seguimiento del tratamiento. La investigación llevada a cabo hasta el momento ha aportado evidencia en torno a la implicación de la *alexitimia* y el *afecto positivo-negativo*



(Tobón *et al.*, 2005a). Concretamente, son varios los estudios que han hallado mayores niveles de alexitimia en las personas con las EII (Fava y Paban, 1976-1977; Porcelli, Taylor, Bagby y De Carne, 1999), siendo estable este rasgo de personalidad a lo largo de las fases activa y pasiva (Porcelli, Leoci, Guerra, Taylor y Bagby, 1996), lo cual no ocurre con las medidas de ansiedad y depresión, que, como se describió antes, tienden a cambiar con el curso de la enfermedad. Con respecto al afecto positivo-negativo, Ondersma, Lumley, Corlis, Tojek y Tolia (1997) descubrieron una asociación positiva de la afectividad negativa con una mayor gravedad objetiva, subjetiva y conductual de la enfermedad.

En relación con el asunto de si las características de personalidad están antes de la enfermedad o son producidas por ésta, la investigación todavía no ha arrojado resultados concluyentes. Es probable que el hecho de vivir con una enfermedad crónica de este tipo, en muchos casos desde la adolescencia, lleve a originar o aumentar la intensidad de ciertas características de la personalidad, como por ejemplo la *tendencia obsesiva* (Levenstein, 2002), dada por la búsqueda continua de un baño cerca o la limpieza.

La calidad de vida durante el curso de las enfermedades inflamatorias intestinales

Como bien se ha indicado anteriormente, las EII tienen un curso en el cual hay una alternancia entre periodos de actividad (sintomáticos) y los periodos de remisión (asintomáticos). Una cuestión importante consiste en estudiar la posibilidad de que se produzcan variaciones en la calidad de vida asociadas a cambios en el curso de la enfermedad. En ese sentido, se ha podido determinar que, durante los periodos de actividad, hay, de manera significativa, una menor calidad de vida en comparación con los periodos de remisión (Casellas, López-Vivancos, Badia, Vilaseca y Malagelada, 2001).

En cuanto a las manifestaciones psicopatológicas, parece que los síntomas de ansiedad y de depresión son prominentes sólo durante los periodos de actividad y muy poco en los periodos de remisión. Porcelli, Leoci y Guerra (1996) realizaron una investigación prospectiva en 104 personas con EII con el propósito de determinar la relación de la ansiedad y la depresión con el periodo de actividad de la enfermedad. Se concluyó que los niveles de ansiedad y depresión variaron con el curso de la enfermedad, siendo elevados durante el periodo activo (presencia de síntomas) y disminuyendo durante la fase de remisión. En lo que respecta al ámbito físico, Walker, Gelfand, Creed y Katon (1996) encontraron una asociación reveladora entre las alteraciones en el bienestar emocional y las tasas elevadas de síntomas gastrointestinales en la fase activa de una muestra de pacientes con EII.

Es indispensable tener en cuenta que durante los periodos de remisión de la enfermedad inflamatoria también pueden existir síntomas de malestar emocional, y cuando esto se presenta, tienden a asociarse a la presencia de síntomas del síndrome del colon irritable, tal como se constató en un estudio realizado por Simren *et al.* (2002) con personas con EII en la fase no activa de la enfermedad (quiescencia). En estos casos, la calidad de vida estaría afectada de un modo doble: por la presencia de los síntomas del colon irritable (dimensión física) y por la ocurrencia de ansiedad y depresión (dimensión de bienestar psicológico).

La cirugía intestinal es un suceso vital mayor generador de un significativo estrés en los pacientes con EII. El procedimiento quirúrgico más frecuente consiste en la extirpación de todo o de una parte de los intestinos y la producción de una estoma (especie de ano artificial para vaciar los contenidos intestinales a través de una abertura en el abdomen). La cirugía se práctica cuando fracasan los tratamientos farmacológicos o hay complicaciones que ponen en riesgo la vida del paciente como la obstrucción intestinal, la hemorragia masiva o un carcinoma. Al ser un suceso vital mayor y generar un alto nivel de estrés, la cirugía afecta, además, de forma considerable la calidad de vida, sobre todo por las concepciones negativas



que se tienen frente al estoma, las incomodidades que esto conlleva y la escasa preparación que, en ocasiones, tienen los pacientes. Sin embargo, cuando a los pacientes se les brinda información y capacitación oportuna, y reciben apoyo psicológico, la calidad de vida mejora, pues, en algunos casos, la cirugía cura la enfermedad y, en otros, reduce los síntomas, salva y prolonga la vida de la persona. Es por ello que se ha constatado que la calidad de vida en personas con cirugía es igual a la calidad de vida de personas con EII en fase de remisión, pero significativamente superior a la calidad de vida que tienen los pacientes con EII durante el periodo de actividad de la enfermedad (Casellas, López-Vivancos, Badia, Vilaseca y Malagelada, 2000).

Factores psicológicos moduladores de la calidad de vida

Existen diversos factores psicológicos que podrían modular la calidad de vida en las personas con EII, tales como las estrategias de afrontamiento, la ansiedad, la depresión, las expectativas hacia el tratamiento y el apoyo social. Cada uno de estos factores puede influir en una mejor o peor calidad de vida dentro de un marco de interacción e interdependencia con otros factores psicosociales.

Las manifestaciones psicopatológicas pueden estar influidas, en primer lugar, por el estrés psicosocial. Por ejemplo, Sewitch *et al.* (2001), basándose en un análisis de regresión múltiple detectaron una asociación de los síntomas psicopatológicos con la presencia de sucesos vitales estresantes recientes.

La implicación del estrés psicosocial en el malestar emocional puede ser mediado por el empleo de inadecuadas *estrategias de afrontamiento* del estrés, en concreto las de tipo pasivo-emocional (Díaz, Comeche, Mas Hesse y Vallejo, 2002; Crane y Martin, 2004). Además de relacionarse con los síntomas de ansiedad y depresión, las estrategias de afrontamiento están implicadas en el bienestar y la calidad de vida en general. Así, Smolen y Topp (1998) concluyeron luego de un estudio que el empleo de estrategias evasivas, fatalistas y emotivas se correlacionaba con una peor percepción de la salud y bienestar. De igual forma, Cuntz, Welt, Ruppert y Zillessen (1999) pudieron determinar que la depresión y un estilo de afrontamiento pasivo eran factores predictores de la alteración en el bienestar subjetivo, en mayor grado que la actividad de la enfermedad o la intensidad de los síntomas.

Asimismo, ciertos factores psicosociales están implicados en el proceso de ajuste después de la realización de una cirugía intestinal. En ese sentido, se ha podido constatar que las *expectativas positivas* de los pacientes con respecto a la posibilidad de tener un adecuado manejo de la enfermedad y del estoma, contribuyen a un mejor bienestar psicológico (Thomas, Turner y Madden, 1988). No obstante, la presencia de estrategias de afrontamiento del estrés de autoculpabilización y de escape, así como un bajo apoyo social son factores que predicen una baja calidad de vida después de la cirugía (Moskovitz, Maunder, Cohen, McLeod y MacRae, 2000).

El *apoyo social* también es un factor modulador fundamental en la calidad de vida; consiste en la ayuda y asistencia que prestan otras personas a un individuo mediante los amigos, la iglesia, la familia, los clubes (deportivos, recreativos y culturales) y las distintas redes sociales. El apoyo social puede influir sobre la salud ayudando a amortiguar los efectos de las situaciones estresantes, a través de su mediación en la evaluación y el afrontamiento de las situaciones potencialmente generadoras de tensión (Sandín, 1999). Es así como la satisfacción con el apoyo social se liga a menores niveles de psicopatología ante niveles moderados o elevados de estrés percibido en personas con EII (Sewitch *et al.*, 2001). Así, en otro estudio realizado por Haller *et al.* (2003) se descubrieron mayores niveles de insatisfacción con el apoyo social en la fase activa de la enfermedad, en comparación con la fase de remisión. Estos últimos autores observaron que los miembros cercanos de la familia son casi siempre los responsables de brindarle apoyo social al paciente con EII. Por ser la fase activa un



momento crítico para la calidad de vida del paciente, tanto por el malestar físico como emocional y las dificultades sociolaborales, es vital incluir en el protocolo de tratamiento la intervención sobre el apoyo social referido a ese periodo.

Evaluación de la calidad de vida

La evaluación de la calidad de vida en las personas con EII es necesario que se lleve a cabo por medio del empleo de una entrevista más o menos estructurada y la aplicación de pruebas psicológicas estandarizadas. En relación con la entrevista, se sugiere tener en cuenta en ésta aspectos tales como: 1) la historia de la enfermedad y el grado en que ésta ha incidido en las relaciones sociales y laborales; 2) la forma como el paciente ha manejado y maneja las fases activas, tanto en lo concerniente a los cuidados especiales como con respecto a las relaciones familiares, laborales y sociales; 3) los recursos, redes sociales y apoyo social de que el paciente dispone para manejar la enfermedad y el estrés que ésta genera; y 4) el grado de aceptación de la enfermedad por el paciente y la influencia de la enfermedad en su bienestar.

Por otra parte, en la aplicación de pruebas psicológicas estandarizadas es esencial utilizar, en la mayoría de los casos, una prueba específica de calidad de vida para las EII en el contexto clínico, por cuanto ello permite una medida objetiva de este ámbito y posibilita evaluar los beneficios del tratamiento. Para este caso se recomienda el *Inflammatory Bowel Disease Questionnaire* (IBDQ) adaptado a la población española por López-Vivancos, Casellas, Badía, Vilaseca y Malagelada (1999). El IBDQ es uno de los instrumentos que posee mayor evidencia científica en cuanto su validez y fiabilidad (Pallis *et al.*, 2000). Este cuestionario fue elaborado originalmente por Love, Irvine y Fedorak (1992) y consta de 36 ítems agrupados en 5 dimensiones (síntomas sistémicos, síntomas intestinales, afectación funcional, función emocional y afectación social) (véase la tabla 14.2) y las respuestas se transforman a una escala de 7 puntos en la que 1 traduce la peor función y 7 la mejor (véase Tobón *et al.*, 2005a).

Tabla 14.2 Subescalas que conforman el *Inflammatory Bowel Disease Questionnaire* (IBDQ)

Síntomas sistémicos	Son síntomas poco específicos, los cuales se dan en diferentes sistemas fisiológicos. Algunos de ellos son la fatiga, el malestar, la pérdida de peso, las náuseas y el vómito.
Síntomas digestivos	Esta escala evalúa los síntomas digestivos que ha tenido la persona durante las últimas dos semanas, tales como el número de deposiciones, la diarrea y el sangrado.
Afectación funcional	Grado en que la EII ha afectado las actividades cotidianas de la persona, en lo que tiene que ver con el estudio, el trabajo y el tiempo libre.
Afectación social	Corresponde a todas aquellas dificultades en el orden social que producen las EII. Aquí están, por ejemplo, los problemas sexuales, el sentir vergüenza en público por olores desagradables y el evitar reuniones o actividades de tipo social.
Función emocional	Esta escala busca determinar en qué medida la EII ha afectado el bienestar emocional del paciente. Algunos de los síntomas de malestar emocional que se evalúan son la frustración, la impaciencia y el desánimo.

Nota: Tomado de Tobón et al. (2005a).



Cuando se pretende comparar la calidad de vida de las personas con EII con la calidad de vida en otras patologías o con la calidad de vida de la población general, es de gran utilidad el empleo del *12-Item Short Form Health Survey* (SF-12) (Gandek *et al.*, 1998). El SF-12 es una versión reducida del *36-Item Short Form Health Survey* (SF-36) (Alonso *et al.*, 1998) y sus 12 ítems proporcionan información acerca de la calidad de vida referida a los ámbitos físico y mental (véase Tobón *et al.*, 2005a para obtener mayor información sobre la versión española de esta prueba).

Si se considera necesario tener medidas detalladas de los diferentes aspectos del funcionamiento psicológico, como la sintomatología psicopatológica (ansiedad, depresión, somatización), el estrés psicosocial, las estrategias de afrontamiento, los rasgos de personalidad, el apoyo social percibido, etc., será entonces necesario aplicar pruebas específicas para valorar esos aspectos. Para ello, pueden ser de gran ayuda los distintos instrumentos de evaluación psicológica publicados por Sandín (1999).

Conclusiones

Las EII son estados patológicos crónicos que afectan de forma significativa la calidad de vida de las personas que las sufren en los diferentes planos del funcionamiento: físico, psicológico y social. Sin embargo, esas alteraciones de la calidad de vida dependen de diversos factores y no siempre se presentan de la misma forma ni en el mismo nivel en todos los pacientes. Entre los factores que parecen ejercer un mayor impacto sobre la calidad de vida se pueden mencionar los siguientes: la fase de la enfermedad (la calidad de vida tiende a afectarse más en los periodos de mayor actividad), la realización de cirugía, el apoyo social, la participación en redes sociales, el estrés psicosocial y las estrategias de afrontamiento.

Esos aspectos deben ser parte de la evaluación integral de los pacientes en los diversos protocolos de tratamiento, mediante el empleo de entrevistas estructuradas y la aplicación de pruebas que posean validez y fiabilidad, como es el caso del IBDQ y el SF-12. Asimismo, se requiere que la intervención en estos pacientes tenga como uno de sus ejes centrales el componente psicosocial, con pautas claras de acción, donde intervengan dentro del equipo de salud profesionales de la psicología competentes en esta área.

Anexo I. IBDQ

Cuestionario de calidad de vida en la enfermedad inflamatoria intestinal
(*Inflammatory Bowel Disease Questionnaire*)

Love, Irvine y Fedorak, 1992

(Adaptación y validación española de López-Vivancos, Casellas, Badia, Vilaseca y Malagelada, 1999)

Apellidos..... Nombre..... Edad.....

Hombre Mujer

Marque con un círculo la respuesta que corresponde más exactamente con su situación durante las últimas dos semanas.

1. ¿Con qué frecuencia ha ido al baño durante las últimas dos semanas?
 1. Más frecuentemente que nunca
 2. Extremada frecuencia



3. Con mucha frecuencia
 4. Moderado aumento de la frecuencia de defecación
 5. Ligero aumento de la frecuencia de defecación
 6. Aumento mínimo de la frecuencia de defecación
 7. Normal, sin ningún aumento de la frecuencia de defecación
2. ¿Con qué frecuencia le ha causado problemas la sensación de fatiga o de cansancio y agotamiento durante las últimas dos semanas?
 1. Siempre
 2. Casi siempre
 3. Bastantes veces
 4. A veces
 5. Pocas veces
 6. Casi nunca
 7. Nunca
 3. ¿Con qué frecuencia se ha sentido frustrado, impaciente o inquieto a causa de su problema intestinal durante las últimas dos semanas?
 1. Siempre
 2. Casi siempre
 3. Bastantes veces
 4. A veces
 5. Pocas veces
 6. Casi nunca
 7. Nunca
 4. ¿Con qué frecuencia se ha visto incapacitado para asistir a la escuela o al trabajo a causa de su problema intestinal durante las últimas dos semanas?
 1. Siempre
 2. Casi siempre
 3. Bastantes veces
 4. A veces
 5. Pocas veces
 6. Casi nunca
 7. Nunca
 5. ¿Durante cuánto tiempo en las últimas dos semanas ha tenido diarrea?
 1. Siempre
 2. Casi siempre
 3. Bastantes veces
 4. A veces
 5. Pocas veces
 6. Casi nunca
 7. Nunca
 6. ¿Cuánta energía ha tenido durante las últimas dos semanas?
 1. Ninguna
 2. Muy poca
 3. Poca
 4. Cierta
 5. Bastante
 6. Mucha
 7. Rebosante
 7. ¿Con qué frecuencia ha estado preocupado ante la posibilidad de tener que operarse por su problema intestinal durante las últimas dos semanas?
 1. Siempre
 2. Casi siempre
 3. Bastantes veces
 4. A veces
 5. Pocas veces
 6. Casi nunca
 7. Nunca
 8. ¿Con qué frecuencia ha tenido que aplazar o anular una cita o compromiso social a causa de su problema intestinal durante las últimas dos semanas?
 1. Siempre
 2. Casi siempre
 3. Bastantes veces
 4. A veces
 5. Pocas veces
 6. Casi nunca
 7. Nunca



9. ¿Con qué frecuencia ha tenido retortijones durante las últimas dos semanas?
1. Siempre
 2. Casi siempre
 3. Bastantes veces
 4. A veces
 5. Pocas veces
 6. Casi nunca
 7. Nunca
10. ¿Con qué frecuencia ha tenido malestar general durante las últimas dos semanas?
1. Siempre
 2. Casi siempre
 3. Bastantes veces
 4. A veces
 5. Pocas veces
 6. Casi nunca
 7. Nunca
11. ¿Qué dificultad ha tenido, a causa de su problema intestinal, en las actividades de ocio que le hubiera gustado hacer durante las últimas dos semanas?
1. Muchísima; imposible hacer actividades
 2. Mucha
 3. Bastante
 4. Algo
 5. Un poco
 6. Escasa dificultad
 7. Ninguna; mi problema intestinal no ha limitado mis actividades de ocio
12. ¿Qué dificultad ha tenido, a causa de su problema intestinal, en practicar el deporte que le hubiera gustado durante las últimas dos semanas?
1. Muchísima; imposible practicar deporte
 2. Mucha
 3. Bastante
 4. Algo de
 5. Un poco
 6. Escasa
 7. Ninguna; mi problema intestinal no ha limitado mis actividades deportivas
13. ¿Con qué frecuencia ha tenido dificultades para dormirse durante las últimas dos semanas?
1. Siempre
 2. Casi siempre
 3. Bastantes veces
 4. A veces
 5. Pocas veces
 6. Casi nunca
 7. Nunca
14. ¿Con qué frecuencia ha tenido problemas porque se ha despertado por la noche durante las últimas dos semanas?
1. Siempre
 2. Casi siempre
 3. Bastantes veces
 4. A veces
 5. Pocas veces
 6. Casi nunca
 7. Nunca
15. ¿Con qué frecuencia ha tenido que tomar pastillas para poder dormir bien durante las últimas dos semanas?
1. Siempre
 2. Casi siempre
 3. Bastantes veces
 4. A veces
 5. Pocas veces
 6. Casi nunca
 7. Nunca



16. ¿Con qué frecuencia se ha sentido deprimido, lloroso o desanimado a causa de su problema intestinal durante las últimas dos semanas?
- | | |
|--------------------|----------------|
| 1. Siempre | 5. Pocas veces |
| 2. Casi siempre | 6. Casi nunca |
| 3. Bastantes veces | 7. Nunca |
| 4. A veces | |
17. ¿Con qué frecuencia durante las últimas dos semanas ha tenido que dejar de asistir a actos sociales porque no había un baño cerca?
- | | |
|--------------------|----------------|
| 1. Siempre | 5. Pocas veces |
| 2. Casi siempre | 6. Casi nunca |
| 3. Bastantes veces | 7. Nunca |
| 4. A veces | |
18. En general, ¿hasta qué grado ha sido un problema tener gases durante las últimas dos semanas?
- | | |
|---------------------------|--------------------------|
| 1. Un gran problema | 5. Muy poco problemático |
| 2. Un problema importante | 6. Casi ningún problema |
| 3. Bastante problemático | 7. Ningún problema |
| 4. Algo problemático | |
19. En general, ¿hasta qué grado ha sido un problema durante las últimas dos semanas el mantener o llegar al peso que a usted le gustaría?
- | | |
|---------------------------|--------------------------|
| 1. Un gran problema | 5. Muy poco problemático |
| 2. Un problema importante | 6. Casi ningún problema |
| 3. Bastante problemático | 7. Ningún problema |
| 4. Algo problemático | |
20. Muchos pacientes con problema intestinal tienen frecuentes preocupaciones y angustias a causa de su enfermedad. En general, ¿con qué frecuencia durante las últimas dos semanas se ha sentido preocupado o angustiado por llegar a tener cáncer?
- | | |
|--------------------|----------------|
| 1. Siempre | 5. Pocas veces |
| 2. Casi siempre | 6. Casi nunca |
| 3. Bastantes veces | 7. Nunca |
| 4. A veces | |
21. En general, ¿con qué frecuencia durante las últimas dos semanas ha estado preocupado o angustiado pensando que nunca más volvería a encontrarse bien?
- | | |
|--------------------|----------------|
| 1. Siempre | 5. Pocas veces |
| 2. Casi siempre | 6. Casi nunca |
| 3. Bastantes veces | 7. Nunca |
| 4. A veces | |
22. En general, ¿con qué frecuencia durante las últimas dos semanas se ha sentido preocupado o angustiado de tener una recaída?
- | | |
|--------------------|----------------|
| 1. Siempre | 5. Pocas veces |
| 2. Casi siempre | 6. Casi nunca |
| 3. Bastantes veces | 7. Nunca |
| 4. A veces | |
23. ¿Con qué frecuencia durante las últimas dos semanas ha tenido una sensación de hinchazón abdominal?
- | | |
|-----------------|--------------------|
| 1. Siempre | 3. Bastantes veces |
| 2. Casi siempre | 4. A veces |



- 5. Pocas veces
- 6. Casi nunca
- 7. Nunca

24. ¿Cuántas veces durante las últimas dos semanas ha tenido problemas de sangrar al ir al baño?

- 1. Siempre
- 2. Casi siempre
- 3. Bastantes veces
- 4. A veces
- 5. Pocas veces
- 6. Casi nunca
- 7. Nunca

25. ¿Con qué frecuencia durante las últimas dos semanas se ha sentido avergonzado en público por olores desagradables o ruidos causados por su problema intestinal?

- 1. Siempre
- 2. Casi siempre
- 3. Bastantes veces
- 4. A veces
- 5. Pocas veces
- 6. Casi nunca
- 7. Nunca

26. ¿Con qué frecuencia durante las últimas dos semanas ha tenido ganas de ir al baño sin realmente defecar?

- 1. Siempre
- 2. Casi siempre
- 3. Bastantes veces
- 4. A veces
- 5. Pocas veces
- 6. Casi nunca
- 7. Nunca

27. ¿Con qué frecuencia durante las últimas dos semanas ha manchado en forma accidental su ropa interior?

- 1. Siempre
- 2. Casi siempre
- 3. Bastantes veces
- 4. A veces
- 5. Pocas veces
- 6. Casi nunca
- 7. Nunca

28. ¿Con qué frecuencia durante las últimas dos semanas se ha sentido enfadado a causa de su problema intestinal?

- 1. Siempre
- 2. Casi siempre
- 3. Bastantes veces
- 4. A veces
- 5. Pocas veces
- 6. Casi nunca
- 7. Nunca

29. ¿Con qué frecuencia ha tenido náuseas o ganas de vomitar durante las últimas dos semanas?

- 1. Siempre
- 2. Casi siempre
- 3. Bastantes veces
- 4. A veces
- 5. Pocas veces
- 6. Casi nunca
- 7. Nunca

30. ¿Con qué frecuencia se ha sentido de mal humor durante las últimas dos semanas?

- 1. Siempre
- 2. Casi siempre
- 3. Bastantes veces
- 4. A veces
- 5. Pocas veces
- 6. Casi nunca
- 7. Nunca

31. En general, durante las últimas dos semanas, ¿hasta qué grado su problema intestinal ha sido un obstáculo para sus relaciones sexuales?

- 1. Un gran problema
- 2. Un problema importante
- 3. Bastante problemático
- 4. Algo problemático



5. Muy poco problemático
6. Casi ningún problema
7. Ningún problema
32. ¿Con qué frecuencia durante las últimas dos semanas ha estado preocupado o angustiado de que sus hijos tengan la misma enfermedad?
1. Siempre
2. Casi siempre
3. Bastantes veces
4. A veces
5. Pocas veces
6. Casi nunca
7. Nunca
33. ¿Hasta qué punto ha estado satisfecho, contento o feliz con su vida personal durante las últimas dos semanas?
1. Muy insatisfecho, infeliz
2. Bastante insatisfecho, infeliz
3. Algo insatisfecho, descontento
4. Algo satisfecho, contento
5. Bastante satisfecho, contento
6. Muy satisfecho, feliz
7. Extremadamente satisfecho, no podría ser más feliz
34. En general, durante las últimas dos semanas, ¿hasta qué grado ha resultado un problema para usted mantener el apetito?
1. Un gran problema
2. Un problema importante
3. Bastante problemático
4. Algo problemático
5. Muy poco problemático
6. Casi ningún problema
7. Ningún problema
35. En general, durante las últimas dos semanas, ¿hasta qué punto ha sufrido trastornos su vida familiar a causa de su problema intestinal?
1. Muchísimo
2. Mucho
3. Bastante
4. Algo
5. Un poco
6. Apenas
7. Nada
36. En general, durante las últimas dos semanas, ¿cuánto le ha disminuido su resistencia física en las actividades diarias (en casa o en el trabajo) a causa de su problema intestinal?
1. Muchísimo
2. Mucho
3. Bastante
4. Algo
5. Un poco
6. Apenas
7. Nada

Corrección de la prueba

Esta prueba permite dos tipos de puntuaciones. Una consiste en sumar todos los ítems de acuerdo a las respuestas dadas por la persona con el fin de obtener una puntuación total. La otra, más específica, consiste en evaluar la puntuación del sujeto en las cinco dimensiones que tiene la prueba. En cada subescala se suman las puntuaciones obtenidas por la persona. Tanto la puntuación global como las puntuaciones obtenidas en cada una de las subescalas se pasan a una escala de 0 a 7 en la cual 0 indica el peor estado de calidad de vida y 7 el mejor estado. A continuación se indican las subescalas y los ítems que pertenecen a cada una de ellas.

Subescala	Sigla	Ítems
Calidad de vida total	CT	Todos los ítems



Síntomas sistémicos	S	2, 6, 10, 19, 29, 30, 34
Síntomas digestivos	B	1, 5, 9, 18, 23, 24, 26, 35
Afectación funcional	FI	4, 11, 12, 13, 14, 15, 36
Afectación social	SI	8, 17, 25, 27, 31, 33
Función emocional	E	3, 7, 16, 20, 21, 22, 28, 32

Interpretación de los resultados

Para la interpretación de los resultados puede tenerse como base los datos normativos del IBDQ obtenidos en una muestra de pacientes con EII (López-Vivancos *et al.*, 1999). Para ello, es importante tener en cuenta el tipo de enfermedad inflamatoria intestinal y el estado de ésta: en remisión, leve o moderada-grave. Los datos que se muestran en la siguiente tabla son sólo una referencia que puede ayudar en la interpretación de los resultados.

Medias del IBDQ en una muestra de pacientes de España con colitis ulcerosa y enfermedad de Crohn

Subescala	Colitis ulcerosa n = 119 Rango de edad: 39 (16-75) Porcentaje de mujeres: 48%			Enfermedad de Crohn n = 97 Rango de edad: 34 (17-71) Porcentaje de mujeres: 66%		
	Remisión	Leve	Moderada-grave	Remisión	Leve	Moderada-grave
Síntomas sistémicos	6,0	4,1	3,7	5,7	4,5	3,3
Síntomas digestivos	6,4	4,0	3,0	6,4	4,0	3,6
Afectación funcional	6,6	4,3	3,3	6,6	4,1	2,7
Afectación social	6,6	4,8	4,4	6,5	5,3	3,9
Función emocional	6,5	4,4	4,1	6,1	4,4	3,5

Nota: Tomado de Tobón *et al.* (2005).



CUARTA PARTE

Comportamiento y salud



Capítulo Quince

Estado actual de la eficacia del tratamiento psicológico del tabaquismo

Elisardo Becoña Iglesias*

Universidad de Santiago de Compostela

Luis Armando Oblitas Guadalupe

Universidad del Valle de México

Introducción

En la actualidad, fumar cigarrillos constituye el problema más importante de morbi-mortalidad de los países desarrollados, que podría ser evitado si los que fuman abandonasen tal hábito (Peto, López, Boreham, Thun y Health, 1998). En España murieron en forma prematura por consumir cigarrillos 55 613 personas en 1998 (Banegas, Díez, Rodríguez-Artalejo, González, Graciani y Villar, 2001). Y esta cantidad no cesa de incrementarse con cada año que transcurre. Aunque en los últimos años ha descendido la prevalencia del número de fumadores, todavía fuma en España 34.4% de la población de 16 o más años (42.1% varones y 27.2% mujeres) (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2002).

Las diversas medidas para el control del tabaquismo, entre las que se incluyen los programas de tratamiento para los fumadores, se han puesto en marcha en los distintos países conforme los informes científicos indicaban de modo consistente la relación entre fumar y los problemas de salud. Poco a poco, aunque en forma lenta a causa de la fuerte presión en contra de la potente industria tabacalera, las administraciones sanitarias de los diferentes países han implementado un sinnúmero de medidas para que las personas no se inicien en el hábito de fumar y para ayudar a los que fuman a dejar el vicio. Sin duda, es a partir del informe del Surgeon General estadounidense de 1964 (USDHHS, 1964), conocido como el “informe Terry”, y del informe del Real Colegio de Médicos de Londres del año 1962 (Royal College of Physicians, 1962), cuando en los países más desarrollados se empiezan a poner en práctica medidas efectivas para su control y consiguiente ayuda y tratamiento para que los fumadores dejen de fumar.

En este contexto, el tratamiento psicológico efectivo para tratar a los fumadores surge en los años sesenta, de la mano de las técnicas de modificación de conducta, y se expande

* Elisardo Becoña Iglesias. Universidad de Santiago de Compostela, Facultad de Psicología, Departamento de Psicología Clínica y Psicobiología, Campus Universitario Sur. 15792 Santiago de Compostela, Galicia, España.

en los años setenta (por ejemplo, Schmahl, Lichtenstein y Harris, 1972). Desde esos primeros momentos hasta el día de hoy, se han desarrollado tratamientos psicológicos efectivos, con técnicas tan conocidas y utilizadas como las técnicas psicológicas conductuales, cognitivas, motivacionales y de prevención de la recaída (véanse Orleans y Slade, 1993; Schwartz, 1987; Niaura y Abrams, 2002). La relevancia y eficacia de estas técnicas de intervención y tratamiento con los fumadores es tal, que hoy constituye la base del tratamiento psicológico de los fumadores en los distintos tipos y formatos, e incluso, en muchas ocasiones, es un complemento imprescindible del tratamiento farmacológico para que éste funcione, aunque no siempre se especifique con claridad que es tratamiento psicológico y se disfrace con otros nombres. Por ello, hoy disponemos de una experiencia del tratamiento psicológico de los fumadores de más de 40 años, con cientos y cientos de estudios donde en forma sistemática y consistente se ha demostrado su eficacia, efectividad y eficiencia (véase, por ejemplo, Fiore *et al.*, 1996, 2000).

En la base del desarrollo y eficacia del tratamiento psicológico se encuentra el hecho de que fumar es una conducta que se explica sobre todo por los factores sociales de disponibilidad, accesibilidad y publicidad; en segundo lugar, por factores psicológicos de reforzamiento y procesos cognitivos; y, en tercer y último lugar, por la dependencia fisiológica de la nicotina (Pomerleau y Pomerleau, 1984). Aunque en los últimos años en algunos sectores se pretende un reduccionismo fisiológico para la explicación de esta conducta —la de fumar cigarrillos—, auspiciado por los intereses de la industria farmacéutica que tiene productos para su tratamiento, este reduccionismo no tiene fundamento científico ni apoyo empírico, porque los componentes sociales, psicológicos y fisiológicos explican de manera clara las razones por las que las personas fuman, han fumado o van a empezar a fumar (USDHHS, 1994). Todos esos factores se deben considerar para el abandono de los cigarrillos, para dejar de fumar y para mantenerse abstinente a corto, medio y largo plazo; ello para explicar el comportamiento de consumo o no tanto en adultos, como en niños y adolescentes.

El tratamiento psicológico del tabaquismo

El tratamiento psicológico del tabaquismo, en su perspectiva clínica, constituye en la actualidad un tratamiento imprescindible para ayudar a muchos fumadores a dejar de fumar. Incluso, antes de dejar de fumar, el consejo psicológico sistemático (Becoña y Vázquez, 2001), como ocurre con el consejo médico sistemático (Russell, Wilson, Taylor *et al.*, 1979), que es el que ha comprobado tener el mejor coste-efectividad, debe llevarse a cabo con cualquier paciente que tratemos. Asimismo, como luego se verá, los procedimientos de autoayuda han mostrado ser útiles para dejar de fumar, siendo todos ellos derivaciones de tratamientos clínicos bien establecidos, como ocurre con el programa que nosotros tenemos en marcha, el programa para dejar de fumar por correo (www.usc.es/pdf2001) derivado de un programa clínico efectivo (Becoña, 1993).

Pero donde el tratamiento psicológico tiene un lugar idóneo para ayudar a las personas a dejar de fumar es en el tratamiento clínico. Para que una persona deje de fumar debe pasar por varias fases, como son las de motivarle, o fase de preparación; la fase relativa a ayudarlo a conseguir que deje de fumar, o fase de abandono; y, por último, se le debe entrenar para que sea capaz de mantener la abstinencia a lo largo del tiempo y prevenirle de que recaiga (es lo que llamamos fase de mantenimiento). Las tres fases son importantes y ninguna es menos importante que otra. Sin la primera es difícil llegar a la segunda y, sin la segunda, será difícil llegar a la tercera y que la persona deje de fumar y se conserve abstinente.

Aunado a esas fases, y por lo que sabemos acerca de los fumadores, para el diseño del tratamiento se debe tener en cuenta qué facilita y qué impide el abandono de los cigarrillos en la mayoría de los fumadores. Por fortuna, hoy, dentro de la gran cantidad de información disponible sobre los fumadores, y las variables predictivas con respecto a la eficacia y el fracaso, se sabe que con la eficacia se asocian la alta motivación, la preparación para el cambio —en especial cuando se está preparado para dejar de fumar en el siguiente mes—, tener una autoeficacia de moderada a alta y disponer de una buena red de apoyo social —sobre todo

en el hogar, con los amigos, en el trabajo y en los lugares que se frecuenta o se relaciona de modo habitual—. Por el contrario, son variables predictivas negativas para dejar de fumar tener una alta dependencia de la nicotina, como le ocurre a aquellos que fuman más de 20 cigarrillos al día y que han tenido un claro síndrome de abstinencia cuando han dejado de fumar en el pasado y fuman el primer cigarrillo poco tiempo después de despertarse. También es una variable predictora negativa tener un alto nivel de estrés, en particular si éste se ha mantenido a lo largo del tiempo o coincide el periodo de abandono con acontecimientos vitales estresantes como cambio de trabajo, de localidad, amigos, tener problemas conyugales, divorcio, problemas con los hijos, etc. Y, por último, también es un predictor negativo poseer una historia de comorbilidad psiquiátrica, principalmente si existen problemas de dependencia al alcohol, esquizofrenia u otros, o si tiene o se ha tenido depresión (Becoña y Vázquez, 1998; Fiore *et al.*, 2000).

Dada la eficacia y utilidad del tratamiento psicológico, y la necesidad de emplearlo en todo tipo de procedimiento para fumadores, desde la aparición del tratamiento farmacológico ha sido habitual su uso en combinación con éste (véase, por ejemplo, Salvador *et al.*, 1988). En los últimos años este hecho se ha intensificado (Hatsukami y Mooney, 1999; Shiffman, Mason y Henningfield, 1998).

Otro aspecto de gran actualidad es el de la comorbilidad. En la medida en que el número de fumadores desciende en una población concreta, empiezan a surgir con mayor claridad relaciones entre la dependencia de la nicotina y distintos trastornos psiquiátricos. Es lo que se denomina la comorbilidad de dos o más trastornos, por la mutua interacción que existe entre ambos. En los países que llevan más años tratando fumadores, cada vez es más evidente el surgimiento de una mayor proporción en los fumadores, que en la población en general, de trastornos como alcoholismo, depresión, esquizofrenia y diversos trastornos de ansiedad (De Leon *et al.*, 2002; Seidman y Covey, 1999). En nuestro medio, esto empieza a surgir y será un problema relevante en el futuro. Por ello, en relación con el tratamiento, es necesario hacer una adecuada evaluación tanto antes del mismo como a lo largo de su aplicación. Asimismo, el problema de la comorbilidad abre todo un campo nuevo de tratamiento en personas con otros trastornos clínicos de gran importancia y prevalencia. De nuevo, en estos casos el tratamiento psicológico es imprescindible, como es notorio en la literatura científica (véanse Vázquez y Becoña, 1998) y en la práctica clínica cotidiana (por ejemplo, en las Unidades de Conductas Adictivas).

Finalmente, cabe señalar que los programas comunitarios constituyen una gran ayuda para que las personas dejen de fumar (Becoña y Vázquez, 1998). Desde hace dos décadas, los programas comunitarios han cobrado mucha importancia en la reducción de la prevalencia del número de fumadores en una población; se llevan a cabo en contextos naturales y su objetivo es involucrar a toda una comunidad para reducir la prevalencia del consumo de tabaco. Suelen emplear los medios de comunicación de masas de manera profusa y el resto de las intervenciones para dejar de fumar bajo ese amparo. En ocasiones, una buena legislación restrictiva facilita obtener resultados a corto plazo y consistentes en el tiempo.

En otros países, existe un gran número de programas comunitarios relacionados con el tabaquismo que se enfocan a la reducción de la prevalencia del consumo de tabaco (por ejemplo, los COMMIT y ASSIST estadounidenses) y otros donde, además, no sólo se pretende eliminar o reducir el consumo de tabaco, sino conseguir propósitos de salud más amplios, como disminuir la prevalencia de los trastornos cardiovasculares (por ejemplo, el proyecto North Karelia en Finlandia). En ambos casos, el tratamiento suele ser una parte de los mismos ya sea en forma de consejo, folletos, manuales de autoayuda, consejo telefónico, o de programas formales. Muchas de estas intervenciones han sido desarrolladas por equipos interdisciplinarios donde los psicólogos ocupan un lugar preponderante.

Eficacia del tratamiento psicológico

En la actualidad existe un acuerdo unánime de que las intervenciones que contribuyen a que las personas dejen de fumar son el consejo mínimo sistemático, el tratamiento psicológico, el

tratamiento farmacológico, procedimientos de menos intensidad en formato de autoayuda, bien sea en forma de manual, llamadas telefónicas, programa por correo, televisión, etc., los procedimientos clínicos intensivos y los programas comunitarios. A continuación, analizaremos la evidencia empírica acerca de la eficacia de los tratamientos psicológicos para las personas que fuman cigarrillos, centrándonos sobre todo en los tratamientos efectuados en contextos clínicos.

Revisiones y meta-análisis

Desde la década de 1970 hasta el día de hoy, cuando se revisa la eficacia del tratamiento del tabaquismo queda clara su efectividad, en particular del tratamiento psicológico. Desde monumentales revisiones como la de Schwartz (1987) hasta otras más actuales como las de Becoña (2000), Niaura y Abrams (2002), Secades y Fernández (2001), Shiffman *et al.*, (1999), entre muchas otras, éste aparece como un procedimiento a elegir para el tratamiento de la adicción o la dependencia de la nicotina, ya sea solo o combinado con un tratamiento farmacológico. Dado que en los últimos años se han impuesto otros modos de revisar la eficacia de los tratamientos, tanto en el campo médico como psicológico, le dedicaremos más atención a ello en los párrafos siguientes.

La revisión más importante, amplia y completa, que se ha realizado hasta este momento sobre la eficacia de los procedimientos para dejar de fumar, es la de Schwartz (1987), que aunque tiene 15 años continúa estando vigente. En ella, se analizó un total de 416 ensayos clínicos de distintos tratamientos de fumadores realizados en los Estados Unidos y Canadá en el periodo comprendido entre 1978 y 1985. De éstos, 185 ensayos clínicos tenían 6 meses de seguimiento y 231, un año de seguimiento. Por los datos que hoy se manejan, la evaluación relevante es a los 12 meses después de haber finalizado el tratamiento. En la tabla 15.3 presentamos los 10 procedimientos que aparecen en esta revisión como los más efectivos a los 12 meses, considerando junto a la media de la abstinencia el que haya 6 o más estudios por técnica de tratamiento estudiada, y el porcentaje de ensayos cuyas tasas de eficacia superaron 33% de abstinencia, porcentaje que permite demostrar con claridad la consistencia de los resultados de abstinencia en diversos análisis. Dado que a partir de un 20% de abstinencia al año se considera que un programa para dejar de fumar “funciona”, dado que duplica o triplica el nivel obtenido por un grupo control, subir el listón hasta el 33% incrementa la consistencia de nuestra interpretación de la eficacia.

Con base en esos criterios, y a partir de los datos proporcionados por Schwartz (1987), los diez procedimientos más efectivos para dejar de fumar son los siguientes (se indica entre paréntesis el porcentaje de los ensayos con tasas mayores de 33% a los 12 meses de seguimiento): 1) programas psicológicos multicomponentes (65%); 2) intervención médica con pacientes con problemas cardíacos (63%); 3) saciación de fumar con otros procedimientos (58%); 4) intervención médica con pacientes que presentan problemas pulmonares (50%); 5) fumar rápido combinado con otros procedimientos (50%); 6) reducción gradual de ingestión de nicotina y alquitrán (en varios casos combinado con otro procedimiento) (44%); 7) prevención de factores de riesgo (43%); 8) programas con formato grupal (39%); 9) hipnosis individual (38%); y, 10) chicle de nicotina y tratamiento conductual (38%).

La anterior clasificación, se puede resumir en nuestros días en: 1) programas psicológicos multicomponentes (1, 3, 5 y 6) y otros programas multicomponentes (10); 2) intervención médica con pacientes que tienen problemas cardíacos o pulmonares (2 y 4); 3) prevención de factores de riesgo (7); 4) los programas con formato grupal ofrecidos por diferentes asociaciones relacionadas con la salud, como la Asociación Americana del Cáncer, la Asociación Americana del Pulmón o la Iglesia Adventista del Séptimo Día, que a su vez, acostumbran tener muchos componentes conductuales o ser programas eminentemente conductuales; y, 5) hipnosis.

Posteriores revisiones de la literatura, de los autores más destacados en el campo del tabaquismo en otros países, como por ejemplo Fiore *et al.* (1990, 1996, 2000), Lando (1993),

Lichtenstein y Glasgow (1992), Niaura y Abrams (2002), Schwartz (1987), Shiffman (1993), Shiffman *et al.* (1998), USDHHS (1988, 1991, 2000), etc., o de los nuestros (Becoña, 2000; Becoña y Vázquez, 1998; Froján y Becoña, 1999; Gil y Calero, 1994; Salvador, 1996; Secades y Fernández, 2001; etc.), permiten concluir que uno de los modos, o en ocasiones el modo, más adecuado para dejar de fumar en tratamientos especializados para el tratamiento de los fumadores son los programas psicológicos multicomponentes y que, a menudo, su eficacia puede incrementarse con procedimientos farmacológicos como el chicle y el parche de nicotina, aunque no siempre ocurre así (*cfr.*, Cox, 1993), al menos en España (Secades *et al.*, 1999).

En cuanto al meta-análisis, hoy existe un gran número de investigadores evaluando la intervención en fumadores e incluyen desde intervenciones para dejar de fumar en la práctica médica (Kottle *et al.*, 1988), en el lugar de trabajo (Fisher, Glasgow y Terborg, 1990), dejar de fumar sin ayuda terapéutica por uno mismo (Baillie, Mattick y Hall, 1995), e intervenciones breves (Baillie *et al.*, 1994). En tratamientos especializados contamos con varios meta-análisis que cubren todas las técnicas de intervención (Baillie *et al.*, 1994; Fiore *et al.*, 1996, 2000; Garrido *et al.*, 1995; Viswesvaran y Schmidt, 1992) y varias que abarcan las intervenciones en la práctica médica (Kottke *et al.*, 1988), farmacológica (Silagy *et al.*, 1994), la clonidina (Covey y Glassman, 1991), el chicle de nicotina (Cepeda-Benito, 1993; Baillie *et al.*, 1994; Lam *et al.*, 1987), el parche de nicotina (Fiore *et al.*, 1994) y la acupuntura (Riet *et al.*, 1990). Son tres los meta-análisis que se han llevado a cabo y que incluyen todas las técnicas de intervención, los de Viswesvaran y Schmidt (1992), Baillie *et al.* (1994) y Garrido *et al.* (1995), aparte de los de Fiore *et al.* (1996, 2000) que veremos con mayor detenimiento más adelante.

Baillie *et al.* (1994) han realizado un meta-análisis de los ensayos clínicos hechos en el tratamiento de fumadores, en donde emplearon como criterios de inclusión de los estudios si se indican datos de abstinencia, si los sujetos han sido asignados al azar a los grupos experimental y control, haber al menos una condición experimental y otra control, y la intervención estudiada ser clínicamente relevante. Utilizaron como medida de resultado la diferencia en las tasas de abstinencia entre los grupos de tratamiento y control, presentando los mismos en forma de *odds ratio*. Es importante resaltar que no pusieron un punto mínimo para el seguimiento de los estudios incluidos en su meta-análisis, indicando, como se muestra en la tabla 15.1, el promedio del seguimiento en cada grupo de estudios.

Con esos criterios, incluyeron 86 estudios en su análisis, que, una vez examinados, codificaron en tres clases de intervenciones: intervención breve, chicle de nicotina e intervención conductual, que es la intervención psicológica centrada en la conducta.

La intervención breve incluye el consejo médico para el abandono junto a los folletos y manuales de autoayuda. Las 23 comparaciones en este tipo de intervención mostraron *odds ratio* entre 1.48 y 1.91, con unas diferencias en los porcentajes de abstinencia casi despreciables, entre 3 y 4% (véase la tabla 15.1). La comparación de los 15 estudios con chicle de nicotina indica una *odds ratio* de 1.61, con un porcentaje diferencial también bajo, de 5.39%. Como se ha encontrado en otros estudios y revisiones (véase Fiore *et al.*, 1990), este procedimiento tiene mejores resultados que el placebo en clínicas especializadas, pero no en la práctica médica general, aunque a diferencia de otros importantes estudios previos (British Thoracic Society, 1983), el meta-análisis con 8 estudios donde se compararon consejo médico solo o la combinación de chicle de nicotina y consejo médico, el chicle de nicotina mejora la eficacia del consejo médico en un 7.39% (*odds ratio* de 2.11).

Dentro de la comparación de las técnicas psicológicas conductuales, éstas aparecen claramente superiores a la lista de espera o no tratamiento, con un significativo porcentaje diferencial de 16.26% y con la mayor *odds ratio* de todas las comparaciones, de 3.92; y con respecto al consejo breve (*odds ratio* de 2.23; diferencia de 9.79%); grupos educativo o de discusión (*odds ratio* de 1.59; diferencia de 8.72%). Otras dos comparaciones realizadas, en relación con el chicle de



nicotina y programas de prevención de la recaída, sólo incluye dos estudios en cada uno de ellos, por lo que los resultados no son fiables, significativos ni consistentes.

La combinación de un procedimiento psicológico conductual y chicle de nicotina no revela un mejor resultado que la sola utilización del procedimiento psicológico conductual al no ser significativa la relación. Lo mismo ocurre con la comparación de la combinación de procedimiento psicológico conductual y chicle de nicotina con respecto a chicle de nicotina y breve consejo, lo que lleva a los autores a afirmar que no pueden llegar a conclusiones firmes sobre tales datos. Incluyen cinco estudios adicionales sobre acupuntura en los que no se hallan diferencias significativas entre este tratamiento y su correspondiente grupo control, con lo que no se aprecian elementos activos en ella para dejar de fumar.

Como se aprecia y así deducen Baillie *et al.* (1994), los procedimientos centrales analizados—intervención breve, chicle de nicotina y procedimiento psicológico conductual—, son, en los tres casos, más efectivos que su correspondiente grupo control. Sin embargo, nosotros señalamos que, junto a este dato, es evidente el resultado en favor de los procedimientos psicológicos conductuales, que son los que consiguen el mayor porcentaje de la diferencia media ponderada de abstinencia, lo que sugiere que es el mejor procedimiento a seguir cuando nuestro objetivo es lograr que deje de fumar el mayor número de fumadores.

Tabla 15.1 Revisión de la eficacia de los tratamientos para dejar de fumar en función de la *odds ratio* entre los grupos de tratamiento y control

Tratamiento	Control	Estudios	Diferencia media ponderada en % de abstinencia	<i>Odds ratio</i> (intervalo de confianza del 95%)
Una técnica breve	Lista de espera o no tratamiento	8	2.70	1.48
Dos o más técnicas breves	Lista de espera o no tratamiento	15	4.15	1.51
Dos o más técnicas breves	Una técnica breve	5	3.89	1.48
Técnica breve y chicle de nicotina	Chicle de nicotina	4	4.10	1.91
Conductual	Lista de espera o no tratamiento	7	16.26	3.92
Conductual	Breve consejo	15	9.79	2.23
Conductual	Grupo educativo o de discusión	9	8.72	1.59
Chicle de nicotina	Chicle placebo	15	5.39	1.61
Chicle de nicotina e intervención mínima	Intervención mínima	8	7.39	2.11

Adaptado de Baillie et al. (1994).

El meta-análisis de Garrido *et al.* (1995), elaborado en España, incluyó un total de 95 artículos con 223 intervenciones entre 1980 y 1992, extraídos fundamentalmente del Medline, la base de datos que recoge los artículos de las revistas científicas de medicina. Los criterios de inclusión de sus estudios en el meta-análisis se referían a trabajos empíricos acerca de métodos para dejar de fumar, tener un seguimiento mínimo de 6 meses, tener al menos 6 sujetos en tratamiento y, la población tratada, no tener riesgos añadidos. Las intervenciones las dividieron en las siguientes agrupaciones: autotratamientos, acupuntura, terapias de grupo, tratamientos de psicología clínica (basadas en el aprendizaje), consejo médico, chicle de nicotina y/o medicamentos, hipnosis, terapia multimodal y placebos. A diferencia de los dos anteriores meta-análisis comentados, éste tiene como ventaja adicional la de contener sólo estudios con seguimientos de 6 o más meses, lo que facilita incrementar la robustez de las conclusiones que se producen a partir del mismo.

El resultado de este meta-análisis indica que los dos procedimientos más efectivos para dejar de fumar son los multimodales y los psicológicos que, además, fueron los únicos en los que se encontró un nivel de significación estadística considerando un intervalo de confianza de 95%. En su caso, los programas multimodales o multicomponentes, en este estudio, abarcan tanto los programas psicológicos multicomponentes como aquellos en los que se han combinado dos o más técnicas y, por tanto, en algunos estudios también se han integrado una o más técnicas psicológicas con otra farmacológica.

En su artículo concluyen que:

Las estimaciones puntuales ponderadas presentan a los tratamientos multimodales como a los tratamientos psicológicos como intervenciones de elección. Sobre todo teniendo en cuenta dos apreciaciones; la primera de carácter cuantitativo: no existen diferencias significativas entre ambos grupos; y la segunda de carácter cualitativo: muchos tratamientos multimodales suelen incluir intervenciones de psicología clínica [p. 216].

Y, finalmente, destaca el meta-análisis de Sánchez, Olivares y Rosa (1998), en donde analizaron la eficacia de las intervenciones psicológicas conductuales en España para la adicción al tabaco. Su meta-análisis incluye investigaciones de 1980 a 1996, donde localizaron 37 estudios con 1979 sujetos. Sus resultados revelan que los programas psicológicos multicomponentes son eficaces tanto a corto como a largo plazo. A su vez, los programas psicológicos multicomponentes orientados al autocontrol resultaron ser los más eficaces.

Guías clínicas

En los últimos años se han publicado varias guías clínicas relacionadas con el tratamiento de los fumadores, o de la adicción o dependencia de la nicotina, y otras guías donde se incluyen aquellas técnicas psicológicas que han mostrado ser eficaces para distintos trastornos. Las que analizaremos a continuación son las más importantes que existen en la actualidad: la *Guía para la práctica clínica de la Agency for Health Care Policy and Research (AHCPR)* de 1996 (Fiore *et al.*, 1996) y la *Guía para la práctica clínica de la Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ)* de 2000 (Fiore *et al.*, 2000).

A partir de la creación en 1989 en los Estados Unidos, por mandato del congreso estadounidense, de la Agency for Health Care Policy and Research (AHCPR), posteriormente denominada Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ), todo tratamiento que se aplica en ese país debe pasar por un criterio de evaluación para demostrar que es eficaz y, una vez hecho eso, saber el mejor modo de aplicarlo. Para ello, se han elaborado guías clínicas en ese sentido. En 1996 se publica la específica de tabaco, que se actualizó en el año 2000. Como no podía ser de otra manera, en ambos casos, se evalúa todo tipo de tratamientos para saber cuáles son eficaces y cuáles están disponibles para su empleo eficaz en distintos con-



textos. Para la elaboración de cada una de las guías mencionadas han participado, entre expertos y revisores, aproximadamente 100 personas especialistas en el tema, lo que le otorga una gran consistencia a los resultados obtenidos. La revisión de la literatura, exhaustiva, la han llevado a cabo analizando miles de artículos publicados en lengua inglesa sobre tratamiento, a los cuales han incluido en una serie de meta-análisis y la presentación de los resultados mediante *odds ratio* (OR).

La primera guía, producida en 1996 (Fiore *et al.*, 1996), compara los tratamientos disponibles en función de quién lo proporciona, el formato, la autoayuda, el nivel de intensidad del contacto cara a cara, el tipo de contenido, la duración del tratamiento y el número de sesiones de tratamiento. Analizando los resultados por medio de la *odds ratio* (OR), el tratamiento individual y grupal es eficaz (OR de 2.2 en ambos casos), tratamiento que suele ser aplicado sobre todo por psicólogos, aunado a los procedimientos de autoayuda (OR=1.2). Ya dentro de terapias psicológicas específicas, éstas demuestran ser eficaces, como se aprecia en las técnicas aversivas (OR=2.1), apoyo social dentro del tratamiento (OR=1.8), entrenamiento en solución de problemas (OR=1.6), etc. De igual forma, se aprecia que la aplicación de 4 a 7 sesiones es muy eficaz (OR=2.5), que casi siempre es el número de las sesiones del tratamiento psicológico, como la duración del tratamiento de 4-8 semanas (OR=1.6) u 8 semanas o más (OR=2.7). En suma, en esta guía se expone con claridad la eficacia, utilidad y eficiencia de las diversas técnicas psicológicas en comparación con otras o con un grupo control.

En la guía más reciente, la de 2000 (Fiore *et al.*, 2000), los resultados van en la misma línea que los anteriores. De esa forma, el consejo en grupo tiene una OR=1.3 y el consejo individual OR=1.7; a mayor tiempo de contacto mayor eficacia (OR=3.2 para 91-300 minutos, y OR=2.8 para más de 300 minutos), así como a mayor número de sesiones (OR=1.9 para 4-8 sesiones, y OR=2.3 para más de 8 sesiones). Dentro de las técnicas psicológicas las siguientes demuestran tener una OR superior a 1: reducción gradual de cigarrillos (OR=1.1), manejo del afecto negativo (OR=1.2), apoyo social durante el tratamiento (OR=1.3), apoyo social

Tabla 15.2 Hallazgos más importantes para las intervenciones intensivas de la guía de la AHRQ de 2000

- Existe una fuerte relación dosis-respuesta entre la intensidad del consejo y el porcentaje de abstinencia logrado. En general, a mayor intensidad del tratamiento, mayor porcentaje de abstinencia. Los tratamientos pueden ser más intensivos por: a) la longitud de las sesiones individuales de tratamiento y, b) por el número de sesiones de tratamiento.
- Distintos profesionales de la salud (médicos, enfermeras, dentistas, psicólogos, farmacéuticos, etc.) son efectivos para incrementar los porcentajes de abandono del tabaco y el implicar a varios tipos de profesionales puede aumentar los porcentajes de abstinencia.
- Las llamadas telefónicas proactivas y el consejo individual y grupal son formatos efectivos para dejar de fumar.
- Resultan especialmente efectivos tipos de consejo específicos y la terapia conductual. El consejo práctico (aproximaciones de entrenamiento en habilidades de solución de problemas), y proporcionar apoyo social dentro y fuera del tratamiento están asociados con incrementos considerables en el porcentaje de abstinencia, como ocurre con las técnicas aversivas (por ejemplo, fumar rápido).
- La farmacoterapia como el bupropión o la terapia sustitutiva de la nicotina incrementan de manera consistente los porcentajes de abstinencia. Además, su uso debería potenciarse para todos los que dejan de fumar, teniendo en cuenta las consideraciones especiales con algunas poblaciones (por ejemplo, mujeres embarazadas, adolescentes).
- Los tratamientos de la dependencia al tabaco son efectivos para diferentes poblaciones (por ejemplo, poblaciones distintas en sexo, edad y raza).

Fuente: Fiore et al. (2000, p. 38).

fuera del tratamiento (OR=1.5), entrenamiento en solución de problemas (OR=1.5), otros procedimientos aversivos (OR=1.7) y la técnica de fumar rápido (OR=2.0). Como una síntesis de todo lo anterior, en la tabla 15.2 se presenta lo que afirma la guía acerca de los principales hallazgos para las intervenciones intensivas.

Guía clínica para el tratamiento de la dependencia de la nicotina de la American Psychiatric Association

La guía clínica de referencia para el campo de la salud mental y las drogodependencias para la dependencia de la nicotina es la que ha propuesto la Sociedad Americana de Psiquiatría (American Psychiatric Association, 1996/1991). Dado su campo de actuación —el contexto clínico—, la misma sólo se centra en las terapias psicológicas y en las somáticas. Es una guía que se ha elaborado en forma minuciosa, con una extensa revisión de la literatura y el manejo de toda la información relevante del campo, participando en este proceso más de 100 expertos estadounidenses en el campo del tabaquismo y de la salud mental.

Con respecto a las alternativas de tratamiento, la guía considera tres niveles, siguiendo los criterios para la elaboración de éstas y otras guías para otros trastornos mentales y del comportamiento: 1) tratamiento recomendado clínicamente con total confianza, 2) tratamiento recomendado clínicamente con una confianza moderada, y 3) tratamiento recomendado clínicamente con escasa confianza o recomendado en función de circunstancias individuales. En la tabla 15.3 indicamos los tratamientos que cumplen con los requisitos 1 y 2, que serían aquellos que deberíamos tener en cuenta para su aplicación a los fumadores como primera elección. Como se puede observar, dentro de las terapias psicosociales —nombre que recibe en esta guía el tratamiento psicológico—, aparece la terapia conductual multicomponente como tratamiento clínicamente recomendado, y la terapia de entrenamiento en estrategias/prevención de la recaída, control de estímulos, fumar rápido y materiales de autoayuda, con

Tabla 15.3 Tratamientos recomendados para la dependencia de la nicotina por la “Guía clínica para el tratamiento de la dependencia de la nicotina” de la American Psychiatric Association (1996)

Terapias	Recomendación del tratamiento
Terapias psicosociales	
■ Terapia conductual multicomponente	Recomendado clínicamente
■ Entrenamiento en estrategias/ Prevención de la recaída	Recomendación clínica moderada
■ Control de estímulos	Recomendación clínica moderada
■ Fumar rápido	Recomendación clínica moderada
■ Materiales de autoayuda	Recomendación clínica moderada
Terapias somáticas	
■ Chicle de nicotina	Recomendado clínicamente
■ Parche de nicotina	Recomendado clínicamente
■ Chicle o parche de nicotina/ más terapia de conducta	Recomendado clínicamente
■ Chicle más parche de nicotina	Recomendación clínica moderada
■ Clonidina	Recomendación clínica moderada
■ Nebulizador intranasal de nicotina	Recomendación clínica moderada

recomendación clínica moderada. Debemos advertir que, precisamente, varios de estos últimos tratamientos son los que se consideran dentro de los programas multicomponentes (Becoña y Vázquez, 1998), que es lo que vuelve a los programas multicomponentes clínicamente recomendables desde la perspectiva psicológica, como así se efectúa, en realidad, en el contexto clínico. A su vez, dentro de los tratamientos farmacológicos, incluidos dentro de las terapias somáticas en esta guía, se muestra como efectiva la terapia sustitutiva de nicotina, aunque no otros fármacos que también lo son, como el bupropión, debido al momento en que se hizo la guía.

Cochrane Collaboration

En el campo médico, la *Cochrane Collaboration* es un referente para conocer la eficacia de todo tipo de tratamientos. En el caso del tabaco, existe el Grupo de Adicción al Tabaco que ha realizado varias revisiones sobre tipos de tratamientos de fumadores, entre los que incluye diferentes tratamientos psicológicos. El análisis de las revisiones de los distintos tratamientos psicológicos, llevado a cabo mediante la técnica del meta-análisis, y expresando los resultados de las comparaciones en términos de *odds ratio* (OR), con respecto a un grupo de control, revela acerca de los mismos lo siguiente:

- Consejo conductual individual (OR=1.55) (Lancaster y Stead, 2001).
- Programa de terapia de conducta para dejar de fumar (OR=2.10) (Stead y Lancaster, 2001).
- Terapia aversiva para dejar de fumar (OR=2.08) (Hajek y Stead, 2001).
- Intervenciones de autoayuda (OR=1.23) (Lancaster y Stead, 2001).

Asimismo, los materiales personalizados fueron más efectivos que los estándar (OR=1.41) y el consejo telefónico proporcionado por una persona entrenada incrementa la eficacia (OR=1.62).

Todo lo anterior demuestra que el tratamiento psicológico, tal como hemos visto en este tipo de comparaciones, que ha hecho la *Cochrane Collaboration*, es efectivo.

Informe del Surgeon General de 2000

El Surgeon General estadounidense tiene como mandato del congreso de los Estados Unidos presentarle un informe anual sobre la situación del tabaco y su control en ese país. En los casi 30 informes que ha ofrecido, se han analizado de manera detallada todos los aspectos relacionados con la salud, la dependencia, la prevención y el tratamiento de los fumadores. El informe de 2000 (USDHHS, 2000) está dedicado a la reducción del consumo del tabaco y revisa el manejo de la adicción al tabaco en su cuarto capítulo. Este informe se elabora por un amplio conjunto de expertos estadounidenses, científicos, investigadores, clínicos, todos ellos excelentes conocedores del tema —aproximadamente 300 en cada informe—. Esto convierte a cada uno de los informes en un manual de referencia en el campo del tabaquismo cuya extensión suele estar entre las 500 y 600 páginas de abundante información acerca de cada tema analizado.

En el informe citado analizan distintos procedimientos para el manejo de la adicción al tabaco como los manuales de autoayuda, las intervenciones clínicas mínimas, intervenciones clínicas intensivas, intervenciones farmacológicas y programas de salud pública a gran escala. Para investigar su eficacia, comparan cada procedimiento estudiado con un grupo de control. Esto nos señala su eficacia o no eficacia, aunque hay evidentes diferencias del impacto y personas a las que se aplican unos y otros procedimientos, pero éste no es el lugar para describirlas (véase un resumen en la tabla 15.4). En lo que atañe a las intervenciones clínicas intensivas, que se refieren a los tratamientos psicológicos y a los procedimientos psicológicos multicomponentes, se puede apreciar que resulta eficaz el entrenamiento en solución de problemas, el fumar rápido, otras estrategias aversivas, las técnicas de desvanecimiento de

nicotina (reducción gradual de ingestión de nicotina y alquitrán) y el apoyo social. Ello va en la línea de todo lo que llevamos explicado hasta el momento.

Smoking cessation guidelines for Health Professionals. A guide to effective smoking cessation interventions for the health care system (1998)

En el Reino Unido, en 1998, se realizó una guía para dejar de fumar con el nombre de “Smoking cessation guidelines for Health Professionals. A guide to effective smoking cessation interventions for the health care system” (Raw, McNeill y West, 1998), auspiciada por el Health Education Authority (HEA), que es el organismo responsable en el Reino Unido de la educación para la salud. Como su mismo nombre lo dice, la guía está orientada en esencia a la atención primaria de la salud, no a todo tipo de intervenciones. Aun así, hay una sección, la cuarta, destinada a las recomendaciones para los especialistas en dejar de fumar. Las recomendaciones que

Tabla 15.4 Intervenciones eficaces para el manejo de la adicción a la nicotina del Informe del Surgeon General (2000)

Tipo de intervención	La intervención es
1. Manuales de autoayuda	Eficaz
2. Intervenciones clínicas mínimas	Eficaz
3. Intervenciones clínicas intensivas (psicológicas)	
■ Entrenamiento en solución de problemas	Eficaz
■ Fumar rápido	Eficaz
■ Otras técnicas aversivas	Eficaz
■ Desvanecimiento de nicotina (reducción gradual de ingestión de nicotina y alquitrán)	Eficaz
■ Apoyo social	Eficaz
4. Intervenciones farmacológicas	
■ Chicle de nicotina	Eficaz
■ Parche de nicotina	Eficaz
■ Inhalador de nicotina	Eficaz
■ Spray nasal de nicotina	Eficaz
■ Bupropión	Eficaz
■ Nortriptilina	Eficaz
■ Clonidina	Eficaz
5. Programas de salud pública a gran escala	
■ Programas basados en los medios de comunicación	Difícil de evaluar
■ Programas en el lugar de trabajo	Su eficacia en
■ Programas comunitarios	los programas de
■ Programas a nivel de todo un estado (en EE.UU.)	salud pública

Fuente: USDHHS (2000).

indican en esta sección aparecen en la tabla 15.5. Como allí se puede ver, las orientaciones van muy encaminadas al campo médico y, de éste, fundamentalmente a la atención primaria. A pesar de ello, las técnicas que sugieren (véase la tabla 15.5) son, en este apartado, en su mayoría, psicológicas (por ejemplo, el entrenamiento en habilidades de afrontamiento), lo que conduciría, en muchos casos, a que el médico de atención primaria canalizara a una parte de sus pacientes a un tratamiento, clínica o unidad especializada en tabaquismo.



Tabla 15.5 Recomendaciones para los especialistas en dejar de fumar de la Smoking cessation guidelines for Health Professionals. A guide to effective smoking cessation interventions for the health care system (1998)

1. El apoyo intensivo para dejar de fumar debería poder llevarse a cabo en grupo, incluyendo entrenamiento en habilidades de afrontamiento y apoyo social, y debería ofrecerse alrededor de cinco sesiones con una hora de duración cada una a lo largo de un mes, proseguida de un seguimiento posterior.
2. El apoyo intensivo para dejar de fumar debería incluir el ofrecimiento de, o animar al uso de, terapia sustitutiva de nicotina y claros consejos e instrucciones de cómo llevarla a cabo.

Guía de procedimientos para ayudar a los fumadores a dejar de fumar del Comité Nacional de Prevención del Tabaquismo (2001)

El Comité Nacional de Prevención del Tabaquismo (CNPT) español es la organización de profesionales del campo de la salud que agrupa en este momento 35 sociedades científicas españolas de ámbito nacional —las principales—, que forman parte, además, del CNPT del European Network on Smoking Prevention, la organización más importante a nivel europeo, desde la perspectiva científica y sanitaria, que representa los intereses de la salud pública ante la Unión Europea y en los diversos foros existentes sobre tabaco en Europa. El Comité Nacional de Prevención del Tabaquismo es, también, el que ha elaborado el *Libro Blanco sobre el Tabaquismo en España*, en 1998 (Becoña, 1998), el cual constituye una referencia imprescindible para conocer la situación del tabaquismo en esa nación.

En el año 2001, el Comité Nacional de Prevención del Tabaquismo redactó la *Guía de procedimientos para ayudar a los fumadores a dejar de fumar* (Comité Nacional de Prevención del Tabaquismo, 2001; Becoña *et al.*, 2001; www.cnpt.es), la cual constituye un referente en España acerca de qué procedimientos se deben seleccionar para el tratamiento de los fumadores, elaborada por un grupo de expertos de diferentes ámbitos, que representan a distintas sociedades científicas del CNPT y siguiendo la evidencia científica disponible sobre el tratamiento de fumadores en la literatura científica. En la misma, aparecen los diversos abordajes existentes para ayudar a los fumadores a dejar de fumar, desde el consejo mínimo hasta el tratamiento farmacológico, psicológico, clínicas, consultas, unidades o dispensarios especializados y los programas de tipo comunitario. Dentro del tratamiento psicológico, tal como se establece en la literatura científica y en la práctica clínica cotidiana, tanto en España como en otros países, se utilizan los programas multicomponentes y otros programas que inciden más en los programas de entrenamiento en habilidades de solución de problemas y prevención de la recaída. En dicho informe se pone al mismo nivel de eficacia los tratamientos psicológicos y los farmacológicos, siempre que se efectúen en un contexto clínico o en un tratamiento especializado.

Otras guías

Existen otras guías, como la que se puede consultar en www.treatobacco.net, uno de los portales más importantes sobre el tratamiento de los fumadores, auspiciado por la OMS, donde distintos laboratorios farmacéuticos y asociaciones científicas, reproducen las recomendaciones y conclusiones de alguna de las guías que hemos comentado con anterioridad. Asimismo, existen otras guías orientadas en específico al campo médico, y en las que sólo se revisa el tratamiento farmacológico, no el psicológico, por eso no las exponemos aquí (por ejemplo, la auspiciada por la Organización Mundial de la Salud para la terapia sustitutiva de nicotina, McNeill y Hendrie, 2001).

Conclusión

Hoy disponemos de tratamientos efectivos para ayudar a nuestros fumadores a dejar de fumar, los cuales son heterogéneos y con abordajes teóricos y aplicados distintos. Por fortuna, con unos y otros se consigue que los fumadores dejen de fumar. Los tratamientos psicológicos, en tanto sean aplicados en un formato clínico intensivo, en formato de autoayuda, como puede ser en forma de folletos, manuales, consejo telefónico, mediante el correo, etc., o en programas comunitarios, son un abordaje terapéutico que facilita a muchos fumadores eliminar el cigarro, no siendo sólo eficaces, sino también eficientes.

Asimismo, el abordaje psicológico en muchos casos es una ayuda inestimable, combinado con tratamientos farmacológicos para que los fumadores dejen en mayor número de fumar o con un menor grado de dificultad. Empleados solos, o combinados con el tratamiento farmacológico, constituyen un elemento básico para ayudar a muchos fumadores a dejar de fumar.



Capítulo Dieciséis

Adolescencia y abuso de drogas

José Pedro Espada
Daniel Lloret

José Antonio García del Castillo
María del Carmen Segura

*Instituto de Investigación de Drogodependencias,
Universidad Miguel Hernández de Elche. Alicante (España)*

Xavier Méndez Carrillo

Universidad de Murcia (España)

Introducción

El consumo abusivo de drogas, tanto legales como ilegales, supone un importante problema de salud que afecta de manera especial a los adolescentes. Por una parte, el inicio desde muy joven del uso de drogas se asocia con pautas más altas de consumos futuros, con las implicaciones que ello conlleva en cuanto al deterioro de la salud. Además, el abuso de sustancias durante la adolescencia repercute en forma negativa en otras áreas de la vida del muchacho, afectando su desempeño académico y su desarrollo personal y social. Asimismo, se debe considerar que, por lo general, no se consumen drogas ilegales sin haber pasado antes por consumir las conocidas como “drogas de entrada” (alcohol, tabaco y cannabis), sobre todo en edades tempranas. Así pues, dadas las graves consecuencias negativas a nivel físico, psicológico y social, es comprensible la gran preocupación de los gobiernos, de las instituciones educativas, de los profesionales de la salud y de los propios padres acerca del tema.

En este capítulo pretendemos abarcar varios objetivos: en primer lugar, se revisan los modelos tradicionales y actuales de la prevención del abuso de drogas, discutiendo sobre su eficacia preventiva. En segundo lugar, se sintetizan las técnicas más destacadas que, de modo específico, han demostrado su eficacia en los programas preventivos y suelen emplearse más a menudo. En tercer lugar, se expone de manera ilustrativa un modelo de programa de prevención que combina diferentes estrategias de entrenamiento en habilidades y mejora de competencias personales.

Epidemiología del consumo de drogas en la adolescencia

El Sistema Interamericano de Datos Uniformes sobre Consumo de drogas (SIDUC), aplicó una encuesta de nivel nacional en el año 2003, en población escolar de segundo, cuarto y sexto

grado, representando aproximadamente a estudiantes de 13, 15 y 17 años de los siguientes países: El Salvador, Guatemala, Nicaragua, Panamá, Paraguay, República Dominicana y Uruguay. Atendiendo a la prevalencia de consumo, los resultados de la encuesta agrupan estos países en tres bloques. En primer lugar, Panamá y Uruguay con niveles elevados de consumo. Por otro lado, El Salvador, Guatemala, Nicaragua y Paraguay con consumos moderados y por último, República Dominicana con niveles de consumo muy bajos.

El informe refleja que, en casi todos los países, la gran mayoría de consumidores, lo son de una sola droga. Sin embargo, al analizar el tipo de drogas consumidas, encontramos que en Uruguay, cerca de 80% de los consumidores tiene como droga preferida la marihuana, mientras que en Paraguay, el consumo de esta droga es menos frecuente, siendo la droga con mayor prevalencia la denominada “jarra loca” (mezcla de alcohol y tranquilizantes). En la República Dominicana, se detectó que los solventes se consumen en niveles similares que la marihuana, aunque sólo suponen 32% entre los consumidores de una sola droga. En este mismo país, observamos una elevada tasa de consumo de tranquilizantes sin receta médica, 12.8% en el caso de las mujeres y 6.5% entre los hombres, y de estimulantes sin receta médica, con un porcentaje de 6.2% en mujeres y 4.4% en hombres.

Tabla 16.1 Prevalencia del consumo del último año por drogas ilícitas en estudiantes por país (todos los grados)

	El Salvador	Guatemala	Nicaragua	Panamá	Paraguay	Rep. Dominicana	Uruguay
Marihuana	2.5	2.3	2.2	7.1	1.7	1.1	9.7
Hashís	0.1	0.2	0.1	0.1	0.1	0.2	0.4
Cocaína	0.7	1.3	1.1	1.4	0.6	0.3	1.9
Pasta base	0.3	0.2	0.2	0.2	0.4	0.1	0.8
Crack	0.5	0.5	0.4	0.3	0.1	0.2	0.4
Solventes	0.9	1.0	0.9	2.6	0.6	1	1.4
Alucinógenos	0.5	0.3	0.2	0.1	0.3	0	0.8
Heroína	0.2	0.3	0.2	0.1	0.1	0	0.3
Opio	0.1	0.1	0.1	0.1	0	0	0.3
Morfina	0.2	0.1	0.1	0.1	0.1	0	0.3
Éxtasis	0.3	0.4	0.2	1.3	0.2	0.2	0.3
Otras drogas	1.8	0.8	2.4	4.5	0.6	0.8	2.8
Primo	-	0.4	-	-	-	-	-
Bazuco	-	0.1	-	-	-	-	-
Jarra Loca	-	-	-	-	2.1	-	-
Curitibana	-	-	-	-	0.1	-	-
Cualquiera	4.9	4.1	4.9	12.2	4.3	2.8	11.5

Fuente: Informe Comparativo 7 países, encuestas escolares a nivel nacional: El Salvador, Guatemala, Nicaragua, Panamá, Paraguay, República Dominicana y Uruguay. 2003



Respecto del tabaco y el alcohol, el informe del SIDUC concluye que existe una alta variabilidad entre países. Uruguay presenta unas tasas de consumo de tabaco entre las mujeres, en cuanto a consumo reciente (últimos 30 días) de casi 40%, entre 3 y 4 veces superior a los datos de El Salvador, Guatemala, Nicaragua y Paraguay, y 10 veces superior a la de República Dominicana, con 3.8%. En el caso de los hombres, la diferencia entre países en el consumo de tabaco es menos variable. En todos los países estudiados la tasa en hombres es superior a la de las mujeres, y varía entre 15% y 23%, con excepción de República Dominicana, con una tasa de 3.8 por ciento.

En referencia al consumo de alcohol, Uruguay reporta la prevalencia de consumo más alta en relación con el último mes, tanto en hombres como en mujeres, mientras que El Salvador, consigue las cifras más bajas (15% en mujeres y 18% en hombres).

Otro aspecto fundamental se refiere a la percepción de gravedad que los jóvenes atribuyen al consumo de drogas ilícitas, en lo cual, en la mayoría de los países, existe una coincidencia de cifras elevadas. El estudio destaca el caso de Panamá, por presentar los índices más altos de consumo de drogas ilícitas, y de Uruguay, respecto del consumo de tabaco y alcohol. Ambos países, muestran, también, los mayores porcentajes en cuanto a oferta y facilidad de acceso a las drogas.

En México, la Subsecretaría de Servicios Educativos para el Distrito Federal y el Instituto Nacional de Psiquiatría "Ramón de la Fuente Muñiz" efectúan cada tres años, desde 1991, una encuesta de consumo de drogas en población estudiantil. En 2003 se realizó la "Encuesta sobre el consumo de drogas, alcohol y tabaco en estudiantes del DF", que nos permite extraer algunos datos de interés.

En cuanto a la prevalencia en el consumo de tabaco, más de 50% de los estudiantes lo ha consumido "alguna vez", siendo las tasas similares para hombres que para mujeres (51.1% hombres y 50.1% mujeres). Por edades en los estudiantes, se observa un cambio drástico en el paso de los 14 a los 15 años, ya que en este punto se triplica la proporción de consumidores.

En lo referente al consumo de bebidas alcohólicas, 35.2% de los jóvenes ha consumido alcohol en el último mes. No se observan diferencias en este aspecto en función del género, ya que tanto la población masculina (65.6%), como la femenina (66.1%), exhiben tasas similares. Asimismo, resulta interesante, el hecho de que más de la mitad de los adolescentes de 17 años, ha bebido alcohol en el último mes, aun cuando son menores de edad.

En relación con el consumo de cualquier droga, las drogas ilegales (marihuana, cocaína, alucinógenos, inhalables y heroína) son las más consumidas por los varones, mientras que los psicofármacos (tranquilizantes, anfetaminas y sedantes) son consumidos por las mujeres en mayor medida.

La marihuana (7.2%), ocupa el primer lugar de preferencia por los adolescentes (presentando el mayor incremento en los últimos tres años), seguida por el consumo de inhalables (4.6%), el de los tranquilizantes (4.5%) y el de cocaína (4 por ciento).

Los resultados de esta encuesta revelan que 44.1% de los hombres y 35.7% de las mujeres consideran que es fácil o muy fácil conseguir drogas. Respecto de la percepción de riesgos asociados al consumo de drogas, los adolescentes coinciden en señalar como peligroso el consumo de sustancias, si bien esta percepción de riesgo disminuye en forma notable, cuando la sustancia en cuestión es el alcohol (sólo 49.5% considera muy peligroso su consumo frecuente) o el tabaco (47.5% opina que es muy peligroso fumar 5 o más cigarrillos todos los días).

La Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas, en su informe del MEM (Mecanismo de Evaluación Multilateral), "Evaluación del progreso del control de drogas 2001-2002", presenta las siguientes conclusiones para México:

[...] en general las tendencias en el consumo de drogas muestran como droga ilegal de mayor consumo la marihuana, incremento del consumo de cocaína y la ampliación de su uso a poblaciones de bajos recursos; brote epidémico de consumo de heroína en regiones localizadas; surgimiento del consumo de metanfetaminas, principalmente en los jóvenes y una gran vulnerabilidad para iniciarse en el consumo de drogas por parte de niños, adolescentes y mujeres. En relación con el consumo de heroína, el país empezó a recolectar información sobre morbilidad asociada al consumo de drogas inyectables.



Etiología del abuso de drogas

En las últimas décadas se ha avanzado de forma considerable en la formulación de teorías y en la investigación de la etiología del abuso de sustancias en la adolescencia. Algunas de las teorías propuestas en este tiempo resaltan los componentes cognitivos, destacando el papel de los déficits en los procesos de toma de decisión (por ejemplo, el modelo de creencias de salud de Becker, 1974). Otras, como las teorías del aprendizaje social, destacan la influencia negativa de los modelos consumidores (véase, por ejemplo, Bandura, 1977). Por su parte, las teorías de la personalidad subrayan la vulnerabilidad individual o las características afectivas (por ejemplo, la teoría de la autodepreciación de Kaplan, 1980). Otras teorías ponderan la importancia del aislamiento de los jóvenes respecto de sus padres y de su entorno escolar y se integran en grupos con conductas antisociales (por ejemplo, el modelo de desarrollo social de Hawkins y Weis, 1985), así como diferentes teorías que integran múltiples determinantes del consumo de drogas en la adolescencia (por ejemplo, la teoría de la conducta problema de Jessor y Jessor, 1977). Los estudios que ponen a prueba éstas y otras teorías han identificado factores de riesgo que influyen en el consumo de drogas en el adolescente y factores protectores que reducen los efectos de dichos riesgos (Hawkins, Catalano y Miller, 1992). A continuación presentamos una síntesis de todos ellos.

Tabla 16.2 Factores de riesgo . Protección

Factor de riesgo

“Atributo y/o característica individual, condición social y/o contexto ambiental que incrementa la posibilidad del uso/abuso de drogas (inicio) o una transición en el nivel de implicación en las mismas.”

Factor de protección

“Atributo y/o característica individual, condición social y/o contexto ambiental que inhibe, reduce o atenúa la posibilidad del uso/abuso de drogas o una transición en el nivel de implicación en las mismas.”

Clayton, 1992.

Tabla 16.3 Conceptos básicos sobre las drogas

Droga	Sustancia que, introducida en el organismo vivo, modifica una o más de sus funciones.
Dependencia	Es el estado psíquico y, a veces, físico causado por la acción entre un organismo vivo y una droga. La dependencia física es un estado de adaptación caracterizado por la aparición de trastornos físicos intensos al interrumpir la administración de la droga. Por su parte, la dependencia psíquica consiste en el impulso que incita a la administración regular y continuada de la droga. También se emplea el concepto de dependencia comportamental para referirse a los factores biológicos, factores de aprendizaje, factores conductuales y factores sociales.
Uso y abuso	Se considera uso al consumo no problemático, es decir, que no repercute negativamente en la salud del individuo ni perjudica a las personas de alrededor. Abuso es el consumo que tiene consecuencias negativas para la salud de la persona y/o que puede afectar de manera negativa a otros.
Tolerancia	Es el estado de adaptación del organismo a la droga. La respuesta ante la misma dosis de droga disminuye, por lo que se hace necesario aumentar en forma progresiva la cantidad de sustancia para obtener los mismos efectos psicoactivos. La tolerancia cruzada es el fenómeno por el cual al consumir una determinada sustancia, aparece tolerancia no sólo a esa droga, sino a otra del mismo tipo u otra similar.



Factores de riesgo del abuso de drogas

Factores macrosociales

Institucionalización de las drogas legales. Beber alcohol está aceptado socialmente. La televisión, el cine y la prensa muestran imágenes de personajes famosos y personas con prestigio social bebiendo. La bebida se asocia al éxito, a la vida social y al placer, de modo que la celebración de muchos acontecimientos sociales (banquetes, fiestas de cumpleaños, comidas de empresa, etc.) tienen presente al alcohol.

Presión social a través de la publicidad. El presupuesto destinado por las administraciones públicas para prevenir el abuso de alcohol y tabaco no puede competir con las partidas multimillonarias de las empresas nacionales o multinacionales invertidas en publicidad para fomentar el consumo. A pesar de la normativa vigente en muchos países acerca de la prohibición de subvencionar acontecimientos deportivos con publicidad de bebidas alcohólicas y tabaco, las marcas de bebidas alcohólicas y cigarrillos están presentes en todo tipo de soporte y campañas publicitarias relacionadas con el patrocinio de eventos deportivos. Los mensajes publicitarios relacionan la bebida con valores y estímulos atractivos para la juventud, como la amistad, tener carácter, la transición a la adultez, el sexo, la aventura, entre otros.

L. Sánchez, I. Megías, y E. Rodríguez (2004) en su estudio acerca de los valores presentes en la publicidad dirigida a los jóvenes, detectan una importante presencia de valores hedonistas y “genuinamente juveniles”, relacionados con lo aspiracional, la experimentación, la libertad, el sexo o el disfrute del tiempo libre, en contraste con la baja presencia de valores tales como el compromiso social o la solidaridad, la armonía familiar o la preparación para el futuro, socialmente deseables en el mundo adulto.

Disponibilidad. La facilidad de acceso a la droga se considera un factor relevante que determina su mayor o menor consumo. La cantidad de producto en el mercado, así como un número suficiente de puntos de venta y un precio asequible para el consumidor influyen en forma notable en el mayor uso (Becoña y Vázquez, 2001). El carácter de droga legal convierte al alcohol en un producto muy disponible y de fácil acceso, por los múltiples establecimientos donde se puede adquirir, los amplios horarios de venta, el precio asequible de las bebidas y el escaso control de la venta a menores. Aunque las drogas ilegales no se venden en supermercados, no resulta difícil encontrar quién las distribuye en los lugares de ocio nocturno. El precio de una dosis, por ejemplo en España, de una pastilla de MDMA (éxtasis) está en aproximadamente 12 dólares, de este modo se halla al alcance de la mayoría de los adolescentes y jóvenes. Por lo tanto, entendemos la disponibilidad de la sustancia como el resultado de la combinación de dos subvariables: la accesibilidad al punto de venta y el precio de la misma. La figura 16.1 nos muestra una clara relación directa entre la disponibilidad y la prevalencia de consumo de cannabis en población escolar en España (Encuesta Escolar 2004, Observatorio Español sobre Drogas).

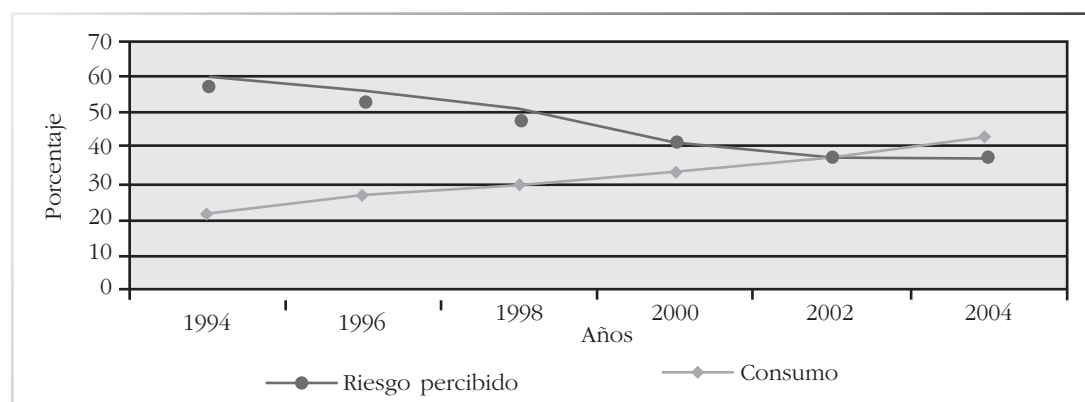


Figura 16.1 Cannabis. Encuesta de población escolar PNSD.



Consumo de drogas y ocio. El consumo juvenil de drogas se encuentra ligado al tiempo libre, los fines de semana, a ciertos lugares de oferta como discotecas, bares o *pubs*, y a la búsqueda de nuevas sensaciones y experiencias. La utilización que se hace del tiempo libre se vincula con el riesgo de consumo de drogas, y se asocia con la asistencia a lugares de oferta y a la búsqueda de los efectos de las drogas. Así, en un estudio realizado por Gallego, Van-der Hofstadt, Estévez, López y García-Rodríguez (2001), acerca de la representación social de la droga en la literatura psicosocial, se concluye que el modelo de consumo de drogas está asociado al modelo de sociedad que prevalece en nuestros días, ya que las drogas son parte de nuestra realidad cultural, influida por cambios rápidos y profundos. Los jóvenes perciben la droga como elemento integrante de una serie de actividades eminentemente lúdicas que, las practiquen o no, se relacionan con el consumo de determinadas sustancias (en especial cocaína y éxtasis). Por ello, cada vez se considera más beneficioso fomentar el asociacionismo y la participación juvenil (voluntariado, ONGs, etc.), por un lado, y promover actividades recreativas saludables (deportes, actos culturales, etc.), por otro, que actúan como factores de protección, garantías para el mantenimiento de hábitos sanos, y estrategias de prevención del abuso de drogas (Espada, Sarabia y Lillo, 1998; Macià, Olivares y Méndez, 1993).

Factores microsociales

Desestructuración familiar. Los conflictos conyugales pueden tener un efecto negativo en las pautas de crianza y educación, facilitando la aparición de problemas en la adolescencia, como comportamiento negativista y desafiante, conducta antisocial o abuso de drogas (Espada y Méndez, 2002). La investigación revela que la vivencia negativa de las relaciones familiares se asocia con un mayor uso de drogas. Como apuntan Secades y Fernández (2003) en sus conclusiones del estudio nacional de factores de riesgo familiares, las familias en las que se percibe más conflicto (padres separados con problemas, padres que combinan con alto grado de tensión, situaciones mantenidas de estrés familiar) revelan un menor grado de consenso normativo para la familia en general, y en particular un menor control efectivo sobre la prole, lo que dificulta su funcionamiento social y académico.

Separación parental. El mismo estudio de Secades y Fernández concluye que los adolescentes incluidos en el grupo de consumidores tienen más probabilidad de convivir con padres separados que con ambos padres y de que exista más conflicto entre los miembros de la familia. Quizá la variable estructural (familiar monoparental) no ejerce un efecto directo sobre consumo de drogas de los hijos, sino que se debe, más bien, a la mediación de la variable funcional como es el control familiar.

Estilos educativos inadecuados. Existen cuatro estilos educativos que se pueden considerar de riesgo: a) confusión en modelos referenciales: ambigüedad en las normas familiares, déficit de habilidades parentales, b) exceso de protección: la sobreprotección del hijo/a genera una gran dependencia de éste respecto de sus padres que le impedirá desarrollar su iniciativa, autonomía y responsabilidad, c) falta de reconocimiento: la ausencia de refuerzos positivos por parte de los padres, y en general, de una valoración incondicional del adolescente favorece un autoconcepto negativo de sí mismo, provocando, en consecuencia, desajustes sociales y personales, y d) rigidez de estructuras familiares: ante una organización familiar rígida y/o jerárquica, los adolescentes tienden ya sea a la sumisión o a la rebeldía contra esa estructura. Ambas opciones influyen de manera negativa en el adolescente y pueden desembocar en una personalidad con escasa asertividad, o en un enfrentamiento con el mundo adulto (Arbex, Porrás, Carrón y Comas, 1995).

Comunicación y clima familiar. La comunicación es un aspecto más que facilita una educación armónica del niño/a y adolescente. Una comunicación adecuada evita el aislamiento, educa para las relaciones extra familiares y la expresión de sentimientos, elementos todos ellos facilitadores de un desarrollo personal sin carencias que puedan ser satisfechas por las drogas. Numerosos estudios (Elzo, Lidón y Urquijo, 1992; Espada y Méndez, 2002; Macià, 2000; Recio, 1992; Varó, 1991) destacan la relación entre la vivencia negativa de las relaciones familiares y el uso de drogas.



Modelos familiares. La mayoría de las conductas aprendidas se adquieren mediante la observación e imitación de otros, sobre todo de aquellas personas con las que el joven se identifica. El consumo de alcohol en el hogar produce un aprendizaje implícito, ya que beber es una conducta de la vida diaria socialmente aprobada, y explícito, porque el adolescente copia la conducta de sus padres y hermanos mayores. Los estudios confirman la relación significativa del consumo de alcohol de padres, hermanos e hijos (Méndez y Espada, 1999). Este aprendizaje observacional de los hijos, se ve a menudo reforzado por la interacción de los menores con su grupo de iguales. En ese sentido, la figura del padre o de la madre no se restringe al ámbito familiar, sino que es proyectada fuera del mismo al círculo social del menor. En las conversaciones con el grupo de amigos o compañeros, las referencias al padre/madre son constantes, donde se trata al progenitor como algo de lo que se está orgulloso ante los demás (Lloret, 2001).

Presión del grupo. La pandilla es el marco de referencia que contribuye al afianzamiento de la identidad adolescente frente al mundo adulto y satisface el sentimiento de afiliación o pertenencia a un grupo de iguales con quienes se comparte la forma de hablar, vestirse, cortarse el pelo, etc. Los compañeros ejercen una poderosa influencia, incluyendo el consumo en grupo de alcohol y otras drogas, que adquiere connotaciones de rito de iniciación y constituye una trasgresión de las reglas adultas. La búsqueda de aceptación y el miedo al rechazo del grupo induce a algunos jóvenes a aceptar las ofertas de estas sustancias, a pesar de que en su fuero interno desapruében su consumo. El consumo de alcohol y otras drogas se aprende. El riesgo de que un joven comience a consumir aumenta si se integra en un grupo de amigos que lo hacen, ya que los otros miembros actúan como modelos y refuerzan de modo positivo la conducta de beber o consumir otras drogas (Comas, 1992).

Factores personales

Déficits de información. La falta de conocimiento o la información errónea sobre la naturaleza de las drogas, extensión del consumo adolescente, repercusiones negativas a corto y largo plazo, etc., alienta la curiosidad y el deseo de probar esas sustancias. La ausencia de información da lugar a creencias erróneas. En el caso concreto del alcohol, se ha podido detectar que existe una proporción alta de adolescentes que no lo considera una droga (García-Jiménez, 1993).

Actitud favorable hacia las drogas. Algunas características de la adolescencia, como la tendencia a menospreciar las conductas de riesgo, la búsqueda de sensaciones, el deseo de aventura, el gusto por lo prohibido, o el choque generacional, facilitan el desarrollo de una actitud favorable hacia las drogas. La actitud de los adolescentes hacia estas sustancias es un destacado predictor del inicio de su consumo.

Déficit y problemas del adolescente. Los déficits y problemas constituyen factores de riesgo debido a que el adolescente puede intentar compensarlos o aliviarlos recurriendo al alcohol y otras drogas. Así, los adolescentes con mejores habilidades sociales presentan tasas más bajas de consumo de drogas, depresión, delincuencia, agresiones y otros problemas de conducta (Dalley *et al.*, 1994; Griffin *et al.* 2000; Pentz, 1983; Scheier *et al.*, 1999). En un estudio con estudiantes de primaria, Jackson *et al.* (1997) hallaron que los alumnos con un mayor déficit en competencia social se iniciaban en el consumo de drogas de forma más temprana. Alonso y Del Barrio (1996) encontraron una fuerte relación entre autoestima, locus de control y consumo de tabaco y alcohol. Un autoconcepto negativo puede repercutir en el inicio al consumo de drogas por varias razones: porque el adolescente intenta paliarlo a través de la droga, para buscar el reconocimiento en el grupo o para facilitar el contacto social por medio del consumo de alcohol y así compensar dificultades en las relaciones interpersonales. De ese modo, Bentler (1987) descubrió que los niveles de autoestima más altos se asocian con un menor consumo de cannabis en la adolescencia. También se ha observado que la depresión, la ansiedad y el autoconcepto negativo se relacionan de manera positiva con la actitud favorable hacia las drogas y con la probabilidad de su consumo (Blau, Gillespie, Felner y Evans, 1988).



Hacia un modelo integrador de los factores de riesgo

Dado el gran número de factores que contribuyen al consumo de drogas, parece apropiado plantear una etiología multicausal (véanse Espada, Méndez, Griffin y Botvin, 2003). En la figura 16.2 se presenta un modelo que reúne los principales factores que contribuyen al consumo de drogas en la adolescencia, con las variables agrupadas en tres categorías: *a) los factores contextuales*, que incluyen variables sociodemográficas (sexo, edad, clase social), biológicas (temperamento) y ambientales (disponibilidad de drogas, conflictividad social), *b) factores sociales*, que se refieren tanto al entorno próximo del adolescente en el colegio (clima escolar), en la familia (pautas educativas, disciplina, consumo de drogas por parte de los padres), o en el grupo de amigos (consumo y actitud pro drogas de los compañeros), como a la influencia mediática de la publicidad y los medios de comunicación (televisión, películas, anuncios), y *c) factores personales*, que comprenden cogniciones (actitudes, creencias y expectativas normativas acerca del consumo), competencias personales (toma de decisiones, autocontrol), habilidades sociales (habilidades de comunicación, asertividad) y otras variables psicológicas relevantes, como la autoeficacia, autoestima o el bienestar psicológico del individuo.

En este contexto, se considera que los factores sociales y personales actúan en forma conjunta facilitando la iniciación y escalada en el consumo de drogas. Por ello, algunos adolescentes pueden verse influidos hacia el consumo por los medios de comunicación, que en ocasiones normalizan o ensalzan el consumo de drogas, mientras que otros pueden estar más influidos por los familiares o por amigos que consumen o mantienen actitudes y creencias favorables al consumo. Estas influencias sociales tienen un mayor efecto en jóvenes psicológicamente vulnerables, con pobres habilidades sociales y competencias personales, baja autoestima, ansiedad o estrés. Cuantos más factores de riesgo incidan en un adolescente, mayor será la probabilidad de que consuma drogas. De esta manera, la concurrencia de dos o más factores producen un efecto multiplicador. Conocer cómo esas variables conducen al consumo, resulta de mucha utilidad al momento de conceptualizar y diseñar programas de prevención. Por ejemplo, un programa preventivo que mejora las habilidades sociales y la competencia personal puede tener efectos benéficos en varios factores psicológicos (incrementando el bienestar o la autoestima) y conductuales (como las habilidades de rechazo de la oferta), ambos ligados con la reducción del consumo.

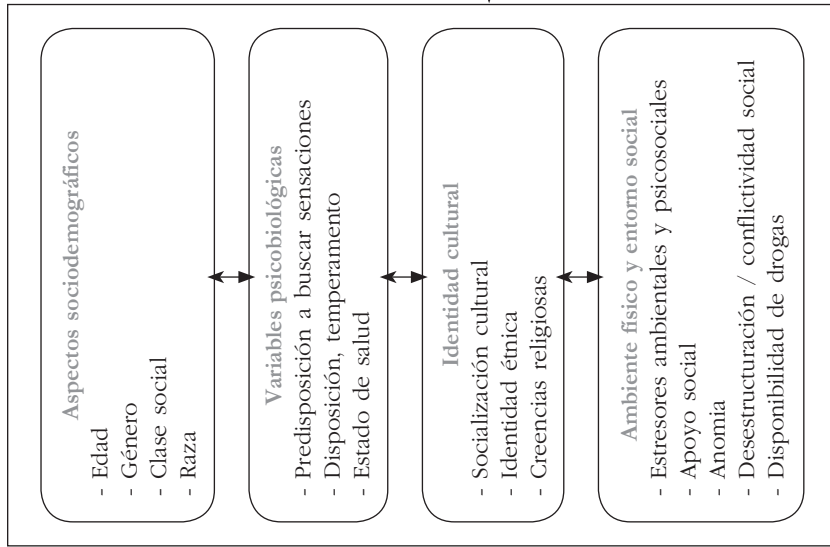
Prevención del abuso de drogas en la adolescencia

Durante los últimos veinte años se han desarrollado diferentes tipos de intervenciones de prevención primaria en contextos escolares. Las estrategias tradicionales, como la transmisión de información, la educación afectiva o los programas de alternativas, continúan siendo las más comunes, a pesar del elevado número de estudios de evaluación que han mostrado su ineficiencia en la prevención de las conductas de abuso. Orientaciones más recientes, como el entrenamiento en habilidades de resistencia o la mejora de competencias personales han comprobado una mayor eficacia. Las estrategias tradicionales partían de nociones intuitivas sobre cómo prevenir el abuso de drogas, mientras que las contemporáneas se basan en las teorías psicológicas de la conducta humana.

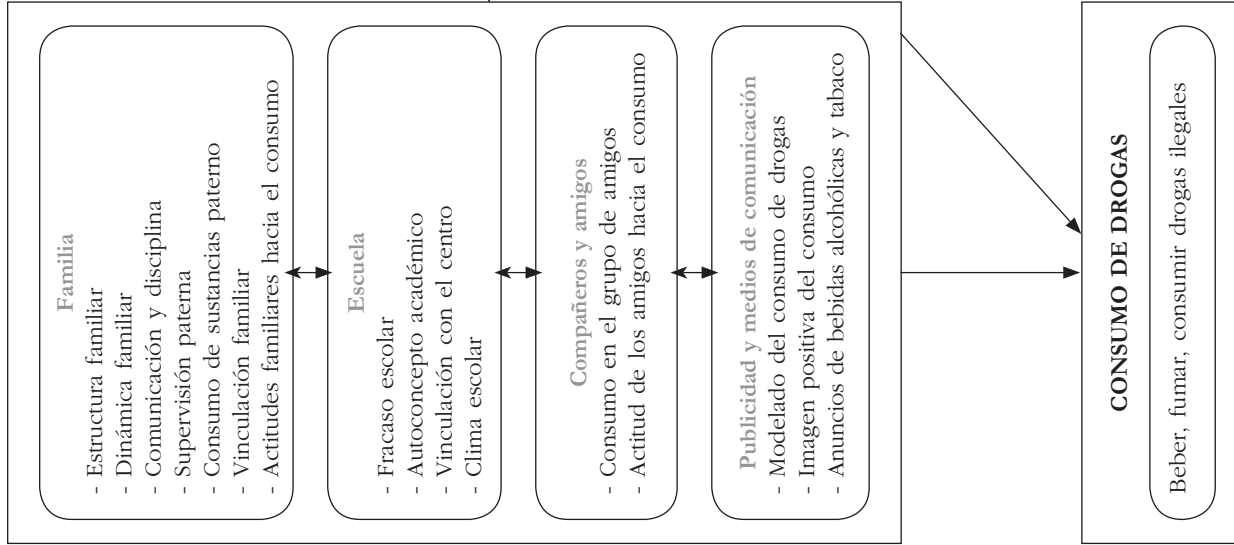
Programas de prevención tradicionales. La estrategia más común de prevención es el modelo de *transmisión de información*, en el que se ofrece a los adolescentes información sobre las drogas y su abuso. Se instruye a los alumnos acerca de los peligros de las drogas en términos de sus consecuencias negativas a nivel social, legal y de salud. Los programas informativos también instruyen a los adolescentes acerca de los distintos patrones de consumo de drogas, su farmacología y el proceso de adicción. En algunos de esos programas participaban médicos u otros pro-



FACTORES CONTEXTUALES



FACTORES SOCIALES



FACTORES PSICOLÓGICOS

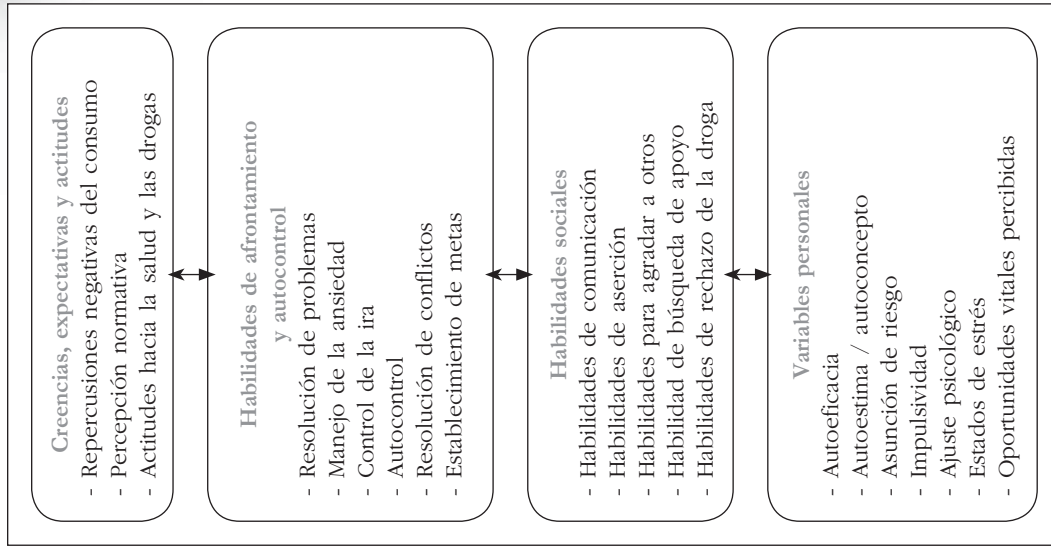


Figura 16.2 Modelo integrador de influencias en el consumo de drogas (adaptado de Espada, Méndez, Griffin y Botvin, 2003)



fesionales sanitarios para hablar de las consecuencias negativas de las drogas sobre la salud. En otros programas se invitaba a antiguos consumidores a exponer en el grupo los problemas de su adicción. Algunas de estas estrategias recurrían a la activación del miedo, mediante técnicas diseñadas para asustar a los adolescentes con presentaciones muy realistas, e incluso, dramáticas de los peligros del consumo. Estos programas asumen que el consumo se debe al desconocimiento de las consecuencias negativas de hacerlo. Sin embargo, la evidencia sugiere que esta asunción es limitada. Los estudios de evaluación revelan que los programas informativos tienen cierto impacto en el nivel de conocimientos y en las actitudes antidrogas, pero fallan cuando se pretende reducir el consumo o modificar la intención de consumir drogas.

Otra aproximación tradicional ha sido denominada como *educación afectiva*. Este tipo de programas asume que fomentando un desarrollo afectivo individual se reduce la probabilidad del abuso de drogas. Aunque los programas que se basan en este modelo se centran en muchos de los factores incluidos en las intervenciones actuales, la educación afectiva tradicional ha usado métodos ineficaces. Más que enfocarse en el entrenamiento de habilidades, se destacaban los juegos experienciales y las actividades de clase que perseguían fomentar el crecimiento personal de los estudiantes, el autoconocimiento y la autoaceptación. No obstante, no existe evidencia de que ese tipo de actividades mejoren en realidad la toma de decisiones, la asertividad o las habilidades de comunicación. Al igual que el modelo de transmisión de información, el modelo de la educación afectiva carece de evidencias que demuestren su influencia en las conductas de consumo, si bien en ocasiones sí modifican alguna de las variables moderadoras del consumo.

Una tercera aproximación clásica es el *modelo de alternativas*, que se basa en proporcionar a los adolescentes actividades que en teoría suponen una alternativa al consumo. Se asume que si el adolescente dispone de ofertas tan atractivas como el consumo, estas actividades ocuparán el lugar de las drogas. El modelo surgió originalmente desde centros de ocio juvenil que programaban actividades deportivas, de medio ambiente, de voluntariado, etc. Los estudios que evalúan estos programas no han hallado un efecto en la conducta de consumo (Schaps, Moscowitz, Malvin y Scheffer, 1986), aunque pueden producir otros efectos beneficiosos.

Aproximaciones actuales. Los programas de *entrenamiento en habilidades de resistencia* parten de la premisa de que muchos adolescentes no desean consumir drogas, pero les falta confianza o habilidades para rechazar la oferta. Así pues, esta estrategia se basa en el entrenamiento en habilidades para ayudar a los adolescentes a resistir las presiones sociales. Los programas de este tipo han sido denominados como de “influencias sociales”, “habilidades de rechazo”, “habilidades sociales de resistencia” o sólo como programas de “habilidades de resistencia”. En este capítulo empleamos este último término porque abarca dos aspectos esenciales de estas aproximaciones: *a)* el objetivo de mejorar la resistencia de los adolescentes ante las influencias sociales negativas y *b)* la atención hacia el entrenamiento en habilidades. Aunque los programas de habilidades de resistencia incluyen las influencias de la familia, los amigos y los medios de comunicación, la mayoría de estos programas se concentran en la influencia del grupo de iguales. El principal objetivo de esta técnica es enseñar a los destinatarios a reconocer las situaciones donde pueden encontrarse bajo la presión para consumir. El propósito es que los alumnos aprendan a evitar las situaciones de alto riesgo y/o adquirir los conocimientos, confianza y habilidades para afrontar la presión en ese tipo de situación. Asimismo, se suele incluir un componente sobre la influencia de los medios de comunicación, en especial sobre las técnicas empleadas por los publicistas para fomentar las conductas de consumo. Por último, estos programas con frecuencia contienen un componente dirigido a corregir las expectativas normativas sobre el consumo mayoritario entre los adolescentes. Un gran número de estudios han probado la efectividad de los programas que utilizan el entrenamiento en habilidades de resistencia (véanse, por ejemplo, Snow, Tebes, Arthur y Tupasak, 1992; Sussman, Dent, Stacy y Sun, 1993). De acuerdo con la mayoría de las investigaciones, los programas que se fundamentan en esa interpretación son capaces de reducir el consumo de tabaco entre 30 y 50% (Botvin y Griffin, 2000). Sin embargo, son menos los



estudios que han evaluado el impacto del entrenamiento en habilidades de resistencia en el consumo de alcohol o marihuana. Por otro lado, en los análisis de seguimiento a largo plazo se observa que los efectos tienden a decaer en forma gradual con el paso del tiempo (Murray, Pirie, Luepker y Pallonen, 1989).

Una premisa implícita en los enfoques anteriores es que los adolescentes no desean consumir drogas, de manera que empiezan a ingerirlas porque sucumben a los mensajes persuasivos o carecen de las habilidades suficientes para resistir la presión. Esto supone una limitación, ya que no consideran la posibilidad de que algunos adolescentes en realidad sí las quieran consumir. Para ellos, tomar drogas no sería sucumbir ante la presión, sino que tendría valor en sí mismo. Como se ha visto, fumar, por ejemplo, puede ayudar a algunos adolescentes a afrontar la ansiedad, la baja autoestima o la incomodidad en situaciones sociales. Dada la complejidad de los factores determinantes del consumo, parece lógico que la actuación preventiva debería ser integral, abarcando el máximo de variables etiológicas.



Ante ello, los *programas de mejora de competencias* optan por la instrucción de habilidades personales generales y sociales en combinación con habilidades de resistencia. El programa *Entrenamiento en habilidades de vida* (Botvin, 1998) es uno de los mejores exponentes de este tipo de intervención. En España, el programa *Saluda* (del que hablaremos en la última parte del capítulo) se basa en forma parcial en las premisas de este modelo. Aunque estas intervenciones tienen en común algunos métodos de los programas de habilidades de resistencia, un rasgo distintivo es el énfasis en fomentar las habilidades de autonomía personal y de afrontamiento social. Estas habilidades se enseñan usando métodos combinados de corte cognitivo-conductual: instrucción y demostración, representación de papeles, *feedback* y refuerzo, ensayo conductual y práctica extensiva a través de tareas en casa. Es habitual incluir el entrenamiento en toma de decisiones y resolución de problemas, habilidades cognitivas para resistir la influencia social, habilidades para mejorar la autoestima (establecimiento de objetivos, técnicas de cambio de conductas), estrategias de afrontamiento para el estrés y la ansiedad, así como habilidades sociales generales. Este tipo de programas acostumbra incluir habilidades generales y su aplicación a situaciones relacionadas de modo directo con el consumo de drogas. Además, un beneficio añadido es que el repertorio de habilidades adquiridas son útiles para el adolescente en muchas otras situaciones de su vida; por lo tanto, lo que aprenden en los programas no se reduce sólo a situaciones asociadas con la droga. Esta es una diferencia respecto de los programas de entrenamiento en habilidades de resistencia, centrados de manera exclusiva en el campo del consumo de drogas.

En cuanto a los resultados de los programas que se fundamentan en este modelo, numerosos estudios de evaluación han comprobado su eficacia modificando las conductas de consumo, e incidiendo en los factores de riesgo más relevantes (Botvin y Eng, 1982; Botvin, Epstein, Baker, Díaz y Williams, 1997; Espada, 2002; Pentz, Dwyer, MacKinnon, Flay, Hansen, Wang, y Johnson, 1989). No obstante, los programas parecen eficaces sólo si contienen actividades centradas específicamente en las drogas. Un estudio de Caplan, Weissberg, Grober, Sivo, Grady y Jacoby (1992) reveló que un programa de prevención inespecífica (sin contenidos asociados con las habilidades relacionadas con las drogas) no resultaba eficaz reduciendo el consumo.



Técnicas de intervención aplicadas en los programas preventivos

Educación sobre las drogas

La transmisión de conocimientos se considera una parte indispensable de la prevención de la drogodependencia en adolescentes. Como se ha señalado, los programas tradicionales sólo se concentraban en proporcionar información, presumiendo que los individuos cambiarían por ello su conducta. Sin embargo, sabemos que aunque se requiere el cambio cognitivo, éste debe estar seguido de un cambio afectivo y conductual (consumo e intención de hacerlo). No obstante, ofrecer información es un paso necesario para prevenir o modificar hábitos y por ello los programas preventivos casi siempre incluyen la transmisión de información como uno de sus componentes. Entre los objetivos de la fase educativa de un programa está el informar acerca de las características de las drogas (acción sobre el organismo, capacidad adictiva, consecuencias negativas a corto y largo plazo, etc.), y corregir las falsas creencias sobre las drogas. Las *creencias erróneas* más frecuentes sobre las que se debe actuar sostienen que las drogas no perjudican la salud, no generan hábito, o que únicamente las drogas ilegales son peligrosas (Macià, 2000).

Algunos principios a tener en cuenta al brindar información sobre drogas a los adolescentes son:

- La información debe ser veraz, evitando las exageraciones y la ocultación de información.
- No conviene dramatizar ni recurrir al miedo como forma de persuasión.
- Es preferible destacar las consecuencias negativas a corto plazo, no las enfermedades futuras, pues es más probable que a nivel cognitivo se elaboren contraargumentos. Por otro lado, para los adolescentes es más importante el momento presente.
- Se debe adaptar la información a las características de los destinatarios, sin ofrecer información excesiva. De igual modo, conviene emplear los medios didácticos precisos para captar la atención y optimizar la asimilación de mensajes.
- La intervención no debe basarse exclusivamente en la información. Ésta debe considerarse como un paso necesario, previo a la adquisición de las habilidades que facilitan el mantenimiento de conductas saludables.

Macià (1984) comparó un programa preventivo en el que se ofrecía sólo información, frente a otros programas en los que se practicaba el modelado de conducta y una combinación de información más modelado. Resultó que ambos programas eran más eficaces que el que sólo proporcionaba información de forma tradicional. Otras investigaciones (López-Sánchez, 2000) demuestran que las técnicas persuasivas y de recurso al miedo son ineficaces desde el punto de vista preventivo.

Métodos de entrenamiento en habilidades

Mejora de las habilidades sociales

El entrenamiento en habilidades sociales es uno de los elementos principales de la intervención comportamental-educativa por dos motivos (Macià, 2000): 1) por la estrecha relación entre la competencia social infantil y el posterior desarrollo psicológico y social, y 2) por la trascendencia de las habilidades de relación interpersonal en la adaptación a la vida cotidiana. Además de la práctica de habilidades sociales generales, en la prevención de la drogadicción se ha concedido especial atención a un tipo concreto de habilidad: la *asertividad*. Ésta se ha definido



como la capacidad de expresar los propios derechos y opiniones con respeto hacia los derechos de los demás (Alberti y Emmons, 1974). Si bien el entrenamiento en asertividad comenzó constituyendo una terapia individual para adultos (Wolpe y Lazarus, 1966), se ha ido extendiendo de modo progresivo a numerosos programas de entrenamiento, en particular de tipo educativo o preventivo. Se considera especialmente indicado durante el inicio de la adolescencia, por los beneficios que supone potenciar en esta etapa el autoconcepto y promover el locus de control interno (Wise, Bundi, Bundy y Wise, 1991). El fin que se persigue con esta capacitación es que los alumnos aprendan a identificar los obstáculos al comportamiento asertivo y a comportarse de forma asertiva en todo tipo de situaciones. La estrategia indicada es el entrenamiento en habilidades sociales, que se desarrolla en varios pasos:

1. *Fase educativa*

- Paso 1. Discusión acerca de los estilos de comportamiento: pasivo, asertivo, agresivo.
- Paso 2. Diálogo sobre los obstáculos para comportarse de forma asertiva (por ejemplo, decir “no” de forma adecuada).

2. *Fase de entrenamiento en habilidades* (práctica de habilidades asertivas)

- Paso 3. Selección de una habilidad concreta a practicar.
- Paso 4. Modelado por parte del monitor-terapeuta.
- Paso 5. Escenificación mediante representación de papeles, una situación relacionada con la habilidad.
- Paso 6. Refuerzo positivo a los participantes, destacando los aspectos adecuados de su ejecución.
- Paso 7. Retroalimentación, señalando los aspectos mejorables de la intervención del grupo de participantes. Se debe atender a los aspectos verbales, paraverbales y no verbales de la interacción social representada.
- Paso 8. Repetición del ejercicio de representación de papeles.

En la tabla 16.4 se resumen los contenidos a desarrollar en la fase educativa del entrenamiento en habilidades sociales y las principales habilidades genéricas y específicas a practicar. Por su parte, en la tabla 16.5 se presentan dos escenas trabajadas con adolescentes para aprender conductas asertivas. El lector interesado en conocer a fondo este procedimiento puede consultar manuales como el de Caballo (2002) o el de Michelson, Sugai, Wood y Kazdin (1999).

Tabla 16.4 Entrenamiento en habilidades sociales en un programa preventivo

Contenidos informativos	Habilidades genéricas	Habilidades específicas
<ul style="list-style-type: none"> ■ Criterios para unas habilidades sociales adecuadas. ■ Mecanismos de adquisición de las habilidades sociales. ■ Estilo pasivo, asertivo y agresivo. ■ Proceso y componentes de la comunicación. ■ Lenguaje verbal y no verbal. 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Conversaciones <ul style="list-style-type: none"> ● Iniciar, mantener y finalizar conversaciones. ● Escuchar activamente ● Presentarse a desconocidos ● Introducirse en una conversación. ■ Opiniones positivas <ul style="list-style-type: none"> ● Hacer cumplidos, elogiar. ● Recibir cumplidos. ■ Opiniones negativas <ul style="list-style-type: none"> ● Hacer críticas. ● Aceptar críticas. ■ Expresión de sentimientos ■ Defender los propios derechos ■ Hacer peticiones 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Defender la propia postura ante las drogas y su abuso. ■ Expresar opiniones positivas sobre las conductas saludables. ■ Expresar opiniones contrarias al abuso de drogas. ■ Rechazar el ofrecimiento de una droga. ■ Pedir una bebida no alcohólica en un bar. ■ Resistir la presión cuando varios amigos insisten en beber o tomar otras drogas. ■ Rehusar a beber cuando se va a conducir.



Tabla 16.5 Escenas para el entrenamiento en habilidades sociales específicas

Ficha 4

Tipo de habilidad: Resistir la presión.

Situación: Estás en un bar celebrando el cumpleaños de un amigo. Él insiste en que bebas, pero tú no quieres porque tienes que volver en moto.

PERSONAJE 1: ¡Ándale, Mario! ¡tómame otra cerveza!

PERSONAJE 2: Gracias, de verdad. Pero ya me he tomado una y no me quiero pasar. ¡Tengo que conducir!

PERSONAJE 1: ¡Pero si por un par de cervezas no te vas a emborrachar! Además, yo también voy en moto. No seas tan reprimido, tómame otra.

PERSONAJE 2: Tú haz lo que quieras, pero no te metas conmigo. ¿Es que no has oído nunca lo de “si bebes no manejes”?

PERSONAJE 1: ¡Pero si por aquí nunca se pone la “poli”!

PERSONAJE 2: No es sólo por la multa. No quiero tener un accidente tontamente. No insistas más, por favor.

Ficha 7

Habilidad: Decir que no.

Situación: De “antro” con tus amigos. Han tomado un par de “megavastos” entre los cinco.

PERSONAJE 1: Que traigan otro, éste se ha acabado. Dénme dinero cada uno que voy a pedir otro.

PERSONAJE 2: Yo no pongo, no quiero más.

PERSONAJE 1: ¿Cómo que no? ¡No nos hagas esto! Pero si la tarde acaba de empezar...

PERSONAJE 2: Yo ya voy bien. Si bebo más me voy a poner mal.

PERSONAJE 1: Hoy hay que reventarse, tenemos que celebrar el final de los exámenes.

PERSONAJE 2: Reviéntense ustedes, yo ya voy bien.

PERSONAJE 1: ¡Qué ñoño!

PERSONAJE 2: Ya te he dicho que así estoy bien. Estoy un poco alegre. No quiero beber más.

Modificado de Espada y Méndez (2003).

Mejora en las habilidades de resolución de problemas

Los primeros estudios con respecto a los procesos de resolución de problemas y su relación con un buen ajuste social fueron desarrollados por Spivack, Platt y Shure (1976). La capacidad de tomar decisiones de manera responsable constituye una habilidad fundamental para el adolescente ya que le proporciona autonomía personal. Ése es el objetivo de inicio de la capacitación en resolución de problemas. Por otro lado, la adopción de una postura ante el consumo de drogas supone, en sí misma, una decisión. Por ambas razones, es un componente que se incluye en muchos programas de fomento de competencias personales. Además, la habilidad de toma de decisiones a menudo se cita como uno de los principales factores asociados con el consumo de tabaco y alcohol en la adolescencia (Grimes y Swisher, 1989; Pfeffer, 1993).

Entre los procedimientos para el entrenamiento en resolución de problemas, uno de los más difundidos es la técnica de D´Zurilla y Goldfried (1971). Estos autores definen la resolución de problemas como “un proceso conductual [...] que hace disponibles diversas alternativas de respuesta potencialmente eficaces para hacer frente a la situación y que aumenta la probabilidad de seleccionar la respuesta más eficaz entre estas alternativas”. El método consta de los siguientes pasos:

1. Orientación hacia el problema:
 - a) Percepción del problema.
 - b) Valoración de las causas.



2. Definición y formulación del problema:
 - a) Recopilación de información relevante para el problema.
 - b) Comprensión del problema.
 - c) Establecimiento de metas realistas respecto del problema.
 - d) Revaloración del problema.
3. Búsqueda del mayor número de alternativas como posibles soluciones al problema. Principios aplicables en esta etapa:
 - a) Principio de cantidad antes que calidad.
 - b) Principio de dilación del juicio (esperar a valorar las consecuencias en la siguiente fase).
 - c) Principio de variedad.
4. Valoración de cada solución posible, atendiendo a las consecuencias de la puesta en práctica de esa alternativa, tanto positivas como negativas, a corto y a largo plazos.
5. Toma de decisiones.
6. Puesta en práctica de la medida elegida.
7. Evaluación de la puesta en práctica:
 - a) Autoevaluación.
 - b) Autorrefuerzo, si los resultados son satisfactorios; o nuevo proceso si la medida no ha solucionado el problema.

En los programas de prevención de la drogodependencia, los alumnos aprenderán los pasos básicos del método de resolución de problemas aplicado a situaciones cotidianas.

Cuadro 16.1 Ejercicios para la práctica de la toma de decisiones

El caso de Laura

Es sábado, y como muchos fines de semana, Laura está con sus dos mejores amigas en la puerta de un “antro” al que suelen ir. Un muchacho se acerca a ellas y les ofrece “chocolate”. Ellas suelen fumar algún cigarro de vez en cuando, pero casi nunca compran tabaco. Piensan en decirle al joven que no quieren, pero las tres se miran, pensando que les apetecería probar qué se siente fumar un cigarro con hachís.

El caso de Eduardo

Eduardo se la pasa muy bien con sus amigos. Les gusta ir a las discotecas, bailar y ver a las chicas que van por allí. Este sábado hay una fiesta especial, vienen disc-jockeys invitados y habrá música durante ocho horas seguidas. Antonio, uno del grupo, propone comprar pastillas y que todos se las tomen. Conoce a un muchacho que las pasa y no son muy caras. Eduardo no sabe qué hacer.

El caso de Adrián

Adrián cumple quince años dentro de una semana, y desea celebrarlo con sus amigos. Durante el verano, han celebrado varios cumpleaños, ya que son muchos en la pandilla, y todos han sido parecidos: comprar bebida y hielo en el supermercado, irse a la playa a beber y a estar allí. Acostumbran divertirse mucho, pero en alguna ocasión ha habido problemas porque alguno ha bebido mucho y se ha puesto agresivo. Una vez, dos de ellos llegaron a las manos discutiendo, y otra, se pelearon con otros jóvenes que les habían provocado. Adrián no está seguro de querer celebrar así su cumpleaños, pero sabe que a sus amigos les gustaría.

Espada y Méndez (2003).

Posteriormente, se pueden plantear supuestos relacionados con la oferta de drogas (véase el cuadro 16.1). Por último, los adolescentes pueden practicar el método para la toma de decisión sobre su postura en el futuro ante las drogas, una vez analizadas las ventajas e inconvenientes de su consumo. García-Rodríguez y López (1988) analizaron dos programas preventivos, uno de ellos cimentado en el modelado y la representación de papeles y otro en la técnica de resolución de problemas. Ambas condiciones experimentales fueron comparadas con un grupo control sin tratamiento. En el seguimiento a los doce meses, se observó que las actitudes saludables en los dos grupos experimentales eran significativamente mayores que las de los sujetos que no recibieron ninguna intervención.

Manejo de la ansiedad y la ira

Algunos programas preventivos incluyen entre sus metas enseñar a los adolescentes a enfrentar situaciones estresantes (véase, por ejemplo, Botvin, 1998). La capacitación en este tipo de técnica está justificada porque, entre las motivaciones para consumir tabaco, alcohol u otras drogas, se halla la intención de vencer las dificultades de la vida diaria. Así, por ejemplo, un adolescente puede beber para superar su timidez, o fumar para calmar los nervios antes de un examen. El objetivo al enseñar estas estrategias es, por lo tanto, que los destinatarios aprendan a controlar su conducta sin ayuda de las drogas.

Para ello, el entrenamiento en estrategias de autocontrol, como parte de un programa preventivo, contribuiría a aumentar el control del individuo sobre el medio en el que interacciona, reforzaría su autonomía en el proceso de toma de decisiones y le colocaría como actor principal en un posible cambio hacia un estilo de vida más saludable. Si se resume la propuesta de Olivares, Méndez, y Lozano (1999), las fases que componen un programa de entrenamiento en autocontrol serían las siguientes:

1. Fase educativa o de información:

- Paso 1. Corrección de errores de concepto, tales como que la voluntad o la confianza equivalen a autocontrol, o que éste consiste, en forma exclusiva, en exponerse a las situaciones difíciles para aumentar la resistencia.
- Paso 2. Dar información sobre los principios básicos del aprendizaje.

2. Fase de entrenamiento:

- Paso 3. Análisis objetivo, tanto de la conducta problema como del comportamiento en general, que nos permitirá establecer una línea base.
- Paso 4. Definir los objetivos y establecer criterios para los cambios que esperamos conseguir, teniendo muy en cuenta la planificación temporal de los mismos.
- Paso 5. Elegir el método de autocontrol que se ajuste mejor a los objetivos.
- Paso 6. Programar los autorrefuerzos.

3. Fase de aplicación:

- Paso 7. Puesta en práctica en la vida diaria, todas aquellas estrategias aprendidas.

Como señalan Luengo *et al.* (1999), para la enseñanza de técnicas de manejo de la ansiedad se puede partir de situaciones que desaten reacciones emocionales negativas, propuestas por el grupo, analizando sus componentes cognitivos, fisiológicos y comportamentales, transmitiendo la importancia de detener de modo precoz la respuesta agresiva. Asimismo, se presentan técnicas como el entrenamiento en respiración profunda, la relajación muscular progresiva, el ensayo mental y la reestructuración cognitiva. Una explicación pormenorizada de las distintas estrategias de relajación puede encontrarse en Méndez, Olivares y Quiles (1999).



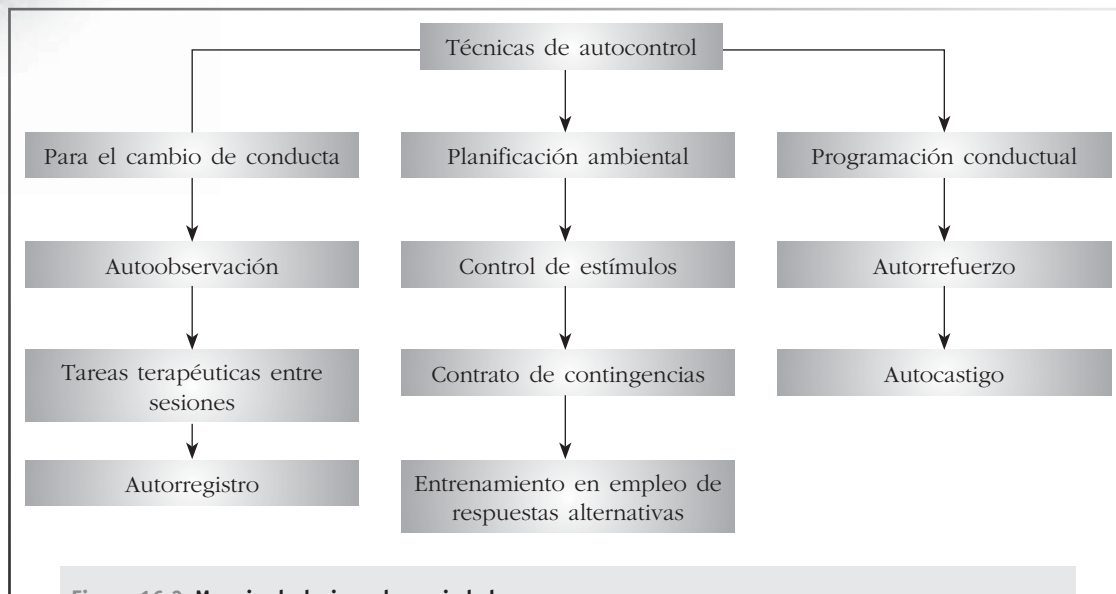


Figura 16.3 Manejo de la ira y la ansiedad.

Otras técnicas

Establecimiento de objetivos. Con esta técnica se pretende fomentar en los adolescentes la reflexión sobre sus conductas futuras, enseñándoles a plantearse metas de cambio a corto, medio y largo plazo. Se comienza pidiendo a cada participante que evalúe en qué áreas personales le gustaría mejorar o efectuar algún cambio. Después de transcribirlas, se les propone que establezcan submetas o pasos intermedios necesarios para conseguir ese cambio propuesto. Luego, planifican el tiempo que deberán invertir en dar esos pasos y las acciones concretas que llevarán a cabo. Por último, se decide una fecha en la que se revisará el grado de cumplimiento y se repasarán los pasos que faltan por dar. En el programa propuesto por Casas (1998), los participantes aplican este método, programando metas personales y evaluándose a sí mismos en cuanto a su consecución.

Autorrefuerzo. El autorrefuerzo consiste en la autoadministración de un reforzador de manera contingente a la ejecución de una conducta. Es decir, inmediatamente después de haber realizado algo que una persona se ha propuesto, se premia a sí misma; por ejemplo, ejecutando una actividad agradable. Así, alguien que lleva una semana sin fumar, podría comprarse una camisa nueva como premio por haber superado ese plazo. El autorrefuerzo también puede ser encubierto, o sea, consistente en un mensaje de felicitación que el individuo se dice a sí mismo. El programa “Saluda al fin de semana” (Espada y Méndez, 2003) dedica una sesión a enseñar a los alumnos esta técnica. Primero, se practica con situaciones elegidas por los participantes y, posteriormente, se emplea el autorrefuerzo por el cumplimiento semanal de su decisión de no consumo o consumo responsable.

Mejora del autoconcepto y autoestima. Un adecuado nivel de autoestima constituye un factor de protección frente al consumo y abuso de drogas. La justificación de su inclusión como tema formativo para padres se basa, además, en la hipótesis de que la autoestima elevada capacita al joven para la toma de decisiones, fomenta su responsabilidad y le ayuda a resistir la presión de grupo (Espada, Méndez, García del Castillo, Lloret y Orgiles, 2003). Para acrecentar la autoestima, se puede recurrir a pequeñas experiencias personales que, como si se trataran de múltiples pruebas cotidianas, permitan al joven reforzar su sensación de competencia personal. Con este fin, se requiere consolidar las habilidades y capacidades personales para afrontar con éxito esas situaciones y, por lo tanto, promover la autoestima de los muchachos.

La intervención en el desarrollo y mejora de la autoestima con fundamento en una concepción multidimensional entraña el fomento de las habilidades personales que abarquen el plano conductual (qué hace o qué dice la persona), el cognitivo (pensamientos y concepciones personales) y emocional (qué sentimientos y emociones experimenta). Para lograrlo, es útil destacar, entre otros, los siguientes aspectos (Quiles y Espada, 2004):

- El conocimiento de uno mismo, en lo que se refiere a sentimientos, deseos, pensamientos, aptitudes, etcétera.
- La autoaceptación; es decir, el reconocimiento de uno mismo con cualidades y limitaciones. Para ello, se recurre a técnicas de interacción grupal y a la visualización.
- Los estilos cognitivos distorsionados y las formas de rebatir estos pensamientos irracionales.
- La resolución adecuada de las situaciones problemáticas.
- La promoción de actividades agradables.

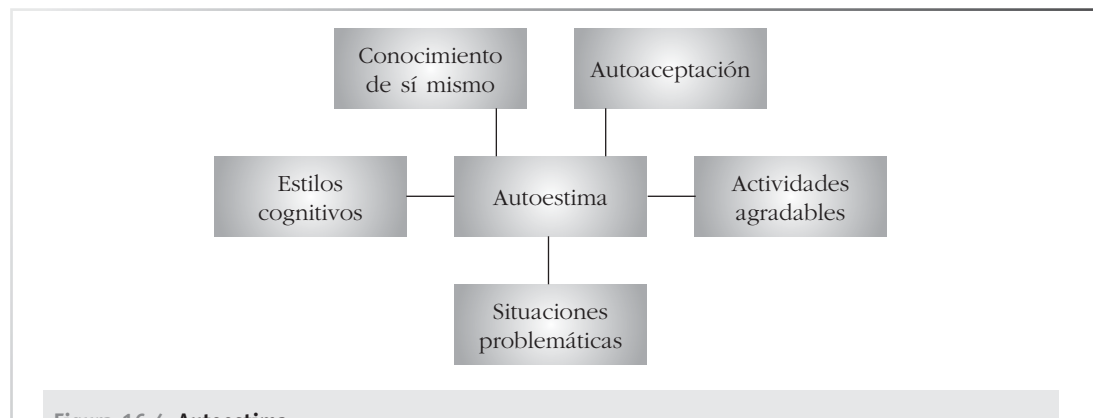


Figura 16.4 Autoestima

Compromiso público. Algunos programas incluyen la manifestación pública del compromiso de no consumir o consumir de manera responsable (Becoña, Palomares y García, 1994; Espada y Méndez, 2003). Los principios de coherencia y deseabilidad social subyacen a la técnica del compromiso público. La hipótesis explica que las personas actuamos como creemos que los demás esperan que lo hagamos y el incumplimiento del compromiso supondría una fuerte disonancia cognitiva. La técnica consiste en dar la palabra a los participantes que deseen expresar su decisión ante el grupo, el cual actuará de testigo y de evaluador del cumplimiento del compromiso. Para que esta técnica tenga el efecto deseado, el grupo debe ser relevante para la persona, quien demostrará su interés por ser miembro del grupo.

Alternativas de ocio. El argumento que fundamenta los programas de ocio alternativo es que si los adolescentes cuentan con una oferta suficiente de actividades saludables para el tiempo libre, entonces se reduce la probabilidad de consumir o abusar de las drogas. De alguna manera se entiende que las drogas vienen a llenar los espacios vacíos de ocio. En ese sentido, involucrarse en actividades asociativas o deportivas se considera como un factor de protección ante el abuso de drogas (Espada, Sarabia y Lillo, 1998; Macià, Olivares y Méndez, 1990).

Las conclusiones de la VII Reunión Nacional de Drogodependencias dedicada a la “Prevención de drogas y ocio alternativo” (INID, 2005), coinciden en la necesidad de hacer partícipes a los jóvenes del diseño, la gestión e implementación de las actuaciones preventivas sobre la utilización del ocio alternativo en la prevención de las drogodependencias. Asimismo, se propone promover iniciativas que vayan en la línea de trabajar por una noche más segura, más saludable, y con menos riesgos, por medio de la participación de todos los agentes y sectores implicados, en la que los mecanismos de regulación y los programas de reducción de daños/riesgos deben desempeñar un papel relevante. Si bien el diseño e implementación de los programas de ocio alternativo ha vivido un aumento espectacular durante la última década, son todavía escasos los programas que aportan datos fiables acerca de su



efectividad. En ese sentido, podemos afirmar que la evidencia científica no justifica que los programas de ocio alternativo, en la actualidad, sean estrategias eficaces en la prevención del consumo de drogas.

Un ejemplo de programa preventivo

Objetivos y líneas generales

“Saluda al fin de semana” es un programa de prevención del abuso de alcohol y las drogas de síntesis en contextos de ocio. Los objetivos generales que persigue son retrasar la edad de inicio al consumo de alcohol. Los estudios realizados constatan que una iniciación temprana en el abuso de sustancias aumenta la probabilidad de consumos problemáticos en la edad adulta. Por otro lado, el organismo adolescente, en pleno desarrollo, se ve afectado por las drogas en mayor medida que el de los adultos, por lo que atrasar la ingesta de alcohol y otras drogas beneficia dicho desarrollo. Asimismo, se busca reducir el consumo abusivo de alcohol y drogas de síntesis. El programa “Saluda” pretende enseñar a convivir con las drogas, distinguiendo el uso del abuso, y promoviendo un consumo responsable y saludable del alcohol y la abstinencia de las drogas de síntesis. Se intenta romper el binomio “diversión-droga”, asociado a los actuales patrones de consumo de drogas como facilitadoras de la diversión durante el ocio.

El programa actúa en tres niveles:

- a) *Cognitivo*. Proporciona información, presentada de forma activa y persuasiva, relacionada con las repercusiones negativas a corto y largo plazos, las diferencias entre uso y abuso de sustancias, los factores de riesgo, y sobre las tasas de consumo adolescente de alcohol y drogas de síntesis, con el propósito de modificar la sobreestimación que con frecuencia se efectúa para justificar la decisión adolescente de consumir.
- b) *Actitudinal*. Promueve actitudes favorables hacia la salud mediante la abstinencia o el uso responsable del alcohol, y el no consumo de drogas de síntesis. También persigue inocular actitudes contrarias al abuso de sustancias.
- c) *Conductual*. Proporciona repertorios básicos de habilidades sociales para desarrollar la capacidad de relacionarse sin recurrir al alcohol y, en especial, para resistir la presión de grupo en situaciones de consumo de drogas en momentos de ocio. Enseña habilidades de resolución de problemas y toma de decisiones para buscar ofertas saludables de tiempo libre en la ciudad y que éstas se consideren como alternativa al aburrimiento y al abuso de sustancias, y para adoptar una decisión personal sobre el consumo expresada en forma de compromiso público. Por último, fomenta las habilidades de autocontrol, como el autorreforzamiento del consumo responsable los fines de semana.

Componentes del programa

De acuerdo con la línea de las intervenciones centradas en la mejora de la competencia personal, el programa “Saluda” da prioridad al desarrollo de las habilidades que se asocian de manera directa con los factores de riesgo. La lógica del programa considera que los adolescentes consumen alcohol y otras drogas por razones personales, búsqueda de estimulación positiva (sensaciones placenteras) o escape/evitación de estimulación aversiva (estados emocionales negativos), y por motivos sociales, instigación/imitación (invitaciones de los amigos) o facilitación de las relaciones interpersonales (desinhibición social). Los componentes principales del programa “Saluda” se justifican con base en las cuatro motivaciones mencionadas:

- *Estrategias de resolución de problemas*: se utiliza una adaptación del procedimiento de D’Zurilla y Goldfried (1971). En una primera fase se aplica el método a situaciones cotidianas y después se valoran los “pros” del no consumo o del uso responsable y los “contras” del abuso de drogas, con el fin de tomar una decisión personal.



- *Fomento de las actividades de ocio saludable*: se informa acerca de la oferta de actividades juveniles para el tiempo libre en la ciudad, haciendo participar a los alumnos en la búsqueda activa de información. Asimismo, se invita a responsables de instituciones culturales, clubes deportivos, etc., para que comenten el plan de sus organizaciones.
- *Habilidades de resistencia a la presión*: se identifican las técnicas de persuasión publicitaria. A través de la capacitación en habilidades sociales, los sujetos aprenden a defender sus derechos, a decir “no” y a afrontar con habilidad situaciones de presión hacia el abuso de alcohol y/o drogas de síntesis.
- *Habilidades sociales*: el procedimiento consta de instrucciones del monitor, modelado de compañeros líderes, representación de papeles de los participantes, reforzamiento positivo y retroalimentación constructiva del monitor y del grupo. Las habilidades entrenadas son: escucha activa, inicio, mantenimiento y conclusión de conversaciones, y expresión de opiniones y sentimientos positivos.
Además de los elementos descritos, el programa incluye:
- *Información con respecto a las drogas*: con metodología participativa y lúdica, se proporciona información veraz acerca de la naturaleza del alcohol y las drogas de síntesis y sus efectos negativos a corto y a largo plazos. Se destacan las consecuencias negativas inmediatas, pues suelen ser las más valoradas por los adolescentes, evitando recurrir al miedo.
- *Compromiso público*: una vez que cada participante ha evaluado las ventajas del no consumo o del consumo responsable y los inconvenientes del abuso, toma su decisión personal. El compromiso se realiza de manera dinámica y se formaliza por medio de un contrato conductual que firman de modo voluntario.
- *Entrenamiento en el autorrefuerzo*: se enseña al adolescente a autorrecompensarse por el cumplimiento del compromiso del no consumo o el uso responsable de sustancias los fines de semana.

Contenido de las sesiones

El programa consta de diez sesiones a razón de dos por semana. A continuación se describen los objetivos y actividades de las diez sesiones que conforman el programa (véase la tabla 16.6). La eficacia del programa se evaluó con estudiantes de tercero de ESO. Un estudio piloto reveló que el programa aumentaba el nivel de conocimientos sobre el alcohol y las drogas de síntesis, y modificaba la percepción normativa del consumo. Siguiendo los criterios de Cohen (1988), la eficacia del programa puede calificarse de media-alta ($d_+ = 0.78$), si se compara con un grupo control sin intervención (Espada, Méndez, Botvin, Griffin, Orgiles y Rosa, 2002).

Consideraciones finales

Como se ha expuesto en este trabajo, el problema de las drogodependencias tiene un origen multicausal, por lo que se requiere un abordaje desde diversos ángulos. La intervención educativa debe atender a múltiples variables relacionadas con los factores de riesgo de consumo. De igual forma, las actuaciones educativas deben complementarse con medidas de nivel político que favorezcan la reducción de la oferta de drogas. Aunque los avances en la investigación y desarrollo de intervenciones preventivas han sido notables en los últimos años, se precisa mayor información sobre la efectividad de los programas atendiendo a variables comportamentales. Las medidas de conocimientos acerca de las drogas y actitudes sirven como estimación de los cambios en las variables mediadoras, pero se requiere saber si las intervenciones funcionan en cuanto a promover cambios de conductas (retraso en la edad de inicio, descenso en las tasas de consumo). Es necesario, además, fundamentar todas las intervenciones preventivas en modelos teóricos que hayan demostrado su utilidad e incluir técnicas de



Tabla 16.6 Sesiones del programa "Saluda"*

		Objetivos	Contenidos
FASE EDUCATIVA	Sesión 1	<ul style="list-style-type: none"> a) Promover un ambiente favorable para la aplicación en grupo del programa. b) Fomentar la confianza mutua y la comunicación fluida entre los participantes. c) Conocer los conceptos básicos sobre las drogas. d) Diferenciar entre uso y abuso de drogas sobre la base de las repercusiones en la salud. e) Informar sobre las principales características del alcohol y de las drogas de síntesis. 	Alcohol y drogas de síntesis ¿Qué es todo eso? 1. Introducción al programa "Saluda". 2. Contenidos y actividades de la sesión. - Actividad en grupo: "¿De qué estamos hablando?". - Actividad individual y en grupo: "Clasificando las drogas". - Actividad en grupo: "La batalla naval". - Actividad individual y en grupo: "¿Uso o abuso?". 3. Propuesta de actividad para la casa. - Encuesta de opinión: "¿Por qué bebes?".
	Sesión 2	<ul style="list-style-type: none"> a) Analizar las motivaciones del consumo juvenil de alcohol y drogas de síntesis. b) Conocer los factores de riesgo del abuso de alcohol y drogas de síntesis. c) Modificar la percepción de los participantes con respecto de la prevalencia del consumo juvenil de alcohol y drogas de síntesis. d) Promover actitudes positivas hacia la abstinencia o hacia el uso moderado y responsable del alcohol. e) Promover actitudes positivas hacia la abstinencia de las drogas de síntesis. 	¿Por qué algunos jóvenes beben y toman pastillas? 1. Revisión de la actividad para la casa. - Encuesta de opinión: "¿Por qué bebes?". 2. Contenidos y actividades de la sesión. - Actividad individual y en grupo: "Motivaciones del consumo juvenil de alcohol y drogas de síntesis". - Actividad en grupo: "Factores de riesgo". - Actividad en grupo: "Mitos y falacias sobre el alcohol y las drogas de síntesis". - Actividad en grupo: "Percepción normativa". 3. Propuesta de actividades para la casa. - "A la caza del anuncio". - "Noticias de la prensa".
FASE DE ENTRENAMIENTO EN HABILIDADES	Sesión 3	<ul style="list-style-type: none"> a) Concientizar de las consecuencias negativas a corto y largo plazos del abuso del alcohol. b) Concientizar de las consecuencias negativas a corto y largo plazos del consumo de drogas de síntesis. c) Identificar las formas de presión social hacia el consumo de alcohol y otras drogas legales. d) Reconocer las estrategias publicitarias para promover actitudes favorables al consumo de alcohol. e) Fomentar una postura crítica ante los mensajes publicitarios. 	Lo que no dice la publicidad 1. Revisión de actividades para la casa. - Comentarios acerca de las noticias. 2. Contenidos y actividades de la sesión. - Contenido: "Efectos negativos del abuso del éxtasis". Video. - Actividad: "Influencia de la publicidad: canción TV". - Actividad: "Análisis de anuncios". 3. Propuesta de actividad para la casa. - "Así son mis relaciones".
	Sesión 4	<ul style="list-style-type: none"> a) Distinguir los elementos de la conducta social. b) Conocer las características de la conducta socialmente hábil. c) Diferenciar los comportamientos tímido, hábil y agresivo. d) Autoevaluar el estilo de relaciones personales de los participantes. e) Mejorar la competencia social de los participantes. 	Relaciones personales /1 1. Revisión de la actividad para la casa. - "Así son mis relaciones". 2. Contenidos y actividades de la sesión. - Contenido: "El bueno, el feo y el malo". - Actividad individual: "¿Quién es quién?". - Actividad en grupo: "Asesoría y <i>consulting</i> ". 3. Propuesta de actividad para la casa. - "Escalera de color".
	Sesión 5	<ul style="list-style-type: none"> a) Mejorar la competencia social de los participantes. b) Desarrollar la capacidad de relacionarse positivamente con los demás sin recurrir al alcohol. c) Aprender a escuchar en forma activa, conversar y expresar opiniones. d) Fomentar la confianza en uno mismo. 	Relaciones personales /2 1. Revisión de actividad para la casa. - "Escalera de color". 2. Contenidos y actividades de la sesión. - Actividad en grupo: "Escenificaciones". 3. Propuesta de actividades para la casa. - "Autoobservación". - "Cuestionario Decir no".



FASE DE MANTENIMIENTO	Sesión 6	<p>a) Mejorar la competencia social de los participantes.</p> <p>b) Desarrollar la capacidad de relacionarse positivamente con los demás sin recurrir al alcohol.</p> <p>c) Mejorar la capacidad de resistir la presión del grupo, especialmente en situaciones relacionadas con el consumo de drogas durante el ocio.</p>	<p>Relaciones personales /3</p> <p>1. Revisión de actividades para la casa. - "Autoobservación".</p> <p>2. Contenidos y actividades de la sesión - Contenido: "Cuándo decir que no". - Actividad en grupo: "Escenificaciones".</p> <p>3. Propuesta de actividad para la casa. - "Ocio y negocio".</p>
	Sesión 7	<p>a) Promover actitudes positivas hacia la práctica de actividades incompatibles con el consumo de drogas.</p> <p>b) Conocer ofertas para el tiempo libre en la ciudad.</p> <p>c) Promover el uso saludable del ocio.</p>	<p>Ocio y negocio</p> <p>1. Revisión de actividad para la casa. - "Ocio y negocio".</p> <p>2. Contenidos y actividades de la sesión. - Contenido: "Una visita muy especial". - Actividad "¿A qué dedico mi tiempo?".</p> <p>3. Propuesta de actividad para la casa. - "Agenda saludable y divertida para el fin de semana".</p>
	Sesión 8	<p>a) Aprender un método general para resolver problemas de forma eficaz.</p> <p>b) Fomentar la toma de decisiones responsable.</p> <p>c) Fortalecer la autonomía personal.</p>	<p>Tengo un problema, ¿Qué hago?</p> <p>1. Revisión de actividad para la casa. - "Agenda saludable y divertida para el fin de semana".</p> <p>2. Contenidos y actividades de la sesión. - Contenido: "El método de resolución de problemas". - Actividad: "Solucionando problemas".</p> <p>3. Propuesta de actividad para la casa. - "Drogas y fin de semana: ¿sí o no?".</p>
	Sesión 9	<p>a) Aplicar el método de resolución de problemas para valorar las ventajas e inconvenientes de abusar del alcohol y consumir drogas de síntesis.</p> <p>b) Fomentar la toma de decisiones responsable.</p> <p>c) Fortalecer la autonomía personal.</p>	<p>Resolver problemas: drogas y fin de semana</p> <p>1. Revisión de actividad para la casa. - "Drogas y fin de semana: ¿sí o no?".</p> <p>2. Contenidos y actividades de la sesión. - Actividad en grupo: "Tomando decisiones".</p> <p>3. Propuesta de actividad para la casa. - "Pros y contras de las drogas de fin de semana".</p>
	Sesión 10	<p>a) Aplicar el método de resolución de problemas para valorar las ventajas e inconvenientes de abusar del alcohol y las drogas de síntesis.</p> <p>b) Realizar una toma de decisión sobre el consumo propio.</p> <p>c) Aprender a autorreforzar el uso responsable de las drogas de fin de semana.</p> <p>d) Repasar los contenidos del programa y resolver posibles dudas.</p>	<p>Yo controlo</p> <p>1. Repaso de la actividad para la casa. - Toma de decisiones.</p> <p>2. Contenidos y actividades de la sesión. - Contenido: "Compromiso público". - Contenido: "Autodiálogos de ánimo". - Actividad: "El pacto". - Actividad: "Cámara... y acción". - Contenido: Repaso de las sesiones anteriores.</p>

Modificado de Espada y Méndez (2003).



eficacia probada, optimizando de modo paulatino los contenidos de los programas, tal y como lo señalan los estudios sobre eficacia (Espada, Rosa y Méndez, 2003). Por lo tanto, resulta imprescindible adaptar los contenidos formativos a las nuevas tendencias en el consumo (drogas y pautas de consumo, edad de inicio, motivaciones hacia el consumo, etcétera).

Lecturas recomendadas

Becoña, E., *Bases teóricas que sustentan los programas de prevención*, Madrid, Plan Nacional sobre Drogas, 1999. Se trata de una de las escasas publicaciones dedicadas por completo al análisis de las teorías que históricamente, y en la actualidad, orientan las intervenciones para prevenir el abuso de drogas. Tras la pormenorizada revisión de las distintas aproximaciones teóricas, el autor expone en la última parte del libro un modelo integrador que abarca el conjunto de variables mediadoras del consumo de drogas.

Espada, J. P. y F. X. Méndez, *Programa Saluda: prevención del abuso de alcohol y drogas de síntesis*, Madrid, Pirámide, 2003. En esta obra se desarrolla un programa preventivo, sesión por sesión, incluyendo fichas de trabajo para los alumnos e indicaciones para el educador en cada actividad propuesta. El programa, basado en los modelos de mejora de competencias personales y entrenamiento en habilidades de resistencia, incluye, entre otras cosas, sesiones informativas con actividades didácticas para los adolescentes y sesiones prácticas con ejercicios de representación de papeles, resolución de problemas y juegos educativos.

García-Rodríguez, J. A. y J. Ruiz, *Tratado sobre prevención de las drogodependencias*, Bilbao, EDEX, 1994. Este tratado es fruto de una reunión en la que participaron los principales expertos en drogodependencias. En la primera parte, "Juventud y drogas", se exponen los aspectos educativos de la prevención en el ámbito escolar. En la segunda, se aborda la prevención familiar y comunitaria. En la tercera parte se revisan algunas de las teorías que fundamentan las intervenciones preventivas y la formación de los profesionales.

García del Castillo Rodríguez, J. A., *Mi hijo, las drogas y yo*, Madrid, EDAF, 1993. El texto ofrece, desde un enfoque eminentemente práctico, una serie de conocimientos y estrategias dirigidas a ayudar a los padres a conocer la relación de los hijos adolescentes con las drogas, bien en la detección de los primeros consumos, y sobre todo, en el desempeño de una educación preventiva eficaz. Se trata, pues, de un libro escrito para padres con un lenguaje sencillo y asequible.



Capítulo Diecisiete

Psicología y sida: estrategias de prevención y tratamiento

**José Pedro Espada
Daniel Lloret**

*Instituto de Investigación de Drogodependencias,
Universidad Miguel Hernández de Elche. Alicante (España)*

**José Antonio García del Castillo
Mónica Gázquez Pertusa**

Xavier Méndez Carrillo

Universidad de Murcia (España)

Introducción

En la actualidad, el sida afecta a más de 38 millones de personas en el mundo. El número de niños seropositivos y enfermos de sida aumenta con rapidez. La expansión de la epidemia se produce sobre todo a causa de comportamientos que conllevan la transmisión del virus. Por ello, es un problema en el que se coordinan las acciones sanitarias y de modificación de hábitos. Para prevenir nuevas infecciones es preciso reducir o eliminar los comportamientos de riesgo. El objetivo de este capítulo es aproximar al lector a la enfermedad del sida, revisando la evolución histórica de la epidemia, sus mecanismos de transmisión y su prevalencia. Se presentan las distintas modalidades de prevención en esta área, ofreciendo pautas para la planificación y aplicación de programas preventivos del sida dirigidos a adolescentes. Por último, se muestran las principales líneas de intervención psicológica con los afectados por el VIH/sida.

Aspectos básicos sobre el sida

Aproximación al problema y acción del VIH en el organismo

El sida (síndrome de inmunodeficiencia adquirida) constituye un conjunto de síntomas caracterizado por una deficiencia del sistema inmunitario. El carácter “adquirido” del sida remarca el hecho de que no se trasmite por vía hereditaria, sino que se contrae en un momento concreto de la vida. El agente causante del sida es el VIH (virus de inmunodeficiencia humana). El primer caso documentado de sida se diagnosticó en 1979 en la ciudad de Nueva York. Hasta el momento, el origen de la epidemia es desconocido, lo que quizá ha contribuido a incrementar la sensación de amenaza en la población.

Al igual que otros virus, el VIH necesita parasitar otras células para poder reproducirse. El virus del sida afecta a las células CD4, un tipo especial de linfocitos. Estas células son las encargadas de fabricar anticuerpos específicos para combatir los agentes patógenos que diariamente acceden al organismo. En forma paulatina, las células CD4 invadidas van deteriorándose o muriendo, de manera que el sistema inmunitario se debilita. Así, el individuo queda indefenso ante los agentes patógenos. El VIH, pues, no origina de modo directo ninguna enfermedad, sino que deja al organismo vulnerable ante patologías que, en condiciones normales, no afectarían gravemente la salud de un individuo. Son las llamadas enfermedades oportunistas.

Desde el momento de su infección, y conforme se va desarrollando el virus en su organismo, el individuo portador atraviesa por distintas fases:

- a) *Infección inicial.* También conocida como fase precoz o aguda. El organismo reacciona frente al virus del sida como lo haría ante cualquier agente extraño, por medio de una respuesta inmunitaria. El sistema inmunitario humano crea anticuerpos específicos contra el VIH. La evolución del virus depende de la envergadura de la dosis, la virulencia de la cepa de virus infectante y la resistencia natural de los individuos.
- b) *Periodo ventana.* Hasta que no transcurren entre dos y tres meses desde la práctica de riesgo, resulta muy difícil determinar si el individuo expuesto se ha infectado o no. No obstante, si el sujeto está infectado, puede transmitir el virus desde el primer momento.
- c) *Fase asintomática.* En esta etapa, la persona infectada no experimenta ningún síntoma ni enfermedad. Puede transmitir el VIH si realiza prácticas de riesgo. Una vez dentro del organismo humano, el VIH se puede reproducir a velocidades muy dispares. Se trata de un periodo indeterminado, que puede durar desde unos meses hasta muchos años. De hecho, hay personas que permanecen asintomáticas hasta quince años, o fallecen por causas naturales.

Existen diversos factores que explican la variabilidad de esta fase. Unos dependen del virus, como la virulencia o agresividad de la cepa, y otros del “huésped”: la resistencia natural del individuo, su estilo de vida (alimentación, actividad física, consumo de drogas, etc.), y factores psicológicos como el afrontamiento, la competencia percibida y el estado de ánimo. Para determinar el estado de una persona infectada se requieren dos datos: la cantidad de linfocitos CD4 por milímetro cúbico de sangre y el número de copias del VIH en cada mililitro de plasma.

- d) *Fase sintomática.* Existen dos criterios que determinan el paso de seropositivo a enfermo de sida: la aparición de enfermedades oportunistas como consecuencia del estado inmunológico deprimido, y el descenso de las defensas del paciente (células CD4) por debajo de 200/ mm³.

Los Centros para el Control de Enfermedades de los Estados Unidos propusieron en 1986 (modificándose en 1993) una tipología de la infección por VIH aceptada de manera mayoritaria. Incluye tres categorías clínicas (A, B y C). La categoría A se aplica a pacientes asintomáticos; la B, a individuos que tengan o hayan tenido síntomas de enfermedades relacionadas con la infección por VIH, y la C a pacientes que padezcan o hayan padecido alguna de las veinte enfermedades catalogadas como definitivas de sida. Entre ellas se encuentran las infecciones bacterianas graves, la candidiasis esofágica o pulmonar, el sarcoma de Kaposi, y algunos tipos

Tabla 17.1 Clasificación de la infección por VIH y criterios de definición del sida para adultos y adolescentes propuestos por los CDC (Centers for Disease Control)

Linfocitos CD4	Categorías clínicas		
	A	B	C (sida)
>500/mm ³	A1	B1	C1
200-499/ mm ³	A2	B2	C2
<199/ mm ³ (sida)	A3	B3	C3

Adaptada de Gatell, Clotet y Podzamczar (2000)



Tabla 17.2 Factores que determinan la duración de la fase asintomática

Dependientes de virus	Dependientes del sujeto	
	Físicos	Psicológicos
Agresividad	Resistencias naturales	Estilos de afrontamiento
Dosis infectante	Alimentación	Nivel de competencia percibida
Número de reinfecciones	Consumo de drogas	Ansiedad
	Actividad física	Estado de ánimo
		Apoyo social

Adaptado de Espada y Quiles (2001)

específicos de neumonía. Como se aprecia en la tabla 17.1, al cruzar estas tres categorías con el nivel de linfocitos CD4, se obtiene un total de nueve subtipos de infección. Se considera que un paciente está afectado de sida cuando se halla en las categorías C1, C2, C3, A3 y B3.

Vías de transmisión del VIH

Transmisión sexual

Desde que se inició la epidemia, se observó que una de las vías de transmisión del VIH estaba muy ligada a las relaciones sexuales. El VIH puede pasar con facilidad de un individuo a otro si los fluidos genitales infectados, tanto del varón como de la mujer, entran en contacto con las microheridas que con frecuencia se producen durante la penetración. No todas las prácticas sexuales implican el mismo riesgo de exposición al virus del sida. Una de las conductas con un riesgo más alto es el coito anal, en especial para el individuo receptor. En esta práctica se origina un mayor número de estas lesiones, que pueden ser imperceptibles. Los contactos bucogenitales pueden suponer cierto riesgo, mayor para el miembro de la pareja que realiza la felación o el *cunnilingus*. Esa persona puede infectarse si el semen, el líquido preseminal o el flujo vaginal de su pareja penetra en pequeñas heridas o llagas de su boca o tracto digestivo. Asimismo, las relaciones orales sin eyaculación implican riesgo, aunque en menor medida.

Según los datos ofrecidos en la 26a. Conferencia Sanitaria Panamericana (septiembre de 2002), la transmisión heterosexual del VIH continúa ocasionando casi tres cuartas partes de los casos en América Central y el Caribe. En el área andina, Canadá, los Estados Unidos y México, la transmisión entre hombres que mantienen relaciones con hombres causa aproximadamente 50% de los casos. En México, la gran mayoría de los casos de sida (91.4%) son debidos a la transmisión sexual. El 49.1% de los casos corresponden a prácticas de riesgo homo y bisexuales, mientras que el 42.3% se asocian con prácticas heterosexuales (Registro nacional de casos de sida, 2004).

Las mujeres son físicamente más vulnerables a la infección por el VIH que los hombres. Los datos de diversos estudios señalan que la transmisión de varón a mujer durante el acto sexual es dos veces más probable que la transmisión de mujer a varón, siempre que no concurren otras infecciones de transmisión sexual. Asimismo, las mujeres jóvenes son biológicamente más susceptibles a la infección que las mujeres adultas antes de la menopausia. (ONUSIDA/04.16S, julio de 2004: Informe sobre la epidemia mundial del sida 2004, 4o. informe mundial).

Transmisión sanguínea

Con base en los datos del Centro Nacional para la Prevención y Control del VIH/sida de México (Censida, 2003), de cada 100 casos acumulados de VIH/sida, seis se originan mediante vía sanguínea. Dentro de esta categoría, 4.2% de los casos corresponden a transfusiones



sanguíneas, 0.5% están asociados al grupo de personas con hemofilia, 0.7% al uso de drogas por vía intravenosa o parenteral, observándose este mismo porcentaje en los casos de donaciones, y por último, existe 0.1% de casos debidos a la exposición ocupacional.

Aunque la epidemia en América Latina y el Caribe es sobre todo de tipo sexual, en la parte sureste del continente existen focos aislados en usuarios de drogas por vía parenteral. Ejemplo de ello son países como Argentina, Uruguay y Brasil en los que la extensión de la inyección de drogas ha condicionado el patrón de difusión del VIH.

En los usuarios de drogas inyectadas, el VIH alcanza prevalencias importantes. La infección se produce al compartir jeringuilla, aguja u otros útiles de inyección. En esta población, la evolución del virus puede ser especialmente agresiva si se presentan reinfecciones, adquiriendo mayor cantidad de dosis víricas y nuevas cepas del virus. Las consecuencias de las reinfecciones son la aceleración del proceso infeccioso y una mayor dificultad para el tratamiento farmacológico.

Otro grupo que se ha visto muy afectado por la transmisión del VIH vía sanguínea es el de los hemofílicos que, a causa de su patología, deben recibir transfusiones de sangre con mayor frecuencia que el resto de la población. En México, es a partir de 1986 cuando aparecen las primeras disposiciones legales en las que se prohíbe la comercialización de sangre y se obliga a que toda sangre que se destine a transfusiones sea analizada de manera anticipada (Programa Sangre Segura). En forma simultánea, con objeto de evitar que las personas que han realizado prácticas de riesgo donen sangre, se han propuesto actividades educativas dirigidas a los donantes. Desde el inicio del Programa Sangre Segura en México, como resultado de las estrategias impulsadas y las disposiciones legales implementadas, se estima que se han evitado más de 3 700 casos de VIH relacionados con la transfusión sanguínea y hemoderivados (Censida, 2004).

Transmisión vertical

La infección por VIH debida a la transmisión madre-hijo supone 90% de las infecciones producidas entre los niños menores de 15 años. En México, la transmisión maternoinfantil es responsable de 2% de los casos de sida declarados.

En un principio, la explicación era que el VIH pasaba de la madre infectada al hijo durante el parto a causa de las pequeñas heridas que puede sufrir el recién nacido mientras está en contacto con la sangre y secreciones vaginales de la madre (Valverde, 1996). Después, se encontró también el virus en fetos de madres infectadas, por lo que la explicación resultó insuficiente. Así, en la actualidad sabemos que la transmisión del VIH de la madre al hijo puede ocurrir a través de la placenta durante la gestación, en el parto, o en la lactancia. Cuando la madre es seropositiva puede transmitir al feto sólo los anticuerpos del VIH o el virus mismo. Lo primero sucede en todos los casos; lo segundo, no siempre. De ese modo, un niño nacido de madre portadora obtendrá un resultado positivo en las pruebas de detección de anticuerpos. Para saber con certeza si la madre ha transmitido el virus del sida al hijo, deben transcurrir al menos 18 meses. Entre 60 y 70% de los niños eliminan los anticuerpos antes del sexto mes de vida, mientras que entre el 30 y 40% restante desarrolla la enfermedad (Valverde, 1996). Por fortuna, esta proporción se está reduciendo de manera sustancial. Debido a los tratamientos antirretrovirales, si la madre se controla médicamente en forma correcta, el riesgo de transmisión se reduce de modo notable.

Epidemiología del sida

Las Naciones Unidas, a través de su Programa Conjunto sobre el VIH/sida (ONUSIDA), junto con la Organización Mundial de la Salud, mantienen un seguimiento continuo de la situación de la epidemia y de las infecciones de transmisión sexual en los cinco continentes. Según los datos del "Informe sobre la epidemia mundial del sida" de 2004, en todo el mundo se estiman cerca de 38 millones de afectados por el virus del sida, de los que 2.1 millones son menores de 15 años. Durante el año 2003, se considera que se produjeron 4.8 millones de nuevas infecciones, de las cuales



630 000 eran casos de menores de 15 años. En cuanto a las defunciones causadas por el SIDA, durante el año 2003 se produjeron 2.9 millones de defunciones, de las que aproximadamente 490 000 eran de menores de 15 años). La distribución mundial de los casos no es homogénea, siendo la región de África subsahariana donde existe un mayor número de casos (29.4 millones), seguida de Asia meridional y sudoriental (6 millones de casos) y de América Latina (1.5 millones de casos). Con respecto a la prevalencia, África subsahariana alcanza una prevalencia global entre adultos (15-49 años), de 8.8%. El Caribe es la segunda región más afectada con una prevalencia de 2.4 por ciento.

En América Latina y el Caribe, cerca de dos millones de personas están viviendo con el VIH. A lo largo del 2003, tuvieron lugar aproximadamente 119 000 fallecimientos a causa del sida, mientras que 252 000 personas contrajeron la infección. (ONUSIDA/OMS, 2004). En varios países caribeños, las tasas de prevalencia en adultos sólo son inferiores a las del África subsahariana. Haití continúa siendo el país más afectado, con una prevalencia nacional estimada en adultos superior a 6%, seguido por las Bahamas, donde la prevalencia es de 3.5%. (Antela, 2004).

De entre los 48 países que integran la región de América Latina y el Caribe, México ocupa el lugar 23 en cuanto a la prevalencia del VIH/sida, situándose como uno de los países con menor prevalencia de la región. Por otro lado, en América Latina la infección por el VIH tiende a concentrarse en grupos de población con un riesgo particular. En la mayoría de los países de América del Sur, la infección se debe en primer lugar a los consumidores de droga por vía parenteral (producida al compartir jeringuilla, aguja u otros utensilios de inyección) o por relaciones sexuales entre varones. En América central, el consumo de drogas desempeña un papel menos importante, siendo la vía sexual el principal medio de transmisión (tanto heterosexual como entre hombres).

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 ONUSida (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 menor 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.

Modalidades en la prevención del sida

Desde la prevención primaria, las acciones se centran en modificar las conductas de riesgo como única forma de romper la cadena de transmisión y de controlar la epidemia. El modelo de pre-



vinción que obtiene mejores resultados es el comunitario, que reconoce la importancia de implicar a la sociedad en su conjunto, en particular a los grupos organizados dentro de ella (Segura, Hernández y Álvarez-Dardet, 1997). Las acciones comunitarias se pueden efectuar a nivel institucional (escuelas, institutos, movimientos juveniles, centros de planificación familiar, etc.) y/o individual (consejo psicológico, entrenamiento en habilidades interpersonales, etcétera).

Para la prevención primaria desde ámbitos educativos, los contenidos y objetivos que se pueden trabajar son muy diversos, aunque siempre se deben seleccionar desde el análisis de la realidad social y cultural en la que se inserta la escuela. La estrategia para que los contenidos sean significativos y que la intervención educativa perdure, pasa por su inclusión en las asignaturas transversales del currículo ordinario (Gómez, 1994).

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 decisonal*, 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



o 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.

Diseño y aplicación de programas preventivos

En este apartado exponemos una propuesta metodológica de utilidad como guía para la planificación e implementación de programas de modificación de conductas de salud relacionadas con el VIH. Para una revisión más pormenorizada, puede consultarse el trabajo de Espada, Quiles y Méndez (2003a).

Análisis y diagnóstico de los destinatarios

El primer paso antes de diseñar un programa es el análisis de los destinatarios y la oportunidad de la actuación sobre ellos. En esta etapa se estudian las variables físicas y sociales que más se destacan en la población de referencia. Así, entre otros, se recaban datos acerca de la edad, sexo, grupo étnico, nivel socioeconómico y cultural, experiencia de trabajo y conocimiento de salud existente, personas o líderes naturales, intereses, necesidades, etc. En este análisis se incluyen los



recursos de la población en cuanto a organizaciones sociales (asociaciones juveniles, de lucha contra el sida o de apoyo a grupos marginales, etc.) y los recursos sanitarios y sociales (centros de salud, unidades de prevención, centros de planificación familiar, centros de servicios sociales, etc.). Esta investigación descriptiva se completa con un análisis cognitivo-conductual de los antecedentes, los comportamientos concomitantes y las consecuencias inmediatas de la actividad sexual de los adolescentes. De este modo, se obtiene información de los comportamientos, actitudes y creencias de esa población, así como de las acciones de los compañeros. Es importante relacionar los comportamientos específicos y los pensamientos que motivan a la persona y refuerzan su actividad sexual con los eventos ambientales (sociales y físicos) que estimulan y refuerzan dicha actividad. Asimismo, el estudio permite conocer los eventos sociales y/o físicos que pueden servir como estímulos discriminativos para sostener relaciones sexuales seguras o de riesgo (Flora y Thoresen, 1988). Con esos datos, el educador puede diseñar situaciones realistas para practicar el aprendizaje de habilidades, acercando los contenidos de la intervención a la población diana.

Establecimiento de objetivos

Los propósitos determinan los contenidos y actividades del programa. Deben ser operativos, claros y concisos, de preferencia establecidos en términos conductuales y por escrito. De esa forma, se pueden evaluar con mayor facilidad. Además, es conveniente priorizarlos y seleccionarlos conforme se establezcan a corto, medio y largo plazo.

Entre los objetivos principales en la prevención del sida con adolescentes, destacan los relativos al aumento de la información, al cambio de actitudes y a la adquisición y/o refuerzo de habilidades comportamentales que permitan a los jóvenes enfrentarse a situaciones en las que deberán decidir si adoptan una conducta de riesgo o de prevención.

Metodología

El tercer paso consiste en elegir la metodología del programa. Se debe precisar la duración y periodicidad de las sesiones, los educadores que las dirigirán, las técnicas educativas para la transmisión de información y la adquisición/mejora de habilidades que se emplearán, así como los recursos y materiales de apoyo didáctico. Para conseguir un cambio de actitudes es mejor usar técnicas participativas y/o implicantes (como el juego de roles o el uso de videos), mientras que para obtener el cambio de conductas se requiere emplear técnicas más directas, centradas en el manejo, control y planificación de las relaciones íntimas (Vega y Lacoste, 1995). Algunas recomendaciones generales son las siguientes (Bimbela y Cruz, 1997; Costa y López, 1996; Flora y Thoresen, 1988):

- Crear un ambiente de apoyo social y ambiental para los adolescentes a través de la educación de los padres, los profesores, los líderes de la comunidad y los profesionales de los medios de comunicación. Los apoyos físicos y sociales pueden reforzar el modelo social o las prácticas seguras y proporcionar incentivos.
- Proporcionar información operativa y concreta, sin ambigüedades y evitando tecnicismos.
- Planificar con cuidado la metodología, dando prioridad a técnicas que potencien la práctica de las nuevas habilidades.
- Vencer las posibles resistencias iniciales para hablar de temas íntimos. Es conveniente dedicar los inicios del programa a familiarizarse con el tema y romper tabúes.
- Fomentar la discusión y el intercambio de ideas entre los asistentes, favoreciendo un aprendizaje significativo.
- Suscitar la reflexión personal. La habilidad del educador para formular preguntas puede motivar esos procesos de reflexión (Costa y López, 1996). La clarificación de valores y el proceso de solución de problemas se asocian en gran medida con la habilidad de pensar y preguntarse.



En algunos programas se ha optado por la educación llevada a cabo por compañeros como una alternativa eficaz. La educación entre iguales (o *inter pares*) se basa en la formación de un grupo reducido de adolescentes que, posteriormente, desarrollan las acciones preventivas con sus compañeros. Estos monitores-compañeros pueden actuar de manera no programada sobre su grupo de amigos, o bien, efectuar actividades organizadas en el aula. Esta distinción es la conocida como educación entre iguales *formal e informal*. Aunque se han realizado programas con base sólo en el enfoque informal, confiando en que tras el entrenamiento de los líderes, éstos divulgarán la información e influirán con sus actitudes en su grupo de referencia, han sido criticados por la dificultad de evaluar esos contactos informales, tanto en su extensión, frecuencia como en su impacto (Backett y Wilson, 2000).

La educación entre iguales, como estrategia de cambio conductual, se fundamenta en algunas de las teorías que se han explicado con anterioridad (tales como la teoría del aprendizaje social, la teoría de la acción razonada y el modelo de síntesis IMB), puesto que afirma que algunos miembros de un grupo determinado pueden influir en el cambio de comportamiento entre sus iguales.

Las actuaciones con los grupos de iguales surgen en torno a otros problemas sociales y/o sanitarios; por ejemplo, grupos de padres afectados por cáncer, alcohólicos anónimos, etc. Sin embargo, en cuanto al VIH/sida destacan en la documentación internacional sobre salud pública, debido a los numerosos ejemplos de aplicación que se han publicado en fechas recientes. ONUSida, en la revisión que realiza en 1999 (*Peer education and HIV/AIDS: concepts, uses and challenge*), concluye que la educación inter pares es un componente de amplia utilización en los programas de prevención del VIH, señalando que rara vez se aplica de forma aislada y que, casi siempre, se incluye en un enfoque integral del VIH.

La educación inter pares supone que los líderes del grupo establecen normas y modelos de actuación preventivos que modelan estos hábitos a otras personas de su entorno que todavía practican hábitos de riesgo. La trascendencia de la participación de los mediadores en la prevención reside en el papel preponderante del refuerzo social por parte de los iguales y de los modelos de conducta en el comportamiento de las personas (que, en el caso de los más jóvenes, es más acentuado). Si los compañeros adoptan y apoyan la adquisición de medidas preventivas, quizá el joven, con una actitud positiva hacia la prevención, evitará las conductas de riesgo. Pese a ello, si los amigos llevan a cabo prácticas de riesgo (por ejemplo: “hacerlo sin preservativo no perjudica, con él pierdes sensibilidad”) o critican al que pretende adoptar medidas preventivas (por ejemplo: “no te ‘rajés’ ahora; por una vez no pasa nada. No imaginaba que fueras tan reprimido”) es fácil que el muchacho los imite a pesar de no estar de acuerdo con ellos.

Otro aspecto que refuerza la importancia de los iguales es que los mensajes son mejor aceptados y producen menor resistencia cuando se emplean mensajeros o monitores del grupo de iguales o se compromete de algún modo a personas destacadas de la población diana (Bimbela y Cruz, 1997). La correlación más elevada de los comportamientos de riesgo surge cuando el individuo observa que sus propios compañeros están cambiando y, más específicamente, dentro del ámbito de la prevención, cuando en el grupo de iguales, los líderes o personas respetadas manifiestan de manera explícita que el comportamiento merecedor de aprobación es el preventivo (Bayés, 1995).

Los mediadores son seleccionados entre los miembros con mayor influencia en el grupo, procurando que tengan habilidades adecuadas de comunicación y de persuasión, un papel social muy bien definido y una actitud muy positiva para resolver los problemas sociales (Comas, 1989). Una vez elegidos, se organizan actividades encaminadas a la formación de mediadores en prevención del sida, con el objetivo de que éstos sean una referencia para los demás compañeros. Los aspectos básicos de la formación son la información y las actitudes y comportamientos con respecto al VIH/sida y su transmisión. Los programas que se fundamentan en el entrenamiento de iguales con capacidad de liderazgo han demostrado evidencias positivas: los educadores iguales son mejores agentes promotores de la salud para los adolescentes (Kirby y Di Clemente, 1994; Ozer, Wheinstein y Maslach, 1997). No obstante, eso depende de las características personales del monitor, como la calidez al intervenir y moderar al grupo o el atractivo personal.

En todos los casos, se aconseja trabajar en pequeños grupos para que los alumnos puedan expresar sus opiniones, temores, dudas, etc., y fomentar la discusión y el intercambio.



La estructura de las sesiones puede respetar el esquema propuesto por García-Huete (1993), con una exposición teórica de los conceptos a desarrollar que ocupe aproximadamente 25% del tiempo, seguida de sesiones prácticas en las que aprendan y practiquen las habilidades preventivas.

Aplicación del programa

El paso siguiente es poner en práctica las actuaciones que conforman el programa preventivo. Los destinatarios pueden ser los adolescentes, sus padres y sus profesores. En un primer momento, la intervención debe centrarse en los aspectos cognitivos, proporcionando información y modificando las creencias erróneas de los destinatarios. En el cuadro 17.1 se presentan algunas de las creencias acerca del sida y el sexo seguro más frecuentes entre adolescentes.

Cuadro 17.1 Creencias juveniles sobre el hecho de plantearle a la pareja el uso de preservativo

—*“es un tema delicado”*

La habilidad para comunicarse es una destreza que se mejora con la práctica. Afrontar situaciones relacionadas con el sexo supone, a fin de cuentas, una forma de interacción personal. Por lo tanto, la práctica en habilidades sociales específicas puede ayudar a plantear el tema de forma que no resulte incómodo, con un doble objetivo: protegerse de enfermedades mediante prácticas sexuales seguras y mantener una relación positiva con la pareja.

—*“confío en lo que me dice”*

No es suficientemente preventivo preguntar a la que será la pareja sexual si está sana, o si sus parejas anteriores lo estaban. Según se ha demostrado, la mayoría de los varones mentiría sobre su historia sexual si así consigue obtener sexo (Keeling, 1989). En la prevención del sida, el entrenamiento en habilidades debería centrarse en la negociación de sexo seguro, más que en indagar acerca de la historia sexual de la pareja, dado que ésta será de una fiabilidad muy dudosa (Bandura, 1994).

—*“las relaciones sexuales tienen que ser espontáneas”*

El hecho de tratar sobre las relaciones sexuales seguras puede entrar en conflicto con la idea juvenil del amor romántico y espontáneo (Mitchell y Wellings, 1998). Sólo el 6 por ciento de entre 588 estudiantes hablaban del preservativo antes de una relación. Los estudiantes evitan hablar sobre el uso del condón porque creen que esa discusión puede influir de manera negativa en la relación y en la percepción que el otro tiene sobre él (Cline, Johnson y Freeman, 1992).

—*“en una pareja que se quiere, resulta feo negociar”*

El término “negociación” aplicado a la relación de pareja no implica, de modo necesario, frialdad ni mercantilismo. En toda relación interpersonal continuamente se negocian cosas: qué vamos a hacer hoy, qué película elegimos ver, quién se encarga de una tarea pendiente... Se trata, pues, de llegar a un punto de acuerdo para que ambas partes se sientan satisfechas. Llevado al terreno de las relaciones sexuales, nos encontramos un doble objetivo: mantener una relación agradable con la otra persona, disfrutando de la relación sexual si ha sido ésta la opción elegida, y al mismo tiempo, establecer los medios que se requieren para evitar embarazos no deseados y la transmisión de ETS.

—*“si saco el tema mi pareja, va a tener una mala impresión de mí”*

Hocking, Turk y Ellinger (1999) hicieron una simulación en la que jóvenes parejas iban a tener una relación sexual por primera vez. A algunos de los sujetos se les asignó el papel de “partidarios del preservativo” y debían insistir en que tenían que usarlo en la relación, y a otros sujetos se les instruía para que no pidieran su uso. Después, cada miembro de las parejas tenía que valorar al otro. Los participantes tenían más respeto por las parejas que insistían en usar el preservativo que por las que no lo hacían. Pensaban que su pareja se preocupaba más por ellos/as cuando ésta insistía en emplear un preservativo como protección. Además, valoraban la relación como más íntima y cercana cuando se trataba el uso del preservativo.

Adaptado de Espada y Quiles (2001).



En una segunda fase, los alumnos mejoran su capacidad para negociar, para solucionar problemas y resistir la presión de su pareja, aprenden a valorar el riesgo personal ante las relaciones sexuales sin protección y a adquirir autocontrol para posponer una relación sexual. Para ello, se usan técnicas grupales como las del cuadro 17.2.

Cuadro 17.2 Técnicas educativas para el análisis de situación de riesgo

Más riesgo - menos riesgo

Lee con atención los casos que aparecen abajo. En ellos encontrarás testimonios de muchachos y muchachas jóvenes que hablan sobre las relaciones sexuales. Valora si el personaje está en riesgo de infectarse por el VIH. Coloca en el gráfico el nombre del protagonista de ese caso muy cerca del centro si consideras que corre mucho riesgo, y más alejado, en caso contrario.

Mónica: “Ayer mi novio y yo nos quedamos solos en su casa. Hicimos el amor utilizando un preservativo. Eso sí, como a él le desagrada mucho, insistió en colocárselo al final.”

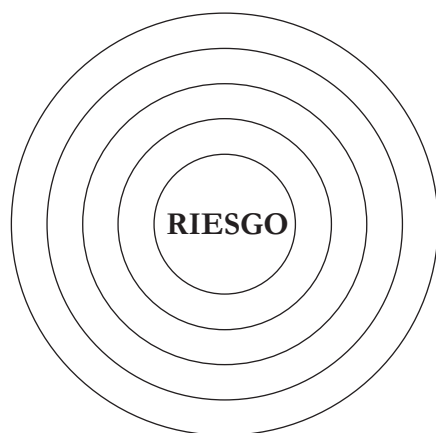
Julio: “¿Preservativos? Son una molestia, yo prefiero confiar en mi chica. Ella está sana y se toma la píldora. Todas las chicas con las que estuve antes eran gente sana.”

Adrián: “Cuando salgo los fines de semana suelo llevar un preservativo en la cartera. Es algo que no ocupa espacio, y que puede venir muy bien si surge algún plan.”

Javier: “El sábado pasado celebramos el cumpleaños de mi amigo Iván. Compramos bebida y organizamos una fiesta en su casa. Íbamos todos bastante puestos. Como estaba animado, le entré a Sonia y nos enrollamos, al final lo hicimos en el cuarto de Iván. Estuvo genial, aunque al día siguiente tuve una buena resaca.”

María: “Toni y yo salimos desde hace dos años. Alguna vez nos hemos ‘calentado’ y teníamos ganas de hacerlo, pero como no teníamos preservativos lo dejamos para otro día. Disfrutamos mucho a pesar de no hacer el amor.”

Ignacio: “Yo creo que ninguna de las chicas con las que he estado tenía sida ni nada por el estilo. Eso se sabe cuando ves a la persona. No me cabe en la cabeza que una muchacha de 20 años y con buen aspecto pueda estar enferma. Cuando alguien tiene el sida se le nota en seguida.”



Adaptado de Espada y Quiles (2002).

Las principales técnicas que se utilizan con adolescentes son el entrenamiento en habilidades sociales y de negociación y la práctica en resolución de problemas. Para el aprendizaje de habilidades de negociación, se sigue el mismo proceso de capacitación en habilidades sociales expuesto en Goldstein, Sprafkin, Gershaw y Klein (1989). El aprendizaje estructurado de



habilidades sociales se puede aprovechar para facilitar la adquisición y mejora de muchas conductas que posibilitan que el adolescente se comporte de forma adaptada ante su pareja, su grupo de amigos, los compañeros de clase, etc., sin actuar presionado y defendiendo sus decisiones. Se pueden ejercitar habilidades relacionadas con los sentimientos, habilidades para defender los propios derechos y hacer frente a la presión del grupo y/o la pareja, entre otras.

La técnica de resolución de problemas creada por D'Zurilla y Goldfried en 1971, propone una estrategia estructurada en cinco pasos para lograr nuevas soluciones ante cualquier tipo de problema. El método se aplica en situaciones en las que el adolescente debe analizar las alternativas (por ejemplo, en una situación en la que desea mantener relaciones sexuales con su pareja y no es posible conseguir preservativos), imaginar las consecuencias de cada opción, ponderar cada una de ellas y elegir la más satisfactoria.

Evaluación del programa

La evaluación nos revela si el programa ha logrado cumplir con los objetivos propuestos y en qué medida. Para ello, interesa conocer si los participantes han adquirido la información y las habilidades necesarias para poner en práctica las conductas-meta y si éstas se conservan a lo largo del tiempo. Al momento de valorar la eficacia de una intervención preventiva del sida podemos atender, entre otras, a las siguientes variables:

- *Variables informativas*: conocimiento acerca de las vías de transmisión, las medidas de prevención, percepción de la norma sobre las prácticas sexuales seguras, etc. Los instrumentos más usados son los cuestionarios. Los hay de carácter genérico sobre conocimientos globales respecto del sida, y específicos, centrados en áreas concretas; por ejemplo, las conductas de riesgo. Algunas actividades grupales también pueden contribuir a la estimación del nivel de información del grupo. Asimismo, existen cuestionarios de información con soporte informático (véase Espada y Quiles, 2001).
- *Variables actitudinales*: actitud favorable hacia los comportamientos seguros, intención de poner en práctica tales conductas, reducción/eliminación de miedos irracionales, actitud positiva hacia los afectados, etc. Una interesante técnica de evaluación es el cuestionario propuesto por Bayés (1995). En la primera parte se relatan tres historias en las que un protagonista del mismo sexo que el alumno que responde debe optar entre diversas alternativas. La segunda parte incluye asuntos relacionados con el grado de riesgo de contraer el virus del sida que tenían los protagonistas.
- *Variables conductuales*: por ejemplo, la habilidad para posponer la relación sexual, para negociar el uso de preservativo, para resistir la presión individual y de grupo, etc. Una de las técnicas más fiables para evaluar las habilidades sociales son las pruebas estructuradas de interacción breve. Mediante la representación de papeles, el educador puede valorar de forma objetiva el nivel de competencia de los participantes.

La evaluación de los resultados se puede realizar a través de un diseño pretest-postest, con el fin de analizar las posibles diferencias obtenidas en los resultados. Es conveniente, asimismo, mantener seguimientos a medio y largo plazo (6, 12, 24 meses) para comprobar si los cambios producidos por el programa se sostienen.

Hasta aquí, se han expuesto algunas pautas para el diseño de un programa preventivo seleccionadas a partir de la revisión de las investigaciones existentes con adolescentes, así como del análisis de las intervenciones efectuadas. En cualquier caso, las nuevas actuaciones que se planifiquen con base en estas indicaciones se deben adaptar a las circunstancias concretas de cada programa de intervención, según los resultados de los análisis de las variables contextuales y de la situación concreta en la que se aplicará el programa (destinatarios, objetivos, etcétera).



Tratamiento psicológico en afectados por el VIH

El papel del bienestar psicológico

La necesidad de intervenir en forma psicológica con pacientes seropositivos y/o enfermos de sida se debe, sobre todo, a tres razones. En primer lugar, porque la enfermedad del sida, hasta la fecha, es incurable. Aunque los tratamientos han mejorado de modo notable el pronóstico y la calidad de vida de los enfermos, el diagnóstico de seropositividad tiene las implicaciones de una enfermedad grave. Ello requerirá de una adaptación por parte del paciente. En segundo lugar, el sida conlleva otra serie de consecuencias de tipo social. El miedo al rechazo, y la forma de afrontar la comunicación en relación con el tema con amigos, familiares y/o conocidos será otro elemento clave en la intervención psicológica. Por último, el buen ajuste psicológico puede facilitar un buen estado de salud física. Las situaciones de estrés prolongado y el estado de ánimo deprimido no favorecen en nada la conservación de la salud o, en su caso, la recuperación.

Gozar de una buena salud no se entiende sólo como tener un bienestar físico, sino que también requiere de una buena adaptación psicológica y social. Por otro lado, si nos fijamos en la relación unidireccional del estado psíquico sobre el físico, es evidente que el estado del sistema inmunitario estará sujeto a los cambios que se produzcan de manera anímica. En otras palabras, la persona psicológicamente deprimida tendrá mayor probabilidad de tener un sistema inmunológico deprimido. Por el contrario, la ilusión y las ganas de vivir, el hecho de contar con proyectos, la autoestima elevada, y haber aceptado las circunstancias que afectan a la salud pueden, a su vez, favorecer una mejor fortaleza física.

Proceso de adaptación y afrontamiento de la infección

Al mismo tiempo que existe un proceso biológico en la infección por el VIH, la persona afectada experimenta una evolución en cuanto a su vivencia de la seropositividad. Cuando un individuo decide hacerse la prueba de detección de anticuerpos, por lo general es debido a que considera que ha mantenido una práctica de riesgo y debe soportar la incertidumbre y el miedo mientras espera los resultados. Si los resultados del examen son positivos, el impacto emocional al recibir el diagnóstico suele ser muy fuerte. Luego, se va produciendo un ajuste gradual a la nueva situación. El tiempo que se requiere para conseguir esta adaptación es variable, casi siempre dura entre tres y seis meses (Green y McCreaner, 1996). Tras ese periodo, la persona a menudo continúa con sus actividades de forma adaptada. Puede surgir un nuevo momento de crisis si el paciente comienza a experimentar síntomas molestos, o al producirse una caída de los CD4, y también cuando le es diagnosticado el sida. Tras otro ajuste a la nueva situación, la aparición de enfermedades incapacitantes, ingresos hospitalarios, etc., son eventos que de manera potencial pueden desencadenar reacciones negativas. La evolución médica de la infección, así como el apoyo social con los que cuente la persona seropositiva, serán determinantes en su estado emocional.

Trastornos psicológicos

Los problemas psicológicos a los que son más vulnerables las personas seropositivas son los trastornos de ansiedad y del estado de ánimo. La ansiedad se produce como respuesta del organismo a los eventos del entorno a través de pensamientos, conductas y reacciones somáticas. Los estímulos estresantes que pueden influir en la aparición de respuestas de ansiedad en el caso concreto de pacientes seropositivos pueden ser los relacionados con la enfermedad: noticias en prensa y televisión, enfermedad o muerte de algún amigo a causa del sida, o el hecho de no encontrarse bien físicamente.

En cuanto al diagnóstico de depresión, las personas seropositivas pueden hallarse en circunstancias que favorezcan la aparición de alguno de sus síntomas: desinterés por el sexo, irritabilidad, baja autoestima, sentimientos de culpa y de fracaso, pérdida de esperanza en el futuro, etcétera.



Por otro lado, están los efectos directos que puede ocasionar el virus del sida. El VIH altera en forma directa el sistema nervioso central, ocasionando diversos trastornos neurológicos. El principal es la encefalitis aguda o *demencia sida*, que puede presentar una incidencia entre el 30 y el 40% entre las personas que ya han desarrollado la enfermedad (Arranz, 1994; García-Huete, 1993).

Otras psicopatologías que se han descrito en pacientes seropositivos son los pensamientos obsesivos, en especial los relacionados con rituales de comprobación y de limpieza. La autoobservación excesiva o la búsqueda de indicadores de la aparición de síntomas de la enfermedad puede desencadenar un trastorno hipocondriaco.

Intervención psicológica

Objetivos de la intervención psicológica

1. *Ayudar al paciente a adaptarse al estado de seropositividad.* Esto supone, sobre todo, intervenir en los primeros momentos tras conocer el resultado de las pruebas de detección de anticuerpos. Se ayuda al paciente a comunicar su estado a la pareja o familiares así como a los antiguos compañeros/as sexuales que pudieran estar infectados.
2. *Resolver dudas relacionadas con la infección, su proceso, entre otras.* Aunque existe información, siempre aparecen interrogantes: cuánto durará el tratamiento, qué riesgos existen de transmitir el virus a las personas que viven con él/ella, etc. No es conveniente aburrir a la persona ofreciendo información excesiva, es preferible cubrir sólo aquellas áreas que lo beneficiarán, como sus hábitos de salud y sus demandas de información.
3. *Atender a las dudas, preocupaciones y angustias de los familiares y allegados.* Se suele brindar a las parejas y/o familiares de los seropositivos que acudan a una entrevista con el psicólogo, o bien, que mantengan contacto telefónico. Es frecuente que los familiares experimenten angustia y tengan dudas acerca de la infección y sobre cómo actuar con el seropositivo. Si no llega a producirse este contacto con los familiares, se recomienda dejar la puerta abierta para que puedan acudir o llamar en cuanto lo deseen.
4. *Promover estilos de afrontamiento activos ante la enfermedad, motivando hacia el tratamiento.* En este sentido, se intenta que el paciente no se vea indefenso ante la evolución de su infección, sino que se perciba competente de cara a realizar cambios y actuaciones que mejoren su salud y favorezcan un bienestar prolongado.
5. *Motivar la adopción de hábitos de vida saludables.* La alimentación equilibrada, el ejercicio físico regular, la eliminación del consumo de alcohol o tabaco, entre otros. Se trata de comportamientos que pueden beneficiar el estado de salud del paciente y cuya adquisición se va programando en las sesiones de consejo y asesoramiento.
6. *Promover los cambios en las conductas de riesgo, si las hubiera.* Se explora y discute acerca de la actividad sexual del sujeto, detectando las prácticas de riesgo, proponiendo alternativas y motivando hacia la práctica de relaciones sin riesgo de reinfectarse con el VIH o de adquirir otras enfermedades de transmisión sexual.
7. *Asesorar y facilitar el acceso a recursos de apoyo social como grupos de autoayuda.* El consejero tiene como función servir de nexo entre el afectado y los recursos comunitarios que puedan beneficiar a éste, como son los grupos de apoyo mutuo. En ocasiones, el propio psicólogo participa en alguno de esos grupos como terapeuta.
8. *Acompañar en el cierre del ciclo vital en los enfermos terminales.* Los pacientes en estado terminal de la enfermedad pueden tener un mejor final de su vida si disponen de apoyo para atender sus necesidades emocionales y materiales en esos últimos momentos.



Asesoramiento y psicoterapia

En ciertos momentos, se aconseja ofrecer de manera activa asesoramiento (“*counselling*” en países anglosajones) a los pacientes, aunque éstos no lo demanden en forma explícita. Son situaciones que antes señalábamos como “momentos de estrés”: *a*) previamente a la realización de la prueba; *b*) en la información de los resultados; *c*) al inicio de los síntomas; *d*) cuando se diagnostica sida y *e*) cuando surgen enfermedades duraderas. La característica común en estas situaciones es que se produce un cambio en la situación médica del paciente. Alguna de las acciones concretas serían:

Intervención psicológica antes de la prueba. De acuerdo con McCreaner (1996), los objetivos del asesoramiento psicológico antes de la realización del examen del sida son:

1. Asegurar que se ha tomado la decisión de hacerse el análisis con la suficiente información y conociendo las implicaciones personales, médicas, sociales y legales de un resultado positivo.
2. Preparar a aquellos pacientes que deberán afrontar un resultado positivo de la prueba.
3. Proporcionar información sobre la reducción de los riesgos de transmisión del VIH.

Se recomienda evaluar el nivel de riesgo del paciente a través de su historia sexual y de otras prácticas con posibles riesgos de transmisión del virus. Según el conocimiento que pueda tener sobre las prácticas de riesgo, el riesgo real y el percibido deberán ser similares. Asimismo, se explica en qué consiste la prueba y la información que ésta proporciona. Algunos pacientes no conocen el procedimiento o no saben que es necesario esperar algunos días para tener el resultado. Por último, se explica a la persona lo que significa tener anticuerpos del VIH.

Apoyo en la adherencia terapéutica. El tratamiento antirretroviral tiene principalmente tres desventajas: el alto número de comprimidos diarios que el enfermo debe ingerir, la pauta de administración en ocasiones compleja, y los efectos secundarios de los fármacos. La investigación ha demostrado que los pacientes que cumplían mejor las prescripciones médicas obtenían mejoras en su sistema inmunológico. Sin embargo, existe una tasa considerable de pacientes que no cumplen de modo correcto con la prescripción médica. Se están desarrollando programas de apoyo psicoeducativo en los que, empleando estrategias de asesoramiento, se informa, motiva y aconseja al paciente para un cumplimiento terapéutico adecuado.

Técnicas empleadas

Se ha comprobado que la intervención cognitivo-conductual es eficaz para el tratamiento de problemas psicológicos en personas seropositivas. La herramienta básica para el trabajo diagnóstico y terapéutico es la entrevista. Por eso, el terapeuta que trabaja en esta área debe dominar la técnica, siendo capaz de crear un clima terapéutico adecuado. A su vez, debe contar con buenas habilidades de comunicación y de empatía en la relación terapéutica. Algunas de las técnicas cognitivo-conductuales que se han empleado con eficacia para el tratamiento de las alteraciones emocionales en pacientes seropositivos, según García-Huete (1993), son:

- Parada o detención del pensamiento.
- Reestructuración cognitiva.
- Autoinstrucciones.
- Resolución de problemas.
- Entrenamiento en relajación.

Grupos de apoyo mutuo

Debido a su gran valor terapéutico, los grupos de apoyo mutuo constituyen un recurso muy útil en el ámbito de intervención del sida. De ellos se pueden beneficiar tanto personas infec-

tadas por el virus como sus parejas y familiares. Existen diversos tipos de grupos, en función de su objetivo principal (terapéutico *vs.* apoyo mutuo) del grado de directividad, de la presencia o no de terapeuta, del nivel de estructuración de las sesiones, etc. En caso de que posean una vertiente más terapéutica, economizan el trabajo de los profesionales, ya que permiten el abordaje de problemas psicopatológicos comunes entre los miembros del grupo, llegando al mismo tiempo a varios pacientes. Se suma además, la ventaja del modelado que unos miembros del grupo ejercen sobre los otros, lo que vuelve más fácil la adquisición de estrategias de afrontamiento. Los grupos con un cariz más inclinado al autoapoyo aportan principalmente un espacio para la comunicación y la expresión de sentimientos, así como la creación de relaciones interpersonales y redes de apoyo social.

Cuidados paliativos

Supone la intervención tanto médica como psicológica cuando el enfermo se halla en situación terminal. El objetivo terapéutico no es la curación, sino aliviar el sufrimiento de la persona enferma. En esta etapa es vital el apoyo a los familiares que se desempeñan como cuidadores. El propósito principal de la intervención psicológica en este momento es contribuir a que el paciente acepte la irreversibilidad de su proceso, facilitando el que pueda completar tareas inconclusas, hacer un balance de su vida, despedirse de sus allegados y prepararse para la muerte.

Conclusiones

Como señala Bayés (1995), el sida puede considerarse como una enfermedad conductual en la medida en que, si bien el agente causante es un virus, los comportamientos de la población son determinantes para que los individuos entren en contacto con él. Por ello, al esfuerzo en la investigación médica en búsqueda de una vacuna y de tratamientos eficaces, debe aunarse la intervención educativa para reducir las conductas de riesgo. Los adolescentes que se inician en las relaciones sexuales se encuentran en una situación especialmente vulnerable. La falta de información veraz, las creencias erróneas sobre la sexualidad, la anticoncepción y las enfermedades de transmisión sexual, junto con una carencia de habilidades específicas (autocontrol, habilidad de negociación, etc.), actúan como factores de riesgo. Como ya hemos mencionado en otros lugares (Espada, Quiles y Méndez, 2003b), la finalidad de las intervenciones preventivas es que el adolescente desarrolle una actitud favorable hacia las conductas de prevención y adquiera las habilidades conductuales necesarias para llevarlas a cabo con éxito. Estas mismas habilidades son útiles para la promoción del desarrollo psicosocial del joven y se pueden generalizar a otras conductas de salud, no sólo de prevención de la transmisión del sida, sino del consumo de drogas, la adhesión al tratamiento en dolencias crónicas, entre otras.

Lecturas recomendadas

Bayés, R., *Sida y psicología*, Barcelona, Martínez Roca, 1995. Este es un libro de referencia entre las publicaciones acerca del sida en castellano. Presenta una panorámica completa de la problemática del sida, estudiando los diversos factores relacionados con la prevención primaria, secundaria y terciaria, así como el análisis de los resultados de la intervención. Repasa el tema de la psiconeuroinmunología, centrándose en el binomio emoción y sida. Se trata de una obra recomendable para iniciarse en el estudio del sida desde su faceta preventiva y terapéutica.

Bimbela, J. L. y M. T. Cruz, *Sida y jóvenes. La prevención de la transmisión sexual del VIH*, 2a. ed., Granada, Escuela Andaluza de Salud Pública, 1997. Este original texto presenta los resultados de una investigación sobre las prácticas sexuales de los jóvenes y su relación con



el sida. Mediante discusiones en grupo (técnica de grupo focal y de discusión), los jóvenes, guiados por un moderador, reflexionan acerca de las prácticas sexuales de riesgo, los problemas para desarrollar comportamientos seguros y sus necesidades más urgentes. A partir de las conclusiones que se extraen, los autores aportan abundantes sugerencias para la intervención preventiva.

Espada, J. P. y M. J. Quiles, *Prevenir el sida*, Madrid, Pirámide, 2001. En este libro se aborda la prevención del sida revisando los principales aspectos sobre la infección y haciendo especial hincapié en la prevención con niños y adolescentes. Junto a los contenidos informativos, que permiten un análisis riguroso del problema y sus causas, se exponen las estrategias preventivas más eficaces. Se presenta un programa de prevención, un anexo con actividades para aplicar en el aula, y un CD ROM con cuestionarios de evaluación y una guía de recursos en internet. Constituye una guía útil para psicólogos, maestros, orientadores, educadores, y para todas aquellas personas interesadas en fomentar las conductas de prevención de esta enfermedad.

García-Huete, E., *Sida. Apoyos en el entorno personal, familiar y laboral*, Madrid, Eudema, 1993. Enrique García-Huete es profesor de Psicología y asesor de la Organización Mundial de la Salud en el Programa Global del sida. La obra es una monografía muy recomendable para estudiantes y profesionales que deseen introducirse en el tema del sida desde su vertiente psicológica y social. A lo largo de sus capítulos aborda la psicología de los afectados por el VIH/sida, aspectos sobre la prevención de la enfermedad, la intervención en prisiones, el entrenamiento del personal sanitario y la formación del voluntariado.

Gatell, J. M., B. Clotet y Podzamczer (dirs.), *Guía práctica del sida. Clínica, diagnóstico y tratamiento*, 6a. ed., Barcelona, Masson-Salvat, 2000. Esta guía está elaborada por un reconocido grupo español de especialistas en sida. Su contenido es eminentemente médico, prestando atención también a los aspectos psicológicos, sociales y legales de la infección. A lo largo de sus veintiocho capítulos desarrolla, entre otros temas, la inmunopatología del sida, epidemiología, manifestaciones clínicas de la infección, recomendaciones para el tratamiento, así como los principales trastornos psiquiátricos en pacientes con infección por VIH.



Capítulo Dieciocho

Modelos de cognición social y adherencia terapéutica en pacientes con cáncer

Yamilet Ehrenzweig Sánchez*

Universidad Veracruzana

Introducción

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).

* Miembro de ALAPSA, Investigadora del Instituto de Investigaciones Psicológicas, Universidad Veracruzana, México.
e-mail: yehrenzweig@uv.mx

Epidemiología del cáncer

En América, aproximadamente 50 millones de habitantes tienen dentro de sus principales causas de muerte los tumores malignos los cuales ocasionan 10.2% del total de las defunciones; esto es, 5.1 millones de personas muertas por esa causa. En el caso de las mujeres, los fallecimientos por esa razón ascienden a 5.3% (OMS/OPS, 1994).

La incidencia mayor de tumores malignos en países desarrollados lo representan, en el caso de los hombres, el cáncer de pulmón y, entre las mujeres, el de mama. En América Latina los hombres padecen más de cáncer en el estómago y en el pulmón mientras que las mujeres lo presentan con mayor incidencia en la mama y en el cuello uterino (OMS/OPS, 1994).

La distribución general de cáncer en México revela un predominio en el género femenino con una razón 2 a 1, debido al gran número de neoplasias malignas en las mujeres de entre 25 y 59 años de edad (García, 1996). De acuerdo con su distribución topográfica, las más frecuentes son las neoplasias malignas en cuello de útero, mama e hígado en mujeres y del sistema respiratorio (tráquea, bronquios y pulmón), próstata y estómago en hombres (SSA, 2000). Los cánceres de los tipos de leucemias, linfomas y ovarios son la tercera causa de muerte para el grupo de mujeres de 10 a 19 años de edad (Cisneros, 1992).

En México, se observa un aumento paulatino en la mortalidad proporcional de personas por tumores malignos (por 100 000 hab.): de 1960 a 1964 era de 4.2; entre 1980 y 1984, de 7.8; entre 1985 y 1989 aumentó a 10.2 (OMS/OPS, 1994); en 1998 ya se había incrementado a 12.4 y, para el año 2000, fue casi del doble: 23.9 (SSA, 2000).

La mortalidad por tumores malignos entre la población femenina se triplicó entre 1980 y 1989 (Rojas, 1997) quizá debido a un mejor registro y no a causa de un aumento real; su distribución porcentual aumentó de 4.6 a 5.7 por ciento.

De acuerdo con González (1996) y García (1996), desde 1993 los tumores malignos representaban la segunda causa de muerte dentro de los cuadros de mortalidad general (44 951 defunciones) con una tasa de 50.8 por cada 100 000 hab., hecho que se observa, con ligeras variaciones, incluso en las últimas estadísticas publicadas por la Secretaría de Salud para el año 2000.

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 (*op. cit.*).

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.

Adherencia

Los avances en la medicina, que incluyen la utilización de fármacos y nuevas terapias que pudieran ayudar a posponer la muerte o a controlar el progreso de enfermedades crónicas, como es el caso del cáncer, no tendrán un efecto real sobre las tasas de mortalidad de la población a menos que se empleen de manera eficiente.

En el caso de tratamientos confiables y seguros, la mayoría de los pacientes no se apega a las instrucciones; a ese apego se le ha denominado adherencia (*adherence*), acatamiento (*compliance*), o cooperación, términos usados como sinónimos, que han conducido a una amplia discusión en relación con la participación del paciente en el éxito o fracaso del seguimiento de las indicaciones del médico (Vargas y Robles, 1996; Amigo, Fernández y Pérez, 1998; Macià-Antón y Méndez, 1999; Branon y Feist, 2001). Cabe aclarar que el término acatamiento es el que, por lo común, manejan los profesionales médicos, mientras que el de adherencia es el que utilizan los científicos sociales (Vargas *et al.*, 1996).

La adherencia fue definida por Sackett, en 1976, “como el grado en el cual la conducta del paciente (en términos de tomar medicinas, seguir dietas o ejecutar otros cambios en el estilo de vida) coincide con la prescripción clínica privada”; después, en 1979, Haynes la definiría como “la medida en que la conducta de una persona (en términos de toma de medicamentos, seguimiento de dietas o de realización de cambio de estilos de vida) coincide con el consejo médico o sanitario”.

En general, la adherencia abarca diversos comportamientos (Amigo *et al.*, 1998; Rodríguez, 1999; Barra, 2002) tales como: la propagación o el mantenimiento de un programa de tratamiento, la asistencia a citas de seguimiento, el uso correcto de la medicación prescrita, el efectuar los cambios apropiados en el estilo de vida o la eliminación de conductas contraindicadas.



El desconocimiento por parte del médico acerca del apego a la prescripción correcta, la recurrencia de los síntomas e, incluso, el agravamiento de la enfermedad, puede ocasionar un desperdicio de recursos (Ortiz, 1996).

La probabilidad de un cumplimiento adecuado, cuando involucra un cambio en el estilo de vida o cuando el medicamento provoca efectos secundarios o molestias es muy baja (Sarafino, 1990; Rodríguez-Marín, 1995; Vargas y Robles, 1996; Amigo *et al.*, 1998). Asimismo, la complejidad del tratamiento y el correr del tiempo son factores que favorecen el aumento de errores (Macià-Antón y Méndez, 1999; Barra, 2002). Existe una mayor probabilidad de cumplimiento adecuado cuando los tratamientos convenientes son para enfermedades que presentan síntomas dolorosos o incómodos (Genest y Genest, 1987; Rodríguez-Marín, 1995; Macià-Antón y Méndez, 1999; Barra, 2002).

El apego a las indicaciones, es un tema ampliamente investigado y se ha detectado que la magnitud de la adherencia se halla en relación con la naturaleza del régimen, su duración, complejidad, efectos secundarios, costos, beneficios, consecuencias y, tal vez, de otros factores e interacciones, como la satisfacción del paciente (DiMatteo y DiNicola, 1980; Genest y Genest, 1987; Ley, 1989; Rodríguez-Marín, 1995; Macià-Antón y Méndez, 1999; Barra, 2002).

El problema de la no adherencia ha sido analizado de diferentes maneras; una de ellas fue la de considerar la predicción, por parte del médico, del acatamiento de sus indicaciones. Los resultados demostraron que éste la sobreestima, mientras que las enfermeras son las que más se acercan a la realidad. Esta forma de medir la adherencia es, quizás, de las menos exactas (Sheridan y Radmacher, 1992; Rodríguez, 1999). También se ha medido a través del registro de huellas; esto es, del conteo o medición de las cantidades restantes de medicamento. De esta forma, se supone que el medicamento faltante fue consumido por el paciente. Se observó que la confiabilidad suele ser más alta cuando el paciente ignora que está recibiendo un envase controlado, aunque no le ofrece al médico información acerca del patrón de la toma del medicamento (Vargas y Robles, 1996; Macià-Antón y Méndez, 1999; Rodríguez, 1999).

Se ha utilizado, además, el autorreporte del paciente, del que se ha comprobado que correlaciona mejor que las medidas biológicas o el conteo de pastillas porque representa una forma no amenazante de investigar en forma directa la medicación (Haynes, Taylor Sackett, 1980; Diehl, Bauer y Sugarek, 1987 citados en Rodríguez, 1999), aunque esta medida podría representar una sobrestimación por parte del paciente en un afán por agradar al personal de salud. Por otro lado, hay que recordar que si se confiara en la memoria del paciente se podría caer, incluso, en un subreporte.

Asimismo, la adherencia se ha medido mediante monitoreo biológico directo en sangre y orina de la sustancia, de sus metabolitos, de marcadores agregados o del uso de monitores de la medicación, lo cual ofrece una medida del medicamento ingerido (Prokop *et al.*, 1981; Vargas y Robles, 1996; Macià-Antón y Méndez, 1999; Rodríguez, 1999).

También, se han utilizado procedimientos indirectos como lo es la observación por parte de terceros; es decir, de personas que pertenecen al entorno natural del paciente y que pueden aportar información acerca del grado de adherencia al tratamiento prescrito por medio de distintas técnicas como lo son la entrevista, las escalas de apreciación o los registros de observación (Macià-Antón y Méndez, 1999).

A pesar de ello, existen limitaciones para poder comparar las tasas de adherencia debido a problemas como las diferencias metodológicas en cuanto a las definiciones operacionales, los métodos usados para su evaluación y la confiabilidad de los registros (Ley, 1989; Rodríguez-Marín, 1995; Vargas y Robles, 1996).

Un análisis correcto de la adherencia implica tener una referencia válida, fiable y que pudiera, además de ser cuantificada, determinar la posible relación con aspectos facilitadores y/o determinantes (Macià-Antón y Méndez, 1999).

Los resultados de investigaciones relacionadas con la adherencia a prácticas preventivas son desalentadores, ya que sólo 24% de una muestra de mujeres reportaron hacerse el autoexamen mamario, a pesar de que 91% estaba enterada de la existencia y utilidad de la técnica (Vargas, 1989).



En un estudio realizado por Aburto y Gamundi (1997) encontraron una cifra media de 65% de no adherencia en todos los componentes del tratamiento, más alta hacia la indicación de reposo (87.2%) y valores más bajos en el apego a la toma o aplicación de medicamentos (42.9%).

Para poder lograr una sistematización en la investigación sobre adherencia es necesario incluir en cada reporte de investigación la definición objetiva, operacional o funcional del concepto de adherencia que se adopte, además de efectuar una evaluación múltiple que combine más de un modo de obtención de la información (Vargas y Robles, 1996; Macià-Antón y Méndez, 1999).

Creencias en salud

Las percepciones y clasificaciones sociales que llevan a cabo las sociedades, en un momento histórico determinado de las enfermedades y de las personas que las padecen, son aspectos importantes de las creencias en salud y enfermedad. Éstas vienen a ser parte de creencias populares, las cuales funcionan como esquemas cognitivos, estereotipos que guían el comportamiento inmediato de las personas permitiéndoles una rápida evaluación de una enfermedad.

La etiquetación de una enfermedad es una especie de generalización de las características de la misma y los estereotipos serían una generalización o asignación de características, motivos y comportamientos idénticos hacia una enfermedad en un grupo social determinado (Álvarez, 2002).

De ese modo, los estereotipos sociales constituirían un conjunto de información aprendida que se manifiesta en un grupo de personas a través de la información que circula en la comunicación popular, en los medios de comunicación, y que se asimila cuando permite justificar la propia conducta y los pensamientos respecto de “aspectos” que reúnen la característica a que hace alusión la información (Álvarez, 2002).

Desde este punto de vista, la importancia de las creencias radicaría en el valor que cada persona le otorga a su estado de salud sobre la base de las etiquetas y estereotipos sociales acerca de las enfermedades o sobre cierta enfermedad. El que una persona adquiera o mantenga comportamientos saludables dependerá de sus creencias, las cuales podrían ser consideradas como los factores determinantes más próximos de las conductas de salud y se hallarán en función de sistemas socioculturales de pertenencia y referencia de la persona.

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 cómo 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 por qué las personas emprenden conductas saludables (Marteau, 1993) y de cómo 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).

El 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 Papanicolaou, 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 insulino-dependiente, enfermedad renal, obesidad y asma (Marteau, 1993; Sheeran y Abraham, 1996).

Las contribuciones positivas del modelo han sido (Álvarez, 2002): 1) conceptuar 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).

Autoeficacia y conductas de salud

La teoría de la autoeficacia de Bandura (1986) menciona que las expectativas de eficacia, elemento principal de la teoría, pueden influir en la salud de las personas en tanto existen variables cognitivas motivacionales que regulan el esfuerzo y la persistencia de los comportamientos elegidos y que existen, además, mediadores cognitivos de las respuestas al estrés, en tanto el estrés crónico tiene un efecto adverso sobre la salud (Villamarín, 1990; Schwarzer y Fuchs, 1996).

Para Bandura (1977), la expectativa de eficacia es la creencia de que se es capaz de ejecutar de manera exitosa el comportamiento requerido para obtener determinados resultados; en otras palabras, es la confianza en la propia habilidad para realizar la acción (Ozer y Bandura, 1990; Villamarín, 1990; Glanz, Rimer y Sutton, 1993; Rodríguez, 1995; Schwarzer y Fuchs, 1996). Esto es, las personas se preparan para efectuar la conducta, imaginando escenarios de cómo y en qué circunstancias la realizarían, en cuyo caso la autoeficacia desempeñaría un papel esencial, en tanto los individuos apoyan la ejecución de su comportamiento en autocreencias optimistas de ejecución; así, la ejecución posterior representaría el resultado exitoso de las actividades cognitivas en las etapas de planeación y preparación.

Se ha investigado la autoeficacia y las conductas preventivas en salud en pacientes dentales con respecto al uso del hilo dental, en mujeres asintomáticas en la utilización del autoexamen mamario para la prevención del cáncer, en alcohólicos para la reducción del patrón de ingesta de alcohol y en cuanto al control del dolor en pacientes artríticos (Schwarzer y Fuchs, 1996).



Valor asignado a la salud

Este es un modelo poco reportado en la bibliografía sobre los modelos de cognición social; sin embargo, representa una alternativa interesante en tanto propone que los individuos no asignan a su salud un valor uniforme; es decir, para todos la salud no es lo más importante en su vida.

De acuerdo con Lau, Hartman y Ware (1986), el concepto de salud como un valor ha sido menospreciado en la investigación en salud e ilustran la trascendencia de evaluar este factor al reportar un estudio donde se analizan el locus de control interno y el alto valor asignado a la salud y observaron que, de manera aislada, dichos modelos no eran capaces de predecir la autoexaminación de la mama. Sin embargo, al ser considerados en combinación se encontraron con una correlación positiva entre ellos. Así, aquellas mujeres que creían tener control sobre su salud, que el azar no las controlaba y que además le asignaron un alto valor a la salud, era significativamente más probable que se hicieran el autoexamen de mama (Marteau, 1993).

Planteamiento del problema

Las tasas de morbilidad y mortalidad por cáncer en México son alarmantes y, hasta el momento, no se ha podido encontrar una estrategia que en realidad ayude a disminuirlas. Además, al considerar que los cánceres son enfermedades que si son detectadas a tiempo pueden ser curables o, en el caso de que se les padezca, si se respetan las indicaciones para el tratamiento, el tiempo de sobrevivencia puede ser más largo, las molestias se pueden atenuar y, por qué no, alcanzar la desaparición de la enfermedad. Por ello, se plantea la presente investigación con la finalidad de conocer la forma en que influyen los componentes del modelo de creencias en salud, la autoeficacia percibida y el valor asignado a la salud en las conductas de adherencia al tratamiento médico en 50 pacientes femeninas con diagnóstico de cáncer de un hospital público y de una clínica privada de la ciudad de Xalapa, Veracruz, México.

El diseño fue preexperimental correlacional, del tipo de estudio de caso con una sola medición. La muestra fue de sujetos voluntarios, esto es no seleccionados en forma aleatoria.

En entrevistas individuales se aplicaron cinco instrumentos: un cuestionario de datos generales elaborado con base en la información reportada en la literatura, donde se obtenían datos de identificación, antecedentes personales, factores de riesgo, conducta preventiva, relaciones familiares, tipo de tratamiento indicado y la adherencia a éste. A manera de contraste, también se aplicó un cuestionario para el acompañante donde se preguntaba acerca del acompañamiento y del apego a las citas de tratamiento.

Otro instrumento empleado, fue el desarrollado por Champion en 1984, donde se operacionalizaban los componentes del modelo de creencias en salud, que constaba de 31 enunciados que se califican en una escala de Likert de cinco opciones.

La escala de autoeficacia generalizada desarrollada por Bäler, Schwarzer y Jerusalem (1993), cuya versión original aparece en alemán y luego fue validada en 21 idiomas, entre ellos el español, midió la autoeficacia a través de 10 ítems, en escala de Likert con cuatro opciones de respuesta.

Por último, se usó la escala corta de cuatro preguntas creada por Lau, Hartman y Ware en 1986, que mide los valores absolutos de la salud en una escala Likert de 4 opciones.

Análisis estadístico

Con el paquete estadístico Statistical versión 6.0, se realizó la prueba multivariada de correlación canónica entre las respuestas de ambas muestras, en tanto la mayoría de respuestas son cualitativas.

Resultados

Para la elaboración de este estudio se contó con dos muestras integradas por mujeres enfermas de cáncer. Una de pacientes que se hospedaban en un albergue para familias de muy escasos



recursos, que venían a la ciudad a recibir atención médica a un hospital público y la otra, de pacientes que recibían atención para su enfermedad de los Servicios de Salud de la Seguridad Social en una clínica privada.

En total, las muestras estuvieron formadas por 50 mujeres con media de edad de 47.90 años y desviación estándar de 12.77 años; de las cuales 22 (44%) procedían del hospital público ($\mu=46.13$ años y $s=13.72$ años) y 28 (56%) de la clínica privada ($\mu=49.68$ años y $s=11.79$ años).

En cuanto a su estado civil, en ambas muestras se observa una distribución similar, ya que, en su mayoría, tienen pareja (74%), una pequeña proporción son viudas (14%) o solteras (12%).

Se observaron diferencias en la escolaridad de las mujeres, pues mientras en las del hospital público existe una proporción similar entre aquellas con primaria (22%) y sin escolaridad (20%) y donde sólo una había estudiado una carrera corta, en las de la clínica privada se detectó una mayor proporción con estudios de primaria (26%) que sin escolaridad (14%) pero, en esta muestra, hay mujeres con estudios de secundaria, bachillerato o carrera corta, e incluso con estudios universitarios.

Mientras que las proporciones de mujeres en las muestras del hospital público y la clínica privada (44%) se dedican a labores domésticas, en las de la clínica privada hay una pequeña proporción (12%) que son empleadas.

Adherencia

La adherencia se midió mediante el autorreporte de las pacientes en el seguimiento de las indicaciones de su médico para su tratamiento (adherencia 1/paciente) y en relación con el número de fechas que recordaban para la aplicación del tratamiento (adherencia 2/paciente); en otro momento, se le preguntó a la persona que la acompañaba acerca del seguimiento de las indicaciones por parte de la paciente (adherencia/acompañante).

Las respuestas de las pacientes en ambas muestras en cuanto al apego al seguimiento de las instrucciones tuvieron una distribución similar y sólo una paciente en cada una de las muestras mencionó no seguir las indicaciones al pie de la letra. La otra variable, asociada con la respuesta de recordar al menos una de las tres últimas fechas de aplicación del tratamiento, se distribuyó en las tres posibles respuestas en la muestra del hospital público mientras que, en la clínica privada, la proporción más alta (32%) recordó las tres últimas fechas.

En lo que se refiere a la adherencia medida a través del reporte de terceros de la persona que acompañaba a la paciente, 32% de los acompañantes de la muestra del hospital público mencionaron que sí hubo apego a las indicaciones por parte de la paciente, mientras que el 12% afirman que no; en la muestra de la clínica, 54% responden que las pacientes sí siguieron las indicaciones y sólo un acompañante lo niega.

Modelo de creencias en salud

Las respuestas de las pacientes al cuestionario de Champion (1994) se clasificaron en puntaje alto de 105 a 155; puntaje medio de 55 a 104 y puntaje bajo de 5 a 54. En la muestra del hospital público, la mayor proporción (30%) obtuvo un puntaje medio; sólo 14% un puntaje alto, mientras que en la de la clínica, las proporciones se agruparon en el puntaje alto (4%) y medio (52%).

Para el constructo de las barreras percibidas para llevar a cabo la adherencia a las indicaciones del médico, que constó de ocho aseveraciones, el puntaje esperado se agrupó en bajo puntaje que va de 8 a 18; seguido de un puntaje medio de 19 a 29 y un alto puntaje que va de 30 a 40 puntos. La mayor proporción de las respuestas de las pacientes del hospital público se distribuyeron entre aquellas que mencionan tener muchas barreras o impedimentos para realizar la conducta de adherencia al tratamiento (8%) y aquellas que declaran tener algunas barreras (36%). De las pacientes de la clínica, 24% respondieron tener muchos impedimentos para poner en práctica la conducta de salud, 30% mencionan algunas barreras y sólo una mujer de esta muestra señaló tener pocos impedimentos para seguir las indicaciones.



Las respuestas a las aseveraciones que medían la percepción de los beneficios de seguir las indicaciones del médico, fueron agrupadas en puntajes altos de 19 a 25 puntos; medios de 12 a 18 puntos, y bajos de 5 a 11 puntos. La mayor proporción de ambas muestras (30%) percibían beneficios medios de seguir las indicaciones y sólo cabría resaltar la mayor proporción de las pacientes (24%) de la clínica que refieren percibir grandes beneficios al seguir las indicaciones.

En cuanto a la susceptibilidad percibida de padecer cáncer, compuesta por 5 preguntas y cuyos puntajes van de 22 a 30 el grupo de alto puntaje; de 14 a 21, el de puntaje medio, y de 6 a 13 puntos, el de bajo puntaje, a pesar de tener la enfermedad, a muchas de las pacientes no se les proporciona el diagnóstico, por lo que se observó que la mayor proporción de las pacientes del hospital (38%) se consideraron parcialmente susceptibles de padecer la enfermedad, mientras que una sí consideraba esta posibilidad. En la mayoría de las pacientes de la clínica (36%) no se consideran susceptibles y sólo 18% piensan en esa posibilidad.

El último bloque analizado fue el de severidad o gravedad percibida de la enfermedad, con 13 preguntas; los puntajes fueron divididos en tres grupos de alto puntaje (44-60), medio (28-43) y de bajo puntaje (12-27). En ambos grupos se observa una percepción media de la gravedad.

El porcentaje de correlación entre los constructos del MCS y la adherencia de las pacientes en las muestras del hospital público y la clínica privada fueron bajas, se detectaron algunas negativas como se muestra en los cuadros 18.1 y 18.2, ninguna de ellas significativa.

Cuadro 18.1 Matriz de correlaciones de la muestra del hospital público

VARIABLES	Adherencia 1/paciente	Adherencia 2/paciente	Adherencia/acompañante
Barreras	0.190165	0.283541	0.285601
Beneficios	0.247031	0.328432	0.113197
Susceptibilidad	0.179809	0.270816	0.134596
Severidad	0.214629	0.189570	0.145382
MCS	0.270551	0.257247	0.230650

* $\alpha=0.05$

Cuadro 18.2 Matriz de correlaciones de la muestra de la clínica privada

VARIABLES	Adherencia 1/paciente	Adherencia 2/paciente	Adherencia/acompañante
Barreras	0.349516	0.171454	0.255330
Beneficios	0.351275	0.135027	0.249099
Susceptibilidad	-0.382957	-0.158963	-0.261150
Severidad	0.166988	0.174332	-0.118639
MCS	0.239750	0.141156	0.177330

* $\alpha=0.05$

Modelo del valor asignado a la salud

Los puntajes a las preguntas se agruparon en tres grupos de 18 a 24 considerado como de alto valor; de 12 a 17, valor medio, y de 6 a 11, de poco valor.

Los resultados de las mujeres demuestran que sólo para una quinta parte de las 50 pacientes que conformaron las muestras la salud en lo más importante de su vida; para la proporción restante tiene un valor medio.

En cuanto a la correlación entre las respuestas de adherencia y del modelo del valor asignado a la salud, se observan correlaciones bajas, no significativas (cuadros 18.3 y 18.4).

Cuadro 18.3 Matriz de correlaciones de la muestra del hospital público

VARIABLES	Adherencia 1/paciente	Adherencia 2/paciente	Adherencia/acompañante
Valor asignado a la salud	0.344568	0.582876	0.323037

* $\alpha=0.05$



Cuadro 18.4 Matriz de correlaciones de la muestra de la clínica privada

VARIABLES	Adherencia 1/paciente	Adherencia 2/paciente	Adherencia/acompañante
Valor asignado a la salud	0.597794	0.494299	0.410174

* $\alpha=0.05$

Modelo de autoeficacia generalizada

Las respuestas se dividieron en alto puntaje de 28 a 40; de puntaje medio, de 16 a 27, y de puntaje bajo, de 4 a 15 puntos.

Las respuestas con mayor proporción encontradas en ambas muestras fueron de una autoeficacia alta (92%). Pero al desagregar las respuestas en las muestras se observa que poco más de la tercera parte de las mujeres del hospital público (36%) manifestaron tener una autoeficacia elevada y 4% respondieron tener una autoeficacia moderada; mientras que el total de las mujeres que asistían a tratamiento a la clínica privada respondieron tener una autoeficacia alta.

En la muestra del hospital público existe una correlación entre las respuestas al modelo de autoeficacia generalizada y las respuestas de las pacientes en cuanto al seguimiento de las indicaciones del médico (adherencia 1/paciente) y con lo que mencionan los acompañantes (adherencia/acompañante), ambas con un nivel de significancia de 0.10; con un mayor nivel de significancia $p = 0.05$ con el número de fechas recordadas por la paciente (adherencia 2/paciente) (cuadro 18.5).

Cuadro 18.5 Matriz de correlaciones de la muestra del hospital público

VARIABLES	Adherencia 1/paciente	Adherencia 2/paciente	Adherencia/acompañante
Autoeficacia generalizada	0.936497**	0.712306*	0.621135**

* $\alpha=0.05$ ** $\alpha=0.10$

En relación con las respuestas de las pacientes de la clínica privada ante el modelo de autoeficacia generalizada y el seguimiento de las indicaciones del médico (adherencia 1/paciente), existe una correlación significativa de 0.05, al igual que con la adherencia 2/paciente, el recordar un mayor número de fechas; con un nivel de correlación menor 0.01 entre lo que mencionan los acompañantes (adherencia/acompañante) (cuadro 18.6).

Cuadro 18.6 Matriz de correlaciones de la muestra de la clínica privada

VARIABLES	Adherencia 1/paciente	Adherencia 2/paciente	Adherencia/acompañante
Autoeficacia generalizada	0.976150*	0.951915*	0.899143**

* $\alpha=0.05$ ** $\alpha=0.10$

Discusión

En la presente investigación se optó por una evaluación múltiple de la adherencia, que consistió en dos formas de autorreporte de las pacientes y del reporte de sus acompañantes en tanto, como lo enfatizan diversos autores, esto permitiría contar con datos más confiables, lo cual no fue posible lograr ya que no se encontró una relación significativa entre las distintas formas de evaluación, lo que hace necesario afinar aún más la forma de operacionalizar la adherencia en futuros estudios.



A pesar de ser una enfermedad temida, no todas las pacientes con cáncer mencionaron seguir las indicaciones de sus tratamientos lo cual apoya lo que se sostiene en la literatura de que no existe un seguimiento completo de las indicaciones, en relación con tratamientos de tipo curativo.

A diferencia de lo detectado por otros investigadores, las molestias ocasionadas por el tratamiento no afectaron el seguimiento de las indicaciones, según la respuesta de las pacientes; más bien, la adherencia la asociaron con las molestias provocadas por la enfermedad, esto es, con creencias o estereotipos sociales que catalogan al cáncer como una enfermedad “molesta”.

El modelo de creencias en salud creado para predecir conductas protectoras/preventivas ha sido menos utilizado para predecir adherencia en enfermedades crónicas, al igual que en la presente investigación no resultó un modelo que fuera posible relacionar con la adherencia en las mujeres con cáncer a pesar de ser uno de los modelos más empleados en la investigación, quizá debido a que sólo se centra en aspectos ligados con la enfermedad en sí la percepción de amenaza de la enfermedad y con los costos de la conducta protectora/preventiva más que con la intención de llevar el seguimiento de las indicaciones o con la eficacia percibida de efectuarlo.

Otro de los modelos que se usó, el del valor asignado a la salud, a pesar de que las pacientes con cáncer obtuvieron valores de medios a altos, no fue posible relacionarlo con las conductas de adherencia a las indicaciones, quizá debido a que, como lo menciona la literatura de manera aislada, este modelo no puede predecir el comportamiento; habría que seguir realizando investigación utilizando este modelo en asociación con otros. En tanto, permitiría centrar esfuerzos en actividades preventivas ensalzando lo prioritario que resulta la salud en la vida actual.

Se encontró asociación entre la autoeficacia generalizada y las distintas formas de evaluar la adherencia en pacientes con cáncer. Si se considera lo que Bandura señala acerca de que las autocreencias optimistas de las personas en cuanto a sus capacidades pueden ser mejores predictores de la conducta posterior incluso que el nivel de habilidad real de la persona, la autoeficacia percibida afectaría el comportamiento de manera directa e impactaría en otros determinantes clave como las metas, las aspiraciones, las expectativas de resultados, las tendencias afectivas y la percepción de impedimentos u oportunidades que se presenten en el medio social, en las creencias de las personas en sus propias capacidades para ejercer control sobre su propio funcionamiento y sobre los eventos que afectan su vida, de tal forma que influiría en las elecciones de la vida, el nivel de motivación, la calidad del funcionamiento, la respuesta a la adversidad, a la vulnerabilidad, al estrés y a la depresión (Schwarzer y Fuchs, 1996), y en los cursos de acción que elegirían para perseguir los desafíos y metas que se planteen, en su compromiso con los mismos, la cantidad de esfuerzo que invertirían en ciertos aspectos, los resultados que esperarían alcanzar por sus esfuerzos, en la magnitud de su perseverancia frente a los obstáculos, su resistencia a la adversidad, e incluso, en el nivel de estrés y depresión que experimentarían y en los logros que alcanzarían (Bandura, 2001).

De tal forma, resultaría muy conveniente continuar llevando a cabo investigación en este sentido, en primer lugar planeando un taller en donde el cambio conductual esperado se basara más en la ejecución por la propia persona de procedimientos de adherencia que sólo en brindar información acerca de ella; es decir, en usar la persuasión verbal o la observación de modelos (Villamarín, 1990); además, el taller debería enfocarse en reducir las reacciones de estrés ante los procedimientos y en disminuir la aparición de emociones negativas y la interpretación de estados físicos alterados como sinónimo de incapacidad (Bandura, 1998) de manera que facilite el aprendizaje vivencial del manejo del procedimiento, del estrés y del control de pensamientos negativos, con la finalidad de incrementar al máximo la adherencia y la resistencia ante la adversidad.



Capítulo Diecinueve

Hostilidad, psicofisiología y salud cardiovascular



Francesc Palmero

Universitat Jaume I

Antecedentes

Los trastornos cardiovasculares representan una de las principales causas de enfermedad y mortalidad en los países industrializados. A modo de ejemplo, hace sólo dos décadas, los datos sobre prevalencia y mortalidad causadas por esta enfermedad en los Estados Unidos resultaban alarmantes. En concreto, el número de personas afectadas por algún tipo de enfermedad del sistema cardiovascular superaba los 29 millones de casos, de los cuales más de un millón (cerca de 3.5%) tenían la muerte como desenlace (Daviglius, Liu, Greenland y Dyer, 1998).

Durante las últimas décadas, la elevada prevalencia y tasa de mortalidad ocasionadas por los trastornos cardiovasculares ha conducido al progreso en la búsqueda e identificación de los factores de riesgo para el padecimiento de este tipo de trastornos, hallándose como factores primordiales la edad, el sexo, el colesterol, la hipertensión, el consumo de tabaco y la obesidad. Sin embargo, a pesar de que la relación entre los anteriores factores de riesgo (conocidos como factores “clásicos” de riesgo) y los trastornos cardiovasculares ha sido establecida, tales factores, tanto si se les considera de forma independiente, como de forma conjunta o interrelacionada, no explican más del 50% de la varianza en la predicción del riesgo a padecer alguna enfermedad cardiovascular, con lo cual la tesis parece clara: es imprescindible buscar otros factores de riesgo más allá de los denominados “clásicos”.

La investigación ha tomado un rumbo más amplio, considerando la etiología de la enfermedad coronaria como algo complejo y multifactorial, que implica aspectos genéticos, fisiológicos, químicos, nutricionales, ambientales y psicosociales. Dentro de los aspectos psicosociales, los primeros intentos se centraron en el estudio del modo en que los sujetos que padecían trastornos coronarios se enfrentaban a las distintas situaciones. Es decir, se estudió la posibilidad de que alguna forma particular de conducta pudiese tener una cierta relevancia al momento de entender las razones de los problemas cardiovasculares. Así, los trabajos pioneros de Rosenman y Friedman ponen de relieve el probable papel que desempeñan ciertas conductas y rasgos de personalidad para comprender la predisposición al padecimiento de trastornos cardiovasculares (Friedman y Rosenman, 1959; Rosenman y Friedman, 1961). A partir de la observación clínica de sus pacientes afectados por cardiopatía isquémica, acuñaron el concepto Patrón de Conducta Tipo A (PCTA), en el que se incluían todas aquellas conductas y rasgos de perso-

nalidad que encontraron de manera repetida en sus pacientes. Estos autores definieron dicho patrón como “...un complejo de acción-emoción, que puede ser observado en cualquier persona que se encuentra agresivamente implicada en un crónico e incesante conflicto para conseguir más y más en el menor tiempo posible, y, si fuera necesario, en contra de los esfuerzos opuestos de otras cosas o personas” (Rosenman, 1996, p. 91). Lo que caracteriza a este patrón de conducta como elemento perjudicial para la salud de las personas que lo manifiestan es el peculiar estilo de afrontamiento, basado en un uso abusivo de estrategias activas, acompañadas con respuestas emocionales de hostilidad y apresuramiento.

Así, el PCTA está configurado por: *componentes formales* —voz alta, habla rápida, excesiva actividad psicomotora, tensión de la musculatura facial, excesiva gesticulación y otros manierismos típicos—; *actitudes y emociones* —hostilidad, impaciencia, ira y agresividad—; *aspectos motivacionales* —motivación de logro, competitividad, orientación al éxito, afán de superación y ambición—; *conductas abiertas o manifiestas* —urgencia de tiempo, prisa, rapidez, hiperactividad e implicación en el trabajo—; *aspectos cognitivos* —necesidad de control ambiental y estilo atribucional característico— (Friedman y Rosenman, 1974). En definitiva, los resultados obtenidos en múltiples investigaciones permitieron vislumbrar la posibilidad de que ese patrón conductual no sólo estuviese asociado con la cardiopatía isquémica, sino que incluso pudiera ser considerado como un factor independiente de riesgo para esta enfermedad. El PCTA puede ejercer su papel en la etiología y curso de la enfermedad, bien actuando de modo directo en el proceso aterogénico, o funcionando como detonante que precipite eventos clínicos en pacientes con una aterosclerosis coronaria ya desarrollada, pudiendo encontrarse en la base de cualquiera de dichas posibilidades tanto un incremento excesivo en la liberación de catecolaminas, que median la agregación plaquetaria, la formación de trombos y la producción de arritmias cardíacas, como la producción de cambios hemodinámicos de relevancia, como el incremento de la resistencia vascular periférica, de la presión sanguínea y/o de la tasa cardíaca, aspectos que pueden producir isquemia, coágulos o arritmias cardíacas (Rosenman, Brand, Jenkins, Friedman, Strauss y Wurm, 1975; Haynes, Feinleib y Kannel, 1980).

Tras un periodo de auge, al menos aparente, en el que parecían cumplirse todas las predicciones hipotetizadas por los investigadores en relación con el PCTA, y cuando la comunidad científica comenzaba a asumir la relación entre PCTA y trastornos cardiovasculares, también empiezan a surgir resultados en los que se cuestionaba esa relación (Myrtek, 1995).

Las causas a las que se ha atribuido el hallazgo de resultados contradictorios son variadas, aunque consistentes.

En primer lugar, una posible explicación de esos resultados puede radicar en las inconsistencias en cuanto al tipo de instrumento de medida utilizado para evaluar el PCTA. En particular, existen diversos procedimientos, entre los que cabe destacar los siguientes: la entrevista estructurada, el inventario de actividad de Jenkins (JAS), la escala Bortner, la escala Framingham, la escala Thurstone, entre otros. El uso de técnicas tan dispares en la evaluación del PCTA ha influido en esos resultados contradictorios. Además, se debe añadir la falta de un criterio unánime al momento de aplicar instrumentos de evaluación como la entrevista estructurada, en la que, no sólo se evalúa el contenido de las respuestas del sujeto, sino la forma de interacción entre el sujeto evaluado y el entrevistador, que depende en gran medida del “estilo” del entrevistador al llevar a cabo la entrevista. La entrevista estructurada (ES) —que ha sido el principal instrumento para medir el PCTA—, presentaba un índice de fiabilidad muy bajo, ya que daba lugar a un bajo acuerdo entre jueces. El inventario de actividad de Jenkins (JAS), desarrollado a partir de la ES para subsanar los inconvenientes de ésta, también fue cuestionado, precisamente por la falta de coherencia con las clasificaciones efectuadas con la ES.

En segundo lugar, debemos mencionar el inadecuado tamaño y composición de las muestras estudiadas en algunas investigaciones, puesto que, aunque se hayan realizado estudios con muestras lo suficientemente representativas, muchos de los trabajos se han llevado a cabo con muestras que no alcanzaban los 150 individuos. Además, gran parte de los estudios se han efectuado con muestras compuestas casi de manera exclusiva por individuos de sexo masculino, existiendo sólo un reducido número de trabajos elaborados con muestras integradas por mujeres.



En tercer lugar, se ha argumentado, como explicación a las inconsistencias y contradicciones en la relación entre PCTA y trastornos cardiovasculares, el que aquél sea considerado como un constructo multidimensional. Es esta naturaleza multidimensional la que puede conducir a inconsistencias cuando se intenta constatar su relación con los trastornos cardiovasculares. Así, por una parte, la elevada puntuación de un individuo en cualquiera de los componentes o atributos del PCTA puede hacer que ese sujeto sea clasificado como tipo A; sin embargo, la elevada puntuación de un individuo en otro de los componentes del PCTA también permite que dicho individuo sea considerado como sujeto tipo A. Cabe la posibilidad, harto probable, de que los dos individuos que han sido considerados como tipo A tengan muy pocas cosas en común (salvo la de la categorización de ambos como tipo A). Es decir, no está demostrado que todos los atributos o componentes englobados dentro de este constructo impliquen del mismo modo un patrón de predisposición a la enfermedad coronaria. Puesto que las medidas existentes del constructo no explican cuáles de los diferentes aspectos del PCTA están vinculados (o no) con las distintas enfermedades cardiovasculares, y dado que algunos de los cuestionarios de autoinforme desarrollados con el fin de evaluar el PCTA parecen medir sobre todo actitudes y no conductas, no es extraño que aparezcan distorsiones en la medición de algunos de los principales componentes del PCTA, como son las conductas observables. Como indicaba el propio Rosenman (1996), el PCTA es un constructo multidimensional que representa una manifestación del modo mediante el que las personas tipo A perciben el mundo y a sí mismos. Entre las características esenciales que se asocian con el PCTA están la agresión, la competitividad, el apresuramiento y la hostilidad. La existencia de diversos componentes dentro de un mismo constructo ha dificultado de manera considerable su relación con la enfermedad cardiovascular.

En última instancia, esta situación condujo a cuestionar la equivalencia entre el PCTA y el patrón de predisposición a la enfermedad coronaria, siendo este último el que se vincula con el padecimiento de enfermedades cardiovasculares. Así, el interés científico comenzó a centrarse, de modo selectivo, en los distintos subcomponentes del PCTA, para delimitar cuál de ellos era el verdadero predictor de los trastornos cardiovasculares.

El núcleo más amplio de la investigación intentó especificar más la búsqueda de las características del PCTA que incrementan la probabilidad de padecer enfermedades cardiovasculares. Así, el objetivo de los investigadores se centró en un concepto de remotas y profundas raíces en el ámbito de la psicología: aquel que plantea que las intensas emociones negativas, precipitadas por las molestias habituales o eventos de la vida cotidiana, pueden afectar nuestra salud, incluso nuestra propia supervivencia. Además, a las emociones cabría añadir todas las cogniciones ante dichas situaciones o molestias, que estarían unidas en forma estrecha a las citadas emociones negativas. Cuando las variables implicadas estaban bien controladas, se podía apreciar una asociación evidente entre el componente emocional del PCTA con la incidencia del infarto de miocardio (Jenkins, Rosenman y Friedman, 1966), así como con la incidencia de cardiopatías isquémicas (Hecker, Chesney, Black y Frautschi, 1988; Matthews, Glass, Rosenman y Bortner, 1977).

Ése es el panorama que encontramos a lo largo de las últimas dos décadas cuando se intenta establecer la relevancia de las variables psicológicas en las enfermedades cardiovasculares. El factor “no-físico” que se erigía como potencial elemento de riesgo era el complejo ira-hostilidad.

El componente emocional

Hemos visto que, de las distintas críticas formuladas al PCTA, la más impactante fue la de su consideración como constructo multidimensional. Esta importante cuestión ha dado lugar a que se inicie la localización del componente tóxico en el constructo tipo A, si es que existe algún factor capaz de predecir la aparición de posteriores trastornos cardiovasculares. En la



actualidad, se considera que el componente emocional del PCTA, en especial el complejo ira-hostilidad, parece la variable más importante para detectar a los sujetos propensos a sufrir trastornos cardiovasculares.

Para medir tal componente, el instrumento más utilizado ha sido el inventario de hostilidad de Cook y Medley (Ho), siguiendo en frecuencia de uso el inventario de hostilidad de Buss y Durkee (BDHI) y el factor S de la escala de actividad de Jenkins.¹ De hecho, el factor S se correlaciona de manera positiva y significativa con la medida de la hostilidad obtenida mediante otros instrumentos.

Es decir, parecía que algunos componentes del PCTA sí poseen cierta relevancia para el estudio de los trastornos cardiovasculares, mientras que los otros componentes parecen no tener ningún nexo claro con este tipo de trastornos; incluso, podrían desempeñar una especie de papel protector de la salud del individuo (Palmero, Codina y Rosel, 1993).

A raíz de las críticas vertidas sobre el PCTA, y una vez que éste fue descartado como indicador de una mayor probabilidad de padecer un trastorno cardiovascular, en distintos trabajos se pudo constatar que el estudio de la predisposición o propensión a los trastornos cardiovasculares

podía seguir siendo viable si se tomaba en cuenta que el complejo ira-hostilidad era ese factor tóxico capaz de incrementar el riesgo de ocurrencia de la enfermedad cardiovascular (Williams, Barefoot, Haney, Lee, Kong, Blumenthal y Whalen, 1980; Barefoot, Dahlstrom y Williams, 1983; Shekelle, Gale, Ostfel y Paul, 1983; MacDougall, Dembroski, Dimsdale y Hackett, 1985; Hecker *et al.*, 1988; Dembroski, MacDougall, Costa y Grandits, 1989; King, 1997; Rosenman y Palmero, 1998; Gallacher, Sweetnam, Yarnell, Elwood y Stansfeld, 2003).



El complejo ira-hostilidad

Parece muy difícil ignorar la conexión que existe entre la ira y la hostilidad la cual posee connotaciones de retroactividad positiva, de tal forma que la ira es una variable que incrementa la probabilidad de que aparezca la hostilidad, y la hostilidad aumenta la probabilidad de que se desencadene la ira. La figura 19.1 ilustra el proceso de la emoción de ira, en el que se hallan insertas la dimensión subjetiva o sentimiento de ira y la dimensión cognitiva o actitud de hostilidad, así como la repercusión de ambas variables sobre las diversas formas de respuesta.

Por lo que respecta a la hostilidad, es considerada como una variable compleja y de difícil conceptualización, de la que carecemos de una definición comprensiva. La hostilidad se podría definir como una actitud negativa hacia los demás y hacia la misma naturaleza humana, que consiste en su enemistad, denigración y rencor. En general, la hostilidad entraña la devaluación de los motivos y valores de los demás, y la expectativa de que la gente es fuente de malas obras; implica, también, el deseo de oponerse a los demás, en cuanto a aspectos de relación, o incluso el deseo de causarles daño. Se trata de una actitud muy dependiente de los aprendizajes sociales, que presupone la existencia de un estilo atribucional basado en la cognición de amenaza y en la presunción de malevolencia por parte de los demás. Asimismo, existe otro tipo de definiciones de hostilidad que se basan en la perspectiva multidimensional. Este tipo de definiciones establece diferencias entre las tres formas de posibles

¹ No parece descabellada esa posibilidad, si asumimos que el PCTA permitió en múltiples trabajos predecir con éxito la ocurrencia de trastornos cardiovasculares. Es probable que la divergencia de resultados se deba a que los individuos fueron categorizados como tipo A con distintos criterios, entre ellos las distintas subescalas que conforman el Jenkins Activity Survey (JAS), de tal suerte que —se podría pensar— cuando el criterio utilizado fue la escala S del JAS, el PCTA mostraba una aceptable capacidad predictiva, mientras que, cuando se usaba cualesquiera otros factores o escalas del JAS, el constructo PCTA no parecía un procedimiento apropiado para detectar el riesgo de enfermedad cardiovascular.



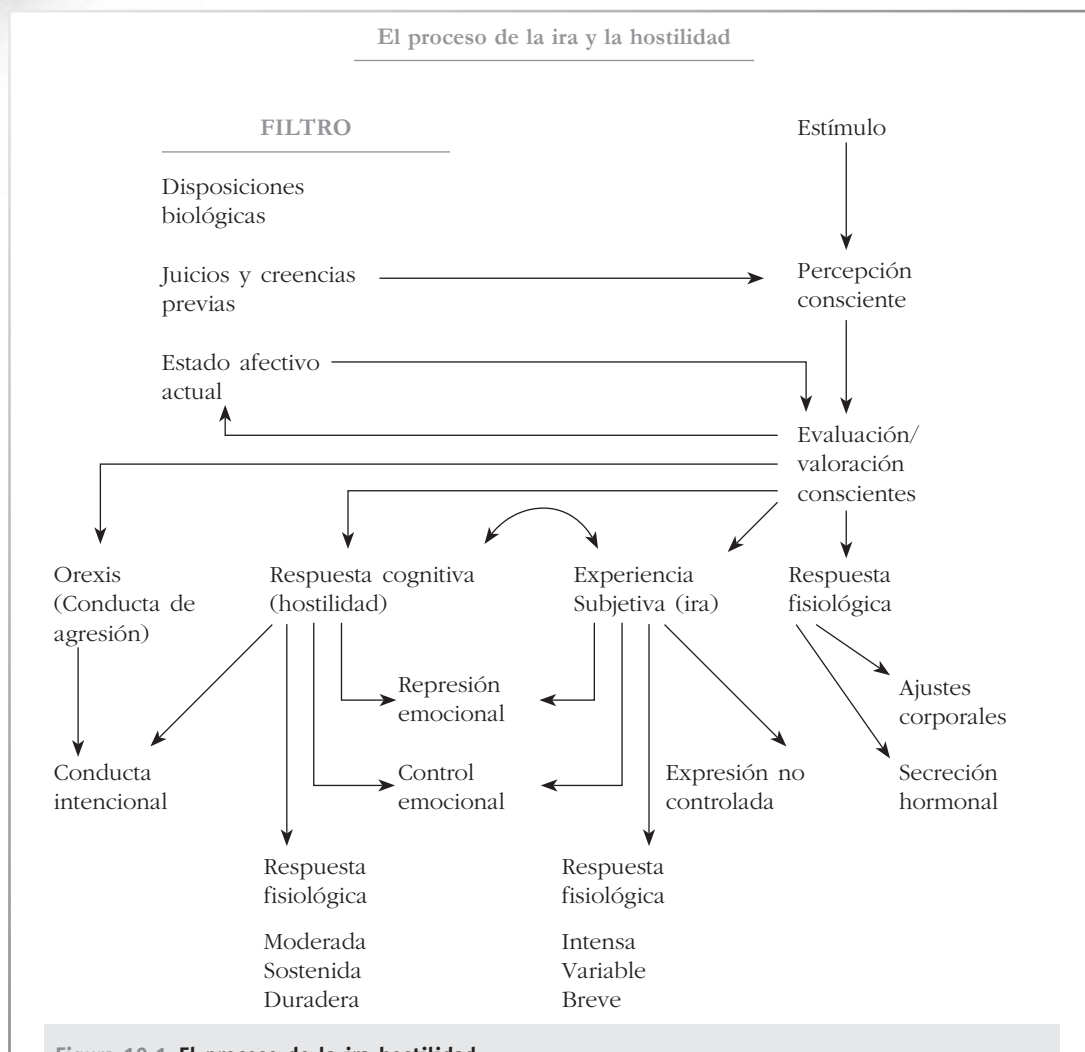


Figura 19.1 El proceso de la ira-hostilidad.

manifestaciones que estarían incluidas en el concepto de hostilidad: cognitivas, afectivo-emocionales y conductuales. El componente cognitivo consiste en las creencias negativas acerca de los demás; estas creencias provocan tendencias atribucionales que vuelven más sencilla la interpretación de la conducta de los demás como amenazadora u opositora. El componente afectivo-emocional incluye algunos estados emocionales como la ira, el enfado, el resentimiento, el disgusto y el desprecio. El componente conductual comprende la agresión, expresada de forma física y/o verbal, o de otros modos más sutiles y socialmente aceptados.

Lo que pretendemos decir es que la hostilidad es el resultado de las influencias que puede haber recibido un individuo por parte de su medio ambiente a lo largo de su vida, ya que el factor genético parece tener una implicación muy reducida. Los sujetos que muestran hostilidad se caracterizan por esperar lo peor de los demás, y se encuentran siempre a la defensiva, creando ambientes en los que predomina la competitividad y la tensión. Estos sujetos perciben el ambiente como una lucha incesante y competitiva para lograr el fin que pretenden; para ello, permanecen en alerta, pues temen que su “enemigo” lleve a cabo conductas malintencionadas con el propósito de impedirles que consigan su objetivo. Esta tensa situación deriva, como es lógico, en sentimientos de ira en numerosas ocasiones. Por otra parte, el que estas personas estén en un estado de hipervigilancia constante contribuye a que tengan mayor predisposición a padecer una enfermedad cardiovascular, ya que la activación de sus mecanismos de defensa para afrontar la situación —o estímulo estresor— perdura en el tiempo, cuando lo óptimo sería



que se activasen en un momento determinado y concreto —el instante en el que se produce el estrés— y retornasen de inmediato a sus niveles basales, precisamente cuando el estímulo estresor ha desaparecido.

En cuanto a la ira, es considerada como una emoción desagradable que consiste en sentimientos que varían en intensidad desde la irritación al enfado, furia o rabia. Esos sentimientos constituyen el componente subjetivo o experiencial de la emoción de ira y van acompañados de forma característica por incrementos en la activación del sistema nervioso simpático y del sistema endocrino, tensión en la musculatura esquelética, expresiones faciales características, patrones antagonistas de pensamiento y, a la vez, tendencias a comportarse de forma agresiva. Este complejo emocional resulta más fácilmente elicitado por aspectos de relación; es decir, por situaciones interpersonales y sociales. Por otra parte, al hablar de ira, cabe diferenciar entre su experiencia y su expresión. La experiencia de la ira variará en intensidad, frecuencia y duración. La expresión de la ira no es más que una respuesta transaccional a las amenazas del medio, que sirve para regular el displacer emocional experimentado.

El signo expresivo más significativo de la ira son los gestos faciales, mientras que en forma cognitiva son muy comunes los pensamientos contradictorios y contrapuestos (Palmero, Espinosa y Breva, 1995). En este orden de ideas, hace unos años, Johnson (1990) proponía la existencia de tres estilos de afrontamiento ante un estímulo estresor que produce ira, con el fin de disminuir esa sensación desagradable: 1) *estilo de supresión de la ira (anger-in)*, caracterizado por el hecho de que el sujeto afronta la situación inhibiendo la manifestación abierta de la ira: prefiere reprimirla, a pesar de sentir una intensa sensación de enfado, antes que expresar la verbal o físicamente. 2) *estilo de expresión de la ira (anger-out)*, por medio del cual la persona tiende a expresar de manera abierta su ira, manifestando conductas airadas hacia sujetos u objetos, tanto verbal como físicamente, pero sin intención de realizar ningún daño o perjuicio hacia la otra persona. Sin embargo, no podemos dejar de señalar que en numerosas ocasiones estos episodios abiertos de ira dejan paso a conductas de agresión por parte del sujeto que sí denotan claras intenciones de dañar a la otra persona. 3) *estilo de control de la ira (anger-control)*, mediante el que la persona intenta canalizar toda la energía provocada por sus sentimientos de enfado e ira y proyectarla a otros fines más constructivos que la conducta agresiva hacia el agente estresor, pretendiendo llegar a una resolución positiva del problema que ha provocado esa emoción displacentera. Esta sería la alternativa más recomendable para reducir la probabilidad de riesgo de enfermedades cardiovasculares.

En el complejo ira-hostilidad, la ira se considera, en principio, como el componente esencial, ya que en muchas ocasiones conduce a la hostilidad y, de modo eventual, puede dar lugar a la agresión (Johnson, 1990). Por lo tanto, no resulta casual que, con mucha frecuencia, las investigaciones estuviesen orientadas hacia la búsqueda de la posible relación entre los trastornos cardiovasculares y la ira, y más concretamente, con la supresión y/o expresión de la misma (Palmero *et al.*, 1995; Rutledge, Reis, Olson, Owens, Kelsey, Pepine, Reichek, Rogers, Merz, Sopko, Cornell y Matthews, 2001). No obstante, al ser relevante la ira, parecía conveniente considerar también como variable notable la hostilidad. La ira, como emoción que es, resulta temporalmente muy breve, transitoria e inestable, por lo cual es comprensible y necesario tomar en consideración el componente cognitivo del complejo *ira-hostilidad*, ya que es más estable, duradero y fácil de aprehender en las investigaciones (Siegman, 1994; Dembroski *et al.*, 1989; Steptoe y Whitehead, 2005). Asimismo, como lo sugeríamos antes, la hostilidad parece un elemento indispensable para la ocurrencia de la ira, ya que disminuye los umbrales de disparo de esta emoción: una persona hostil posee una mayor predisposición o proclividad a estallar en un intenso arrebato de ira. De ese modo, la consideración de la hostilidad parecía facilitar la labor de localizar la eventual relación existente entre procesos emocionales y enfermedades cardiovasculares (Palmero *et al.*, 1995).

A partir de ese momento, los esfuerzos de los investigadores se centraron en un doble objetivo. Por una parte, verificar la relación existente entre la hostilidad y la enfermedad cardiovascular, y, por otra, comprobar la asociación entre la hostilidad y la reactividad psicofisiológica cardiovascular.



En cuanto a la relación entre la hostilidad y la enfermedad cardiovascular, algunos trabajos destacan la posibilidad de que la hostilidad sea el único componente relacionado con el desarrollo, mantenimiento y progresión de las alteraciones cardiovasculares, haciendo pensar que tal variable es un factor independiente de riesgo (Rosenman y Chesney, 1980; Dembrosky y MacDougall, 1983; Williams, Barefoot y Shekelle, 1985; Sloan, Bagiella, Shapiro, Kuhl, Chernikhova, Berg y Myers, 2001; Llabre, Spitzer, Siegel, Saab y Schneiderman, 2004). A estos estudios previos cabe añadir los análisis longitudinales efectuados, en los que se confirma la probable capacidad predictiva de la hostilidad en la enfermedad de infarto de miocardio (Barefoot *et al.*, 1983; Powell y Thoresen, 1985; Hecker *et al.*, 1988; Eaker, Sullivan, Kelly-Hayes, D'Agostino y Benjamin, 2004).

Los resultados obtenidos demostraron una tendencia generalmente aceptable entre la hostilidad y la reactividad cardiovascular. En el ámbito del laboratorio, los trabajos ponían de relieve que, cuando se emplean los instrumentos apropiados, se observa una asociación entre la hostilidad y la reactividad cardiovascular (Suárez y Williams, 1989; Suárez, Williams, Kuhn, Zimmerman y Schanbers, 1991; Williams *et al.*, 1980; MacDougall, Dembroski y Krantz, 1981; Davis, Matthews y McGrath, 2000; Kamarck y Lovallo, 2003).

En ambos objetivos se intentaba establecer la vinculación del componente emocional con el riesgo de enfermedad cardiovascular. Para ello, se utilizó todo el arsenal tecnológico que permitiera reforzar la objetividad de los resultados obtenidos, posibilitando su verificación y replicación.

La metodología psicofisiológica, junto con todo el conglomerado de técnicas y procedimientos, representaba la aproximación correcta para establecer la eventual relación existente entre variables psicológicas (en especial las que se refieren a procesos emocionales) y el potencial riesgo de enfermedad cardiovascular. Se hacía necesario demostrar el nexo de unión entre una variable psicológica y una variable biológica. Dicho vínculo se localizó en el funcionamiento psicofisiológico, en particular en la reactividad cardiovascular. Esta asociación entre los factores psicosociales y la enfermedad cardiovascular ha recibido el nombre genérico de "hipótesis de la reactividad cardiovascular", pudiendo comprobar que existen múltiples trabajos prospectivos que la sustentan (Keys y Taylor, 1971; Schiffer, Hartley, Schulman y Abelmann, 1976; Manuck, Olsson, Hjemdahl y Renhqvist, 1992; Steptoe, Cropley y Joekes, 2000).

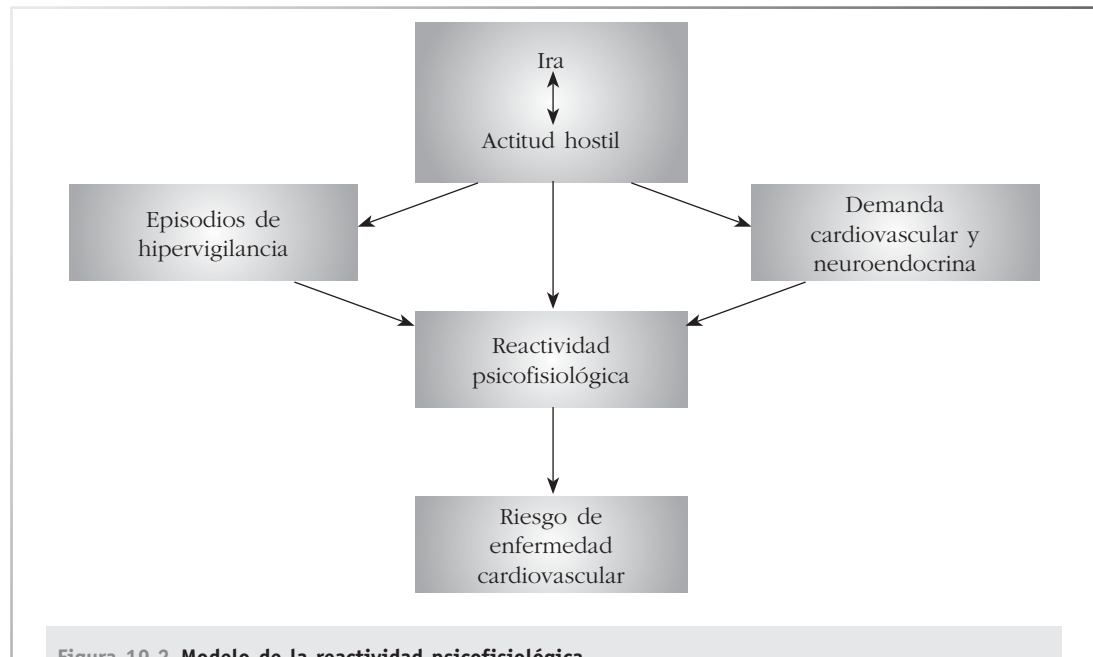
El apoyo psicofisiológico

El problema con el que se encontraba en forma sistemática la orientación psicosomática consiste en la demostración del vínculo de unión entre una variable psicológica, con características subjetivas e intangibles, y una disfunción, trastorno o enfermedad, con características físicas, tangibles y observables. Si cupiese la posibilidad de determinar de manera empírica que la ansiedad, o la ira, o cualquier otra emoción o variable psicológica en general, producen un efecto concreto sobre una variable fisiológica, o biológica en general, estaríamos en posición de sostener que tal variable psicológica es un factor notable, y quizá independiente, referido al riesgo de sufrir algún trastorno en particular.

Pues bien, a modo de ejemplo, a partir de los resultados obtenidos en distintas investigaciones, en la actualidad se ha podido confirmar la relación que existen entre los factores psicosociales y la formación de la placa de ateroma, circunstancia que constituye la lesión básica que se produce en la enfermedad cardiovascular (EC) (Kaplan, Manuck, Clarkson, Lusso, Taub y Miller, 1983; Manuck, Kaplan y Clarkson, 1983; Manuck, Kaplan y Matthews, 1986; Manuck, Kaplan, Adams y Clarkson, 1989; Kaplan, Manuck, Adams, Weingand y Clarkson, 1987). La relación entre los factores psicosociales y la formación de la placa de ateroma se puede explicar a partir de los mecanismos involucrados en la formación de ésta, a saber: el factor mecánico y el factor químico. El factor mecánico tiene su efecto en las bifurcaciones y curvas de las arterias coronarias, en las cuales el flujo sanguíneo provoca turbulencias que facilitan la lesión del endotelio y, en consecuencia, la fijación de la placa de ateroma. El mecanismo químico actúa principalmente a través de las lipoproteínas; las placas que se crean sobre las paredes arteria-



les están constituidas por cristales de colesterol, que proceden de las lipoproteínas. Ambos mecanismos se encuentran muy influidos por los factores y variables psicosociales, en especial por las respuestas que ofrece el organismo cuando se enfrenta a las diversas situaciones de estrés o cuando experimenta intensos procesos emocionales. En esas situaciones, se genera un incremento de la tasa cardíaca y de la presión arterial, provocando un incremento del flujo sanguíneo y un aumento de las turbulencias. Asimismo, se produce una importante movilización de lípidos, que es superior a los requisitos metabólicos del organismo, y que facilita la agregación plaquetaria a las paredes arteriales y al tejido del corazón. El sencillo modelo teórico que explica esa conexión queda reflejado en la figura 19.2.



No obstante, la verificación empírica de la formulación teórica no siempre se producía. La asociación entre hostilidad y enfermedades cardiovasculares a través del mecanismo de unión localizado en el funcionamiento psicofisiológico cardiovascular, reactividad psicofisiológica cardiovascular, parecía mostrarse esquivada. Aunque en algunos estudios se confirmaba la existencia de una relación entre la hostilidad y la enfermedad cardiovascular, el optimismo inicial comenzó a decaer con la aparición de las primeras inconsistencias. Nuevos análisis prospectivos han hallado dificultades cuando se debe establecer la relación entre la hostilidad y las alteraciones cardiovasculares (Hällstrom, Lapidus, Bengtsson y Edstrom, 1986; McCraine, Watkins, Brandsma y Sisson, 1986; Leon, Finn, Murray y Bayley, 1988; Hearn, Murray y Lupker, 1989; Maruta, Hamburgén, Jenkins, Offord, Colligan, Frye y Malinchoc, 1993; Fitzmaurice, Kubzansky, Rimm y Kawachi, 2003). De igual manera, surgen trabajos que no encuentran una vinculación entre la hostilidad y la reactividad cardiovascular en diferentes estudios de laboratorio (Smith y Allred, 1989; Carroll, Davey, Sheffield, Shipley y Marmot, 1997; Landeta, Barrenetxea, Corral y Otero, 1998). A estas inconsistencias cabe añadir que, en otro grupo de estudios, la relación entre hostilidad y reactividad viene condicionada por el tipo de situación de laboratorio diseñada o por la medida de hostilidad empleada (Suárez y Williams, 1990; Siegman, Anderson, Herbst, Boyle y Wilkinson, 1992; Allen, Stoney, Omens y Matthews, 1993; Lawler, Harralson, Armstead y Schmied, 1993; Suárez, Harlan, Peoples y Williams, 1993; Suls y Wan, 1993; Siegman, 1994; Shapiro, Goldstein y Jammer, 1995).

Se propuso la existencia de numerosos factores que podrían estar entorpeciendo la apreciación de la asociación entre hostilidad y enfermedades cardiovasculares. En primer lugar, apa-



recen resultados dudosos que pueden deberse a diferentes métodos de muestreo y a la distinta duración del tratamiento. En segundo lugar, aparecen resultados contradictorios que pueden deberse a diferencias en las muestras estudiadas o a los métodos estadísticos utilizados. En tercer lugar, pueden encontrarse resultados significativamente heterogéneos debidos a la incorrecta comparación de resultados procedentes de análisis metodológicamente distintos —estudios retrospectivos, prospectivos, de control de casos y transversales—, o al empleo de medidas observacionales y de autoinforme. En cuarto lugar, el procedimiento seguido para admitir a los sujetos en un estudio también puede sesgar los resultados ya que pueden incluirse en la muestra sujetos voluntarios y de alto riesgo. En quinto lugar, la hostilidad puede ligarse a factores de riesgo para la salud en general que pueden relacionarla de forma indirecta con la enfermedad coronaria. Todos estos problemas que suscita la investigación de la relación entre la hostilidad y la enfermedad cardiovascular derivan en una escasa frecuencia de asociaciones significativas entre ambas (Rosenman y Palmero, 1998; Strike y Steptoe, 2005).

En última instancia, dichas incongruencias provocaron la aparición, de nuevo, de las críticas, las cuales versaban en esencia acerca de las características de las manipulaciones metodológicas y, de nueva cuenta, sobre la multidimensionalidad del concepto.

En función de esta última crítica reseñada, algunos autores estimaron que le podría estar sucediendo al complejo ira-hostilidad lo mismo que había ocurrido con el patrón acuñado por Friedman y Rosenman, a saber, que la multidimensionalidad del constructo suponía que algunas de sus dimensiones estuvieran relacionadas con las EC, y otras, en cambio, fueran neutras o, incluso, disminuyeran el riesgo a padecer esa enfermedad. Otra vez, aparecía la controversia, impulsando a los investigadores a identificar, de forma más nítida, el eventual papel de la hostilidad en el riesgo de sufrir trastornos cardiovasculares.

Situación actual

La aparición de resultados contradictorios está abriendo el abanico de posibilidades en la planificación de nuevas investigaciones. Aunque son muchas las iniciativas que se están llevando a cabo en los últimos años, estimamos que algunos aspectos tendrían que ser considerados y controlados, pues su propia relevancia hace de ellos piedras angulares en la localización de las variables psicológicas que pueden desempeñar un papel destacado en la predicción de ocurrencia de la enfermedad cardiovascular. Uno de estos aspectos alude al propio concepto de hostilidad, y el otro tiene que ver con la fundamentación metodológica de los procedimientos psicofisiológicos aplicados en las investigaciones. La relevancia de estos dos aspectos no es un tema menor. Así, por una parte, si consideramos que la hostilidad es —o puede llegar a ser— un factor de riesgo en la enfermedad cardiovascular, es necesario que todos los investigadores contemplen la misma acepción del concepto, usen los mismos instrumentos para medir el concepto, e intenten controlar las diversas variables que pueden estar interfiriendo en la medición de dicho concepto. Pero, además, es indispensable homogenizar los criterios utilizados para interpretar de manera correcta los resultados conseguidos con procedimientos psicofisiológicos, ya que, si aceptamos la hipótesis de la reactividad psicofisiológica como el mecanismo de unión entre variables psicológicas y trastornos biológicos, “*es preciso medir con las mismas unidades de medida*”, es necesario pronosticar de modo correcto el riesgo potencial de futuras disfunciones. Con ello, podrá realizarse la posterior comparación de los resultados que se hayan recaudado en distintos estudios.

El factor conceptual

Desde un punto de vista conceptual, ha habido dos iniciativas que parecen las más prometedoras. Por una parte, Barefoot, Dahlstrom y Williams (1983) proponen una nueva medida de hostilidad, denominada *hostilidad compuesta*, obtenida a partir del inventario de hostili-



dad (Ho) de Cook y Medley (1954), principal instrumento usado para medir la hostilidad. El Ho consta de siete subescalas: *cinismo*, *sentimiento hostil*, *respuestas agresivas*, *atribución hostil*, *evitación social* y otros. La escala de hostilidad compuesta estaría conformada por las subescalas de *cinismo*, *sentimiento hostil* y *respuestas agresivas*. La hostilidad compuesta parece recoger la dimensión más cognitiva del inventario (Larson y Langer, 1997; Boyle, Williams, Mark, Brummett, Siegler, Helms y Barefoot, 2004). Por otra parte, más recientemente, Helmers y Krantz (1996) plantean la posibilidad de que la hostilidad, en interacción con otras variables, podría ser un mejor predictor de la reactividad cardiovascular que la hostilidad por sí sola. En concreto, la interacción de la hostilidad y la defensividad, entendida esta última como la tendencia a reprimir aspectos de uno mismo no aceptados socialmente, podría ser considerada como el criterio más importante para predecir la reactividad cardiovascular.

La combinación de la hostilidad y la defensividad ha dado lugar a la aparición de nuevos trabajos con el objetivo de estudiar la relación entre la hostilidad y la EC. En el momento presente, esta combinación conceptual parece ser una de las posibilidades más prometedoras para mostrar la asociación que existe entre los factores psicosociales y las EC a través de la reactividad psicofisiológica.

Al medir este nuevo constructo se ha empleado la combinación de dos instrumentos clásicos. Por un lado, para medir la hostilidad, se ha utilizado la escala de hostilidad Ho (Cook-Medley, 1954), mientras que, para medir la defensividad, se ha usado el cuestionario de deseabilidad social de Marlowe y Crowne (CRP) (Crowne y Marlowe, 1964).

Algunos trabajos previos, realizados con pacientes con enfermedades coronarias, ponen de manifiesto que aquellos pacientes que obtienen altas puntuaciones en hostilidad defensiva presentan mayores índices de isquemia durante una situación de estrés mental, mayor daño por perfusión y una mayor duración de la isquemia durante las actividades diarias (Helmers, Krantz, Bairey, Klein, Kop, Gottdiener y Rozanski, 1995). Además, un estudio de campo efectuado con personal sanitario revela una mayor reactividad cardíaca por parte de las personas con alta hostilidad defensiva cuando deben hacer frente a situaciones de estrés (Jamner, Shapiro, Goldstein y Hug, 1991). Estos resultados, casi siempre conseguidos a partir de situaciones reales, parecen encontrar respaldo en los escasos trabajos llevados a cabo en el laboratorio (Jorgensen, Abdulkarim, Kahan y Frankowski, 1995; Shapiro, Goldstein y Jammer, 1995; Helmers y Krantz, 1996; Larson y Langer, 1997), en los que se aprecia la existencia de un subgrupo de personas, caracterizado por una elevada "hostilidad defensiva", que evidencia una mayor reactividad cardiovascular. Frente a estas personas se hallaría otro subgrupo caracterizado por una baja hostilidad y una alta defensividad que mostraría una menor reactividad cardiovascular.

De forma sintética, las dos conclusiones que se pueden extraer de los trabajos comentados se refieren a dos aspectos. Por una parte, las personas con hostilidad defensiva exhiben valores más elevados en la presión sanguínea en las situaciones de estrés (Helmers y Krantz, 1996), aunque, más recientemente, Helmers especifica que es la presión sistólica el índice que mejor refleja la elevada activación de los individuos hostiles defensivos (Mente y Helmers, 1999). Por otra parte, las personas hostiles defensivas muestran una mayor reactividad general durante la fase de tarea que el resto de grupos que se pueden integrar cuando se combinan las variables de hostilidad y defensividad (Larson y Langer, 1997). No obstante, como se ha podido apreciar en estas investigaciones, también son variadas las inconsistencias encontradas, las cuales, al menos en parte, proceden de las distintas tareas utilizadas para medir las variables cardiovasculares.

Estos resultados parecen sugerir la pertinencia de ampliar el espectro de investigaciones destinadas a afianzar la asociación entre variables psicológicas y reactividad cardiovascular, entendiendo que este último aspecto es el nexo de unión entre aquéllas y las enfermedades cardiovasculares. En otras palabras, parece pertinente establecer si la hostilidad defensiva puede ser considerada como el componente tóxico en relación con la enfermedad cardiovascular.

Existen ciertos aspectos en los trabajos comentados que quedan sin aclarar: 1) si bien consideran las fases de reposo —o de adaptación previa a la tarea— y de tarea, de forma sistemática dejan sin considerar la fase de recuperación; 2) en los diseños de laboratorio, por



lo general se suele utilizar como tarea experimental alguna actividad de estrés ficticio; 3) la actividad a realizar acostumbra tener una duración relativamente corta; en promedio, aproximadamente cinco minutos.

El factor de la metodología psicofisiológica

Es evidente que los procedimientos psicofisiológicos se han convertido en un elemento imprescindible de las investigaciones psicológicas para comprobar la eventual implicación de las variables psicológicas en el riesgo de enfermedad. De forma genérica, el parámetro estudiado ha sido la reactividad. Siendo importante el nivel de activación que posee un organismo en un momento dado, parece tener más relevancia observar la forma que tiene ese organismo de adaptarse a las exigencias que le impone el medio ambiente en el que lleva a cabo su actividad diaria; esto es, la forma de responder a la demanda de una situación de estrés. La reactividad psicofisiológica se relaciona con los ajustes del organismo a las condiciones cambiantes de su medio ambiente.

La trascendencia de la reactividad ha conducido a que se traten de perfilar las características de la misma, ya que, de no ser así, es difícil interpretar los resultados heterogéneos que en muchas ocasiones se obtienen. Así, se puede hablar de reactividad cardiovascular en un sentido amplio, determinando que el sistema cardiovascular funciona para proporcionar los nutrientes necesarios a los distintos tejidos que conforman el organismo de un individuo. Para conseguir ese objetivo, el sistema cardíaco y el sistema vascular funcionan de una manera combinada para garantizar el éxito. Por lógica, el sistema cardiovascular se encuentra en una incesante reactividad, puesto que también son incesantes las diferentes necesidades a las que tiene que responder. En un sentido más restrictivo, el que procede de la investigación básica de laboratorio, la reactividad cardiovascular alude a los cambios fisiológicos que, desde una línea base o fase de reposo, se producen como consecuencia de algún agente estresor o estímulo particular (Palmero, Brevia y Landeta, 2002).

La investigación llevada a cabo hasta nuestros días ha puesto de relieve que los individuos en quienes se aprecia una reactividad muy intensa corren un mayor riesgo de sufrir trastornos cardiovasculares de índole muy variada (Manuck, Kasprowicz, Monroe, Larkin y Kaplan, 1989; Manuck *et al.*, 1992). El argumento que se defiende se refiere a la *estereotipia de respuesta*: si la reactividad cardiovascular es una característica fisiológica estable y consistente en un individuo, es evidente que se detectarán los mismos patrones de respuesta cada vez que el individuo se enfrente a una situación de estrés. Con algunas limitaciones, las situaciones de laboratorio pueden considerarse como un procedimiento que aporta información acerca del funcionamiento fisiológico de un individuo en la vida real (Allen, Sherwood, Obrist, Crowell y Grange, 1987; Allen y Matthews, 1997). Aquellos individuos cuyo patrón de funcionamiento cardiovascular se caracterice por la manifestación de grandes respuestas son los que, con el paso del tiempo, es probable que experimenten alguna disfunción cardiovascular (Everson, Kaplan, Goldberg y Salonen, 1996; Markovitz, Raczynski, Wallace, Chettur y Chesney, 1998).

Para medir la reactividad cardiovascular, se deben considerar, al menos, dos factores. Por un lado, los índices cardiovasculares que se eligen para efectuar la medición propiamente dicha. Por otro, la metodología empleada para averiguar lo que es la reactividad. En cuanto a los índices elegidos para medir la reactividad, la frecuencia cardíaca, la presión sistólica y la presión diastólica son los que más a menudo se emplean. En lo que se refiere al procedimiento metodológico empleado para calcular la reactividad, son varias las posibilidades, aunque existen dos que son las que con mayor asiduidad se llevan a cabo: la de los valores basales preestímulares y la de los valores basales de adaptación. La ley de los niveles basales es imprescindible para entender la significación de la reactividad cardiovascular, ya que, si la medida de la reactividad refleja el grado de cambio desde un periodo de reposo hasta una situación de respuesta por efecto del estrés, lo relevante es localizar la mejor forma de medir ese cambio para encontrar la significación del mismo.



A nuestro modo de ver, en este apartado de metodología psicofisiológica queda por resolver un aspecto que consideramos crucial: la duración de la reactividad. Es decir, siendo importante, que sin duda lo es, la magnitud de la respuesta que ofrece el organismo cuando aparece un estímulo o situación que supone un peligro o riesgo de desequilibrio, tan importante o más resulta el tiempo que invierte ese organismo en retornar a sus valores basales previos a la situación que provocó su respuesta. En la figura 19.3 se muestran las tres posibilidades de respuesta psicofisiológica tras la aparición de un estímulo importante.

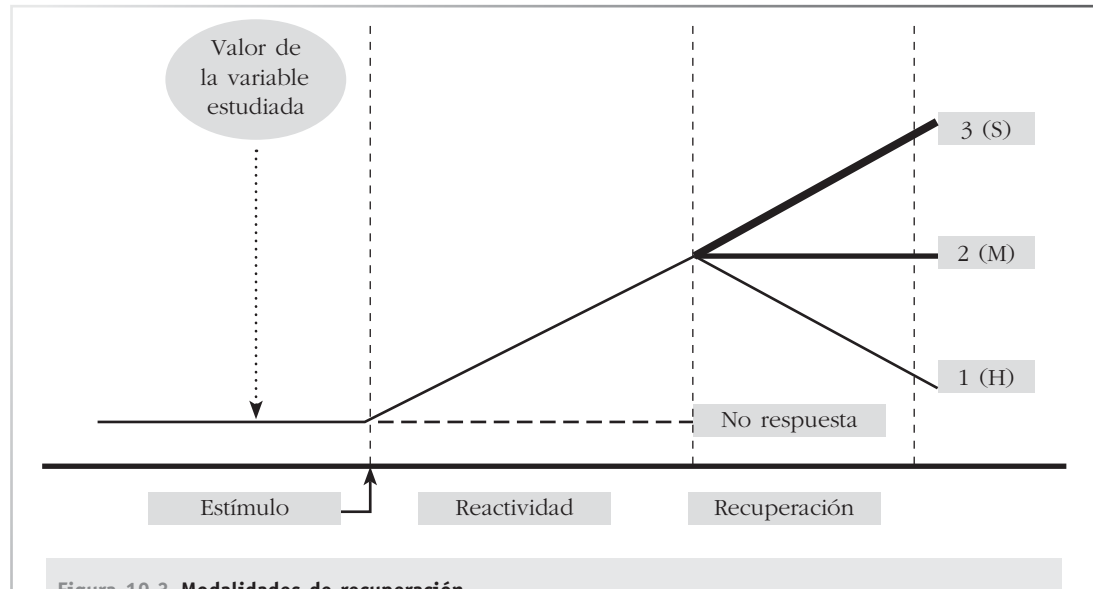


Figura 19.3 Modalidades de recuperación.

Como se puede apreciar, de las tres posibilidades, existe una, el denominado patrón 1 (habitación), que sí es adaptativo, ya que el individuo, después de ofrecer la respuesta, va recuperando en forma progresiva sus valores basales. Las otras dos posibilidades no son adaptativas, pues, en un caso, patrón 2 (mantenimiento), después de ofrecer la respuesta al estímulo en cuestión, el individuo se mantiene con el mismo nivel que alcanzó al responder, mientras que, en el otro caso, patrón 3 (sensibilización), los valores de la variable en cuestión van incrementándose a medida que el tiempo transcurre.

Como fácilmente se deduce de la representación gráfica, sólo el patrón 1 puede ser considerado saludable, y así queda reflejado en los distintos trabajos que han utilizado este tipo de diseño experimental. En cierto modo, es la consecuencia lógica de la incorrecta consideración y control de la metodología psicofisiológica. Esto es, de los tres parámetros fundamentales en psicofisiología —frecuencia, intensidad y duración—, se ha aplicado de forma genérica la intensidad (a mayor intensidad, mayor riesgo); se ha usado con mucha profusión también la frecuencia (a mayor frecuencia, mayor riesgo); incluso se ha utilizado con notable asiduidad la combinación de la intensidad y la frecuencia. Sin embargo, son muy escasos los estudios en los que se considera la duración de la respuesta. Y, a nuestro juicio, eso es un grave error debido a que esa circunstancia podría explicar en gran medida la heterogeneidad de los resultados obtenidos. El tiempo que tarda un individuo en recuperar sus valores basales es, además, un tiempo de exposición del organismo a los efectos de las sustancias liberadas con la ejecución de la respuesta. Y estos efectos puede que no sean tan adaptativos transcurrido un tiempo prudencial. La figura 19.4 ilustra lo que tratamos de decir.

Esto es, sobre el patrón 1, que es la forma prototípica de respuesta adaptativa, podemos dibujar diferentes posibilidades; todas ellas podrían recibir la notación de “perfil adaptativo”, ya que en todas ellas se aprecia la tendencia a la recuperación de los valores basales previos a la situación que provocó la respuesta. No obstante, todos convendremos en que, dentro del abanico de posibles perfiles adaptativos, hay algunos que lo son más que otros. La recuperación



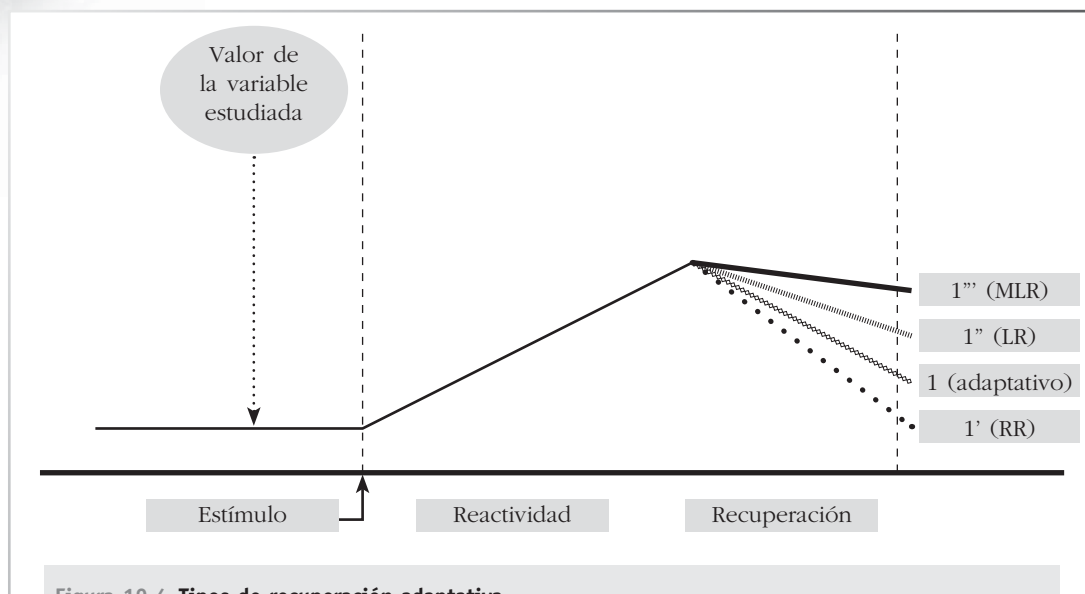


Figura 19.4 Tipos de recuperación adaptativa.

puede producirse de forma rápida (RR), de forma lenta (LR), incluso de forma muy lenta (MLR). En todo caso, hablando de patrones adaptativos, al menos desde la formulación teórica, podríamos fijar una gradación adaptativa que iría desde la respuesta más adaptativa (patrón RR) hasta la menos adaptativa (patrón MLR). De este modo, cabría la posibilidad de pensar que el hecho de considerar sólo la intensidad de la respuesta, sin tener en cuenta la duración de la misma, estuviera enmascarando el auténtico papel que pudiera desempeñar la hostilidad en el mayor o menor riesgo de sufrir un trastorno cardiovascular.

En un trabajo reciente (Palmero, Brea y Landeta, 2002), utilizando la hostilidad y la defensividad como variables independientes, integramos cuatro grupos de personas: grupo con alta hostilidad y alta defensividad, grupo con alta hostilidad y baja defensividad, grupo con baja hostilidad y alta defensividad, grupo con baja hostilidad y baja defensividad.

Para la medición de la hostilidad, se empleó la escala compuesta del *inventario Cook-Medley de hostilidad (Ho)*, que, como ya hemos indicado, está formada por las subescalas de *cinismo*, *sentimiento hostil* y *respuestas agresivas*. Para medir la defensividad, se usó el *cuestionario de deseabilidad social* de Marlowe y Crowne.

Los índices psicofisiológicos estudiados fueron la frecuencia cardíaca, la presión sistólica y la presión diastólica.

Pudimos comprobar que el grupo con alta hostilidad y alta defensividad obtuvo los mayores valores en las tres fases y en las tres variables estudiadas. Nuestros resultados coinciden con los conseguidos en los pocos trabajos previos, en los que se encuentra que las personas hostiles defensivas poseen mayores valores en la fase de tarea (Larson y Langer, 1997; Mente y Helmers, 1999). Además, dentro de la prudencia que debe caracterizar este tipo de investigaciones, nuestros resultados amplían los hallazgos disponibles, pues, al incluir la fase de recuperación, hemos podido constatar que este grupo de individuos tarda más en recuperarse tras la situación de estrés; eso es lo que denotan los mayores valores hallados durante la fase de recuperación.

En cuanto a la tasa cardíaca, la figura 19.5 permite apreciar los perfiles de los cuatro grupos de personas.

La tasa cardíaca aporta información interesante. La existencia de un efecto de interacción entre hostilidad y defensividad en la fase de tarea nos revela que, con la sola utilización de la hostilidad, no habría aparecido ninguna diferencia significativa, hecho que pudimos comprobar con los análisis pertinentes. Son datos que sustentan la hipótesis referida a la superioridad de la hostilidad defensiva, con respecto a la hostilidad sola, para predecir el funcio-



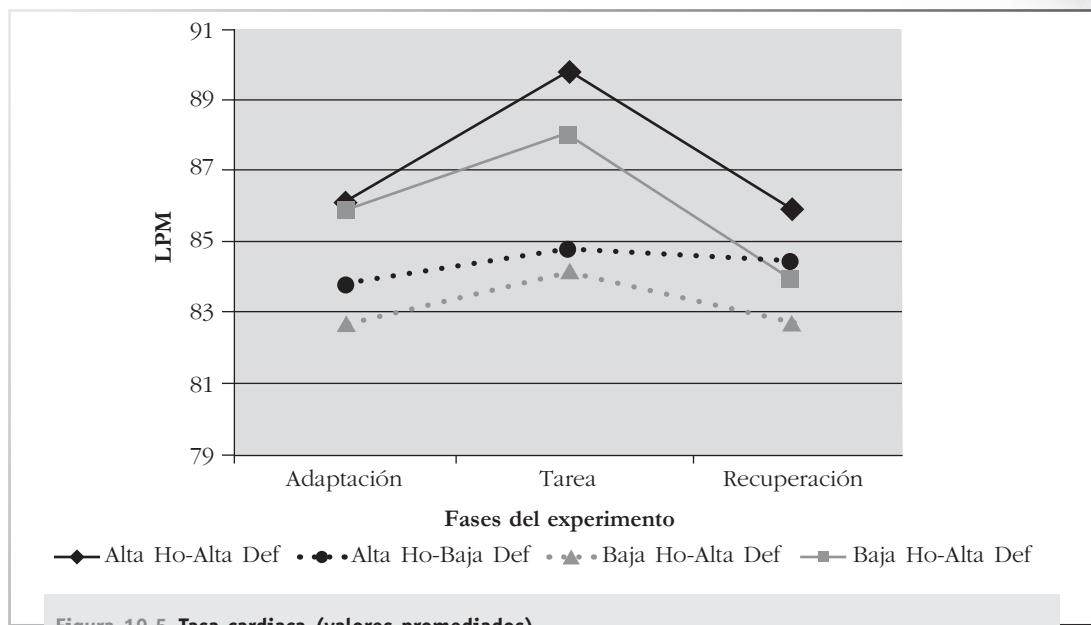


Figura 19.5 Tasa cardiaca (valores promediados).

namiento cardiovascular. Los perfiles mostrados son claramente adaptativos, aunque el hecho de que los individuos hostiles defensivos exhiban los valores más elevados durante la fase de recuperación denota que dicho perfil es el menos adaptativo de los cuatro.

Algo parecido ocurre con la presión sistólica. En la figura 19.6 se presentan los perfiles de los cuatro grupos.

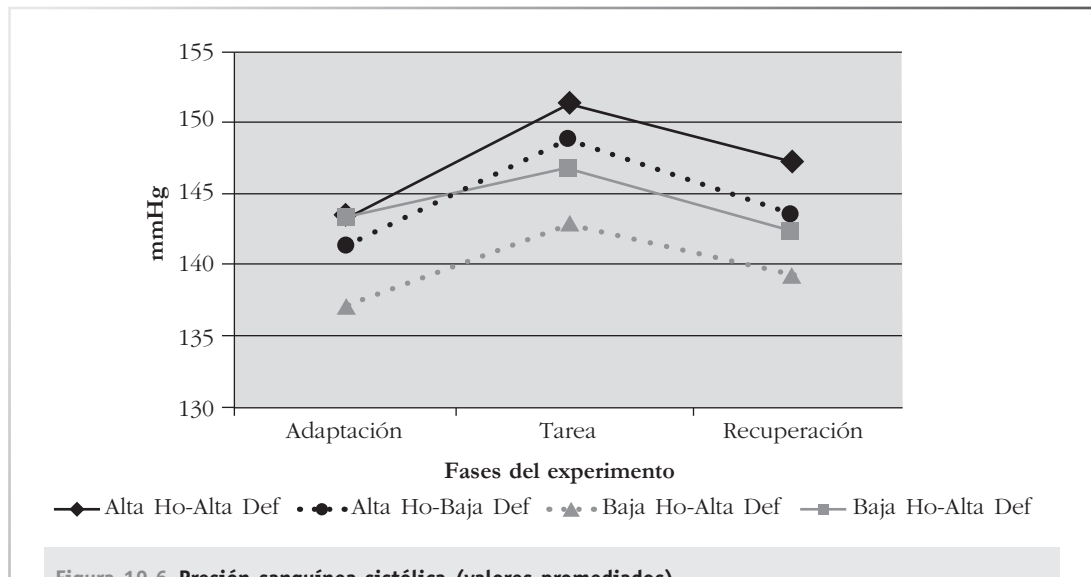


Figura 19.6 Presión sanguínea sistólica (valores promediados).

En este caso, se aprecia la existencia de efectos principales para la variable hostilidad, tanto en la fase de tarea como en la fase de recuperación, lo que significa que las personas que puntúan alto en hostilidad, como grupo general, obtienen valores más elevados que las personas bajas en hostilidad. El que el grupo de personas hostiles defensivas sea el que consigue esos



valores más elevados coincide, de nuevo, con los trabajos previos llevados a cabo en el ambiente de laboratorio (Jorgensen *et al.* 1995; Shapiro *et al.* 1995; Helmers y Krantz, 1996), confirma nuestra hipótesis, y nos induce a proponer que la hostilidad defensiva, más que la mera hostilidad, predice mejor el funcionamiento cardiovascular en situaciones de estrés.

En cuanto a la presión diastólica, estimamos que es el índice en el que aparecen resultados más interesantes. La figura 19.7 muestra los perfiles de los cuatro grupos.

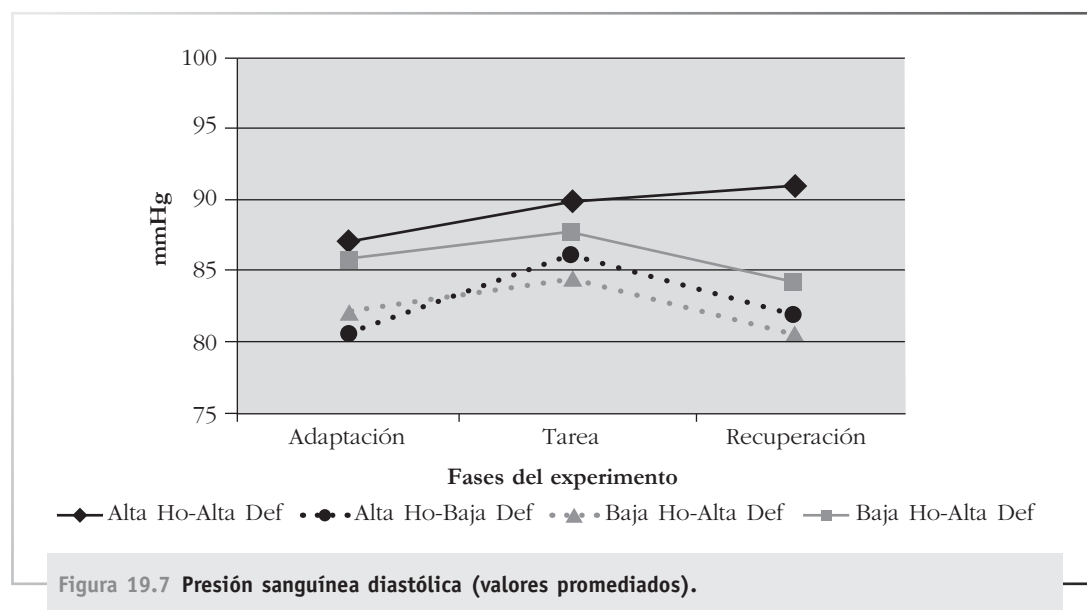


Figura 19.7 Presión sanguínea diastólica (valores promediados).

Como se aprecia en la figura, además de la existencia de los efectos de interacción entre las variables de hostilidad y defensividad en las fases de tarea y de recuperación, hecho que denota los importantes valores que obtiene el grupo alto en hostilidad y defensividad, es interesante reseñar que este grupo rompe con la tendencia a la habituación que se aprecia en los restantes grupos y en los restantes índices cardiovasculares. Esto llama la atención, pues el perfil de los individuos hostiles defensivos no es adaptativo, ya que se aprecia un incremento en la fase de recuperación con relación a los valores que se obtuvieron en la fase de tarea. Desde nuestra perspectiva, la presión diastólica, si bien sigue la pauta de las otras variables durante la fase de tarea, es la variable más importante para detectar el funcionamiento cardiovascular de los individuos hostiles defensivos en la fase de recuperación.

En suma, la situación actual en el estudio de la relación entre hostilidad y riesgo de enfermedad cardiovascular parece decantarse hacia la localización de nuevos horizontes que puedan ayudar a perfilar el verdadero papel que desempeñan las variables psicológicas en general, y las afectivas en particular. La hostilidad defensiva representa uno de los nuevos ámbitos en los que este tipo de estudios pueden aportar información relevante. En este mismo sentido, otra de las orientaciones más recientes, también relacionada con la hostilidad defensiva, está abriéndose camino en el momento presente. En ella se establece la probable existencia de una forma particular de afrontamiento, genéricamente denominada *personalidad tipo D*, que se caracteriza por una marcada tendencia a la afectividad negativa y por una clara restricción, incluso inhibición completa, de la interacción social. Se ha podido comprobar que esta forma concreta de comportamiento puede predecir la ocurrencia de futuros trastornos cardiovasculares (Pedersen, Van Domburg, Theuns, Jordanes y Erdman, 2004; Denollet, 2005; Sher, 2005). Son aspectos atractivos que merecen ser explorados.



Conclusión

Nadie puede discutir que las enfermedades cardiovasculares se ven claramente influidas por los factores clásicos de riesgo aportados por el modelo biomédico. No obstante, como resultan insuficientes para explicar la elevada incidencia observada en este tipo de enfermedades, parece necesario recurrir a otro tipo de variables o factores. Entre este tipo de nuevos factores, se encuentra, sin duda, la hostilidad. Ahora bien, falta por dilucidar una serie de aspectos que, a nuestro modo de ver, son esenciales.

En el plano de la dimensión conceptual y teórica, se requiere determinar qué componente de la hostilidad, o qué interacción entre hostilidad y alguna otra variable, posee la mayor capacidad predictiva del riesgo de enfermedad cardiovascular.

En el plano de la dimensión metodológica, son varios los aspectos a tener en cuenta. 1) Unificar criterios para conformar las muestras; esto es, al decidir si un individuo es catalogado como hostil o no hostil, es necesario establecer protocolos homogéneos para poder comparar los resultados obtenidos en distintas investigaciones. 2) En los experimentos de laboratorio, es conveniente utilizar situaciones de estrés real, ya que, cuanto más se aproximen las simulaciones de laboratorio a la situación real, tanto mayor será el ajuste de las respuestas psicofisiológicas de la situación de laboratorio a las respuestas psicofisiológicas que muestran los individuos de manera habitual. 3) En el plano de la dimensión psicofisiológica, es indispensable homogenizar, hasta donde se pueda, los procedimientos de registro psicofisiológico: a) en lo que se refiere a los parámetros seleccionados para los estudios, b) en lo relacionado con la metodología de medición de dichos parámetros, c) en lo asociado con la consideración de la duración de la respuesta, y no sólo con la intensidad de la misma.



QUINTA PARTE

Comportamiento y enfermedad



Capítulo Veinte

La psicología de la salud: elementos teórico-metodológicos y temáticas de base

**Luciano F.F. Peirone,* Elena Gerardi
y Elisabetta M. Chiusano**

ANTHROPOS, Italia

Introducción

En la historia de la humanidad y de la ciencia, el comienzo de las décadas de 1970 y 1980 ha sido decisivo para el despegue de la psicología de la salud. Nacida de la fecunda convergencia entre orientaciones de diferente origen, la *health psychology* ha encontrado en el ámbito mundial una sucesiva afirmación, siempre más relevante con el pasar del tiempo. En el presente ensayo, se pretende ilustrar una reseña de las teorías, de los métodos y de las temáticas que constituyen la base de esta disciplina científica.¹

De manera obvia, se inicia con una conceptualización definidora, indispensable para introducir algunos de los elementos más significativos de orden teórico y metodológico (objetos, finalidades conocibles y aplicativas, corrientes disciplinares y ámbitos de competencia), y para enlistar las principales temáticas de base (problemáticas de fondo, áreas de investigación, sectores de intervención, técnicas operativas).

* ANTHROPOS. International Association for Health Research and Psychological Culture Development.
Via Don Giovanni Minzoni 8, 10121 Torino. Italy. E-mail; info@anthropos-web.it www.anthropos-web.it

¹ La literatura en psicología de la salud es inmensa, por lo que en el presente ensayo, junto con otras de reconocida fama internacional, en ocasiones se han preferido (por obvias razones de conocimiento directo) citas relacionadas con la situación italiana y también con las actividades de Anthropos. Por estas últimas, efectuadas en los años 1987-2006, se dan las gracias debidamente a todos los colaboradores (investigadores, profesionales, principiantes, voluntarios): a ellos y a su gran y responsable empeño se dedica este ensayo.

A partir del conjunto de las diferentes definiciones —que trazan un amplio panorama semántico—, se puede elaborar “una definición de fondo” que, con algunos matices, delinea la “esencia” de la psicología de la salud.

El significado de “salud” es redefinido por la World Health Organization (1978) a la luz de los desarrollos de la ciencia y de las nuevas realidades, tanto materiales como histórico-humano-sociales de la civilización postmoderna, poniendo en segundo plano el negativo y reductivo significado de “ausencia de enfermedad/malestar” y exaltando, en cambio, el positivo y más amplio de “presencia de salud/bienestar”, de esto deriva que *la salud es un estado de completo bienestar físico-mental-social* (Hogarth, 1975). Extendiendo la denotación hacia ulteriores horizontes (la sensibilidad, la subjetividad, la dimensión humano-social y, por tanto, la psicología), se llega a afirmar que *la salud es una condición de armónico equilibrio funcional-físico-psíquico del individuo dinámicamente integrado en su ambiente natural-social* (Seppilli, 1966). Respecto de la tradición, la innovación resulta decididamente revolucionaria: en el fondo, se retiran los elementos clínico-patológicos de cada uno de los individuos enfermos (es decir, *la sanidad del organismo fisiológico*), mientras que emergen en primer plano los elementos culturales de amplio aliento social (es decir, *la salud de la persona* con sus propias necesidades de eficiencia física, de equilibrio psíquico y de integración en la colectividad).

Si ésta es la salud, ¿qué es la psicología de la salud?

De acuerdo con la fundamental y fecunda conceptualización de Matarazzo (1980), la *health psychology* es el conjunto de las contribuciones específicas (científicas, profesionales, formativas) de la disciplina psicológica centradas en: 1) la promoción y el mantenimiento de la salud; 2) la prevención y el tratamiento de la enfermedad; 3) la identificación de las conexiones etiológicas y diagnósticas de la salud, de la enfermedad y de los trastornos asociados, y 4) el análisis y la mejora del sistema de curación de la salud y de elaboración de políticas de salud.

Los tres conceptos clave (“salud”, “psicología”, “psicología de la salud”) dan, por tanto, vida a una articulación extremadamente creativa y productiva en la que la literatura da testimonio del nivel de madurez logrado por la disciplina científica (Stone, Cohen y Adler, 1979; Giovannini, Ricci Bitti, Sarchielli y Speltini, 1982; Baum, Taylor y Singer, 1984; World Health Organization, 1987; Bertini, 1988a; Farnè, 1988; Maes, 1989; Mira Engo, 1990; Ribes, 1990; Peirone y Gerardi, 1991; Goreczny, 1995; Bacal, 1996; Bonino, 1998; Simon, 1999; Crossley, 2000; Curtis, 2000; Ogden, 2000; Oblitas, 2006a; Zani y Cicognani, 2000; Baum, Revenson y Singer, 2001; Brannon y Feist, 2001; Johnston y Johnston, 2001; Pietrantoni, 2001; Roberts, Towell y Golding, 2001; Cohen, McCharque y Collins, 2003; Oblitas, 2006b; Roales, 2004; Bruchon-Schweitzer, 2005).

Un *crossing-meeting point* entre varias disciplinas

La psicología de la salud se sitúa cual extraordinario lugar de encuentro: es el producto de una visión multidisciplinaria.

En ella confluyen, a variado título y con diferentes posibilidades de eficacia operativa: la psicología social (Spacapan y Oskamp, 1988; Stroebe y Stroebe, 1995), en particular como percepción/representación/construcción de la salud y de la enfermedad (Flick, 1992; Markova y Farr, 1995; Petrillo, 1996); la psicología de comunidad; la psicología del ciclo de vida; la psicología intertranscultural (Dasen, Berry y Sartorius, 1988); la psicología dinámica; la psicología de la personalidad; la psicología clínica; la medicina; la etología; las *behavioral sciences*; las ciencias humano-sociales; la sociología (Wilson, 1970; Ardigò, 1981; Donati, 1982) y, en especial, la teoría de la complejidad social (Donati, 1986); la antropología cultural; la semiótica; la economía; la politología; la ecología (Perussia, 1987); la arquitectura, la urbanística y la planificación socio-médico-territorial (F. Cavallo, 1983; Mammone, 1985; Audisio, 1986).



Tal mezcla conlleva, por una parte, una gran riqueza en materia de objetos de estudio/investigación y, por otra, una serie de problemas de encuentro/conflicto en materia de teorías-métodos. Las distintas mentalidades rinden la identidad de la psicología de la salud a veces incierta y, otras, extremadamente dinámica y fecunda.

De la psicología clínica a la psicología de la salud

Entre los diversos fenómenos derivados de la combinación intertransdisciplinal cabe mencionar lo que ha sucedido históricamente en los últimos decenios: un natural y lógico *desliz* de parte de los operadores concretos de la “salud mental”, con el progresivo pasaje de la limitada perspectiva del malestar a la amplia óptica del bienestar.

Como hace notar Bertini (1988b), se ha pasado de la psicología médica a la psicología de la salud. Con estrecha semejanza, se ha pasado de la sociología de la medicina a la sociología de la salud (Donati, 1983b). Se podría también decir que —en línea con los más adelantados desarrollos de la civilización occidental, la cual progresivamente se “desmaterializa” —, se ha pasado del extremo de la “materia” más hacia el extremo del “espíritu”. En otros términos, con la psicología de la salud siempre se hace más relevante el peso de las “Geisteswissenschaften” respecto de las “Naturwissenschaften”.

Primeramente casi imperceptible, después sabedor y siempre más marcado, este proceso de cambio en las *psychological help & cure professions* ha visto en particular el “movimiento” al interior de la imperante psicoterapia (acercamiento microscópico e hiper-especialista), con la consiguiente ampliación de perspectiva (nivel macro y multidisciplinal) generado por la psicología de la salud.

En este sentido, resulta significativo el concepto de “malestar”, más amplio y más esfumado respecto del concepto de “enfermedad”, lo cual lleva a una denotación/conotación diferente de la psicología clínica (De Coro, Grasso, Lombardo y Stampa, 1989), con la potente irrupción de la acción preventiva, favorecida, entre otras cosas, por una innovadora concepción “institucional” de la salud (Oblitas, 2004). En resumen, la conceptualización de la *health care* (Adams y Bromley, 1998) lleva a un nuevo significado de la expresión *clinical health psychology* (Millon, Green y Meagher, 1982; Belar y Deardorff, 1995; Bennett, 2000).

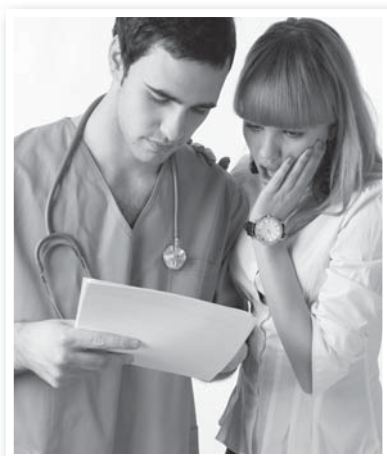
El problema, sobre todo para los investigadores y metodólogos, es, de una manera obvia, desarrollar la psicología de la salud sin negar la psicología clínica, redefiniendo sus respectivos límites.

Psicología clínica, psicología de la salud, psicología del malestar, psicología del bienestar: la confrontación lógico-metodológica

Ahora, estamos enfrente de la auténtica esencia de la *colocación-autonomización de la psicología de la salud respecto de la psicología clínica*. Se trata, como es obvio, de un problema de alta complejidad que requeriría un largo y laborioso tratado; en este lugar, sólo se quiere dar un esbozo de eso, a través de la presentación de tres configuraciones gráficas que, según el acercamiento modelista, pueden dar la “idea” formal de la solución.

Destacan dos diferencias que existen entre la psicología clínica y la psicología de la salud: los objetivos son distintos; por un lado, en función del tiempo y, por el otro, de la jerarquía. La psicología clínica es la “psicología para los enfermos”: para los que sufren y que quieren salir del sufrimiento, para los que tienen “malestar” y desean recobrar la “comodidad”. En cam-





La psicología clínica es la “psicología para los enfermos”. En cambio, la psicología de la salud es la “psicología por los sanos”.

bio, la psicología de la salud es la “psicología por los sanos”: para los que están bien y desean estar mejor. La única coincidencia-semejanza entre ambas consiste en el fin último, entendido como bienestar.

Se subraya la imperfecta superposición-coincidencia, por un lado, entre psicología clínica y psicología del malestar y, por el otro, entre psicología de la salud y psicología del bienestar. El “mal” incluye la “clínica”, la cual es más “pequeña” que el “mal”. La “salud” abarca el “bien”, el cual es más “pequeño” que la “salud”. La psicología del malestar es más amplia que la psicología clínica, mientras que la psicología del bienestar es más reducida que la psicología de la salud.

La especificidad de la psicología de la salud se halla en el tríptico “prevención, tutela, promoción” y, por tanto, en el tríptico “impedir el malestar, mantener el bienestar, incrementar el bienestar”.

Parece evidente la diferencia entre los dos universos lógicos (salud *vs.* clínica). Existe un “conflicto”. El sano conflicto científico ve las macroteorizaciones del acercamiento “tomarse cuidado de” *vs.* las microaplicaciones técnicas del acercamiento “cuidar/curar”.

De la confrontación lógico-metodológica entre psicología clínica y psicología de la salud y, también, entre psicología del malestar y psicología del bienestar, parecen claras las respectivas competencias, o bien, las interfases/superposiciones.

La definición propuesta por Matarazzo (1980) subraya las transformaciones y los movimientos dentro de la disciplina psicológica, con las oscilaciones y los desplazamientos entre el “polo clínico” y el “polo saludable”.

La confrontación de fondo entre medicina y psicología (Farnè y Sebellico, 1990) permite aclarar el papel de la psicología clínica (Korchin, 1976; Kendall y Norton-Ford, 1982). A su vez, la confrontación entre psicología social, psicología clínica y psicología de la salud (Snyder y Forsyth, 1991) aclara la importancia de los conceptos, de los modelos y de los métodos de la psicología de la salud (Mira Engo, 1990; Ribes, 1990; Simon, 1999; Bruchon-Schweitzer, 2005).

Además, en el caso específico de la psicoterapia, la metodología innovadora característica de la psicología de la salud se enlaza de manera fecunda con los temas de la transteoresis, del eclecticismo y del integracionismo (Prochaska y Di Clemente, 1984; Norcross, 1986; Prochaska y Norcross, 2003; Norcross y Goldfried, 2005).

En definitiva, se va desde una simple distinción de base hasta una compleja articulación.

En primer lugar —utilizando las figuras mitológicas (Remuzzi y Maturo, 2005)—, tenemos la clínica (*Panakeia*: fármacos y cura) y la salud (*Hygeia*: estilo de vida).

En segundo lugar, el análisis en términos de *modelística compleja* subraya la vasta *dialéctica entre abstracto y concreto*. Los aspectos formales (metodología, lógica, epistemología) llegan a los aspectos sustanciales (diferentes modalidades de interfacha: confines, superposiciones, inclusiones, implicaciones) (Peirone, 1995 y 1997).

Salud: el modelo biopsicosocioecocultural

Para la psicología de la salud, resulta de vital importancia el modelo interpretativo según el cual la salud se define como un específico *crossing-meeting point*: el biológico, el psicológico y el social concurren y obran entre ellos, de acuerdo con las ahora ya clásicas líneas relativas al programa de la World Health Organization (1978 y 1981) y las teorizaciones de Hogarth (1975) y Engel (1977). El ser humano viviente, cual organismo individual, resulta armónicamente insertado y no una parte aislada sin relación con el contexto, a lo largo de esta triple directiva (Sarafino, 2002).



Sin embargo, esto no es suficiente para recoger la totalidad: por la precisión, se trata de incluir también el concepto de “environment” en la doble acepción “natural” y “social” (Seppilli, 1966; Modolo y Seppilli, 1981).

Y todavía, si se parte de la salud somática y, después, también, psíquica y —con sucesiva extensión—, relacional y ecológica, el conjunto se enriquece de un ulterior componente: el perceptivo-cognitivo-intelectivo, que permite al ser humano (sino es que a las inteligencias artificiales) la comprensión-construcción de significados y, a partir de estos últimos, la investigación-invencción de soluciones.

Con el fin de comprender correctamente la amplia gama semántica encerrada en el concepto de *health*, debe arriesgarse con la denotación que identifica la salud como *active & creative problem solving* y el sujeto humano (el *anthropos*) cual *active brain*. Sólo si se introduce la acepción cultural, se llega a un modelo, aunque no definitivo, pero, seguramente, más amplio y eficaz, en condición de dar del mejor modo el sentido de dos de las palabras clave de la psicología de la salud: “promoción” y “educación”.

Psicología de la salud: promover la salud, educar la salud

Debido a la específica habilidad humana de producir significados —articulados sintácticamente y finalizados pragmáticamente—, se subraya cuanto sea factible hacer salud a través de los procesos culturales.

Si ya la dimensión clínica (diagnóstico y terapéutica) conlleva “producción y transmisión de cultura”, esto es todavía más palpable en la dimensión saludable (prevención, protección, promoción). Quien emite un mensaje enfocado en “estar mal/bien/mejor” y quien lo recibe dan vida a una relación que refuerza el mismo mensaje; así, cultura y socialización se convierten en los ejes principales, o sea, en los vectores auténticamente operativos mediante los cuales la psicología de la salud puede funcionar y ser funcional, eficiente y eficaz.

Tanto la educación y la defensa/tutela/protección (Seppilli, 1966; Giobbi, 1980; Modolo y Seppilli, 1981), como la prevención-promoción (Bertini, 1988a; Garofalo, 1989; Bandura, 1998) requieren no tanto “instrucción” (es decir, elevados niveles de escolaridad), sino “cultura” (es decir, producción de símbolos y de significados). Ello implica el planteamiento de programas educativos con una didáctica según la cual el “sentido de la salud” se despliegue de manera fluída, sin resultar estéril. En otras palabras, “hacer operativamente psicología de la salud” conlleva un auténtico “hacer cultura”, dotado de espesor motivacional.

Health promotion y *health education* son, en definitiva, “operaciones de cultura” (Lazzarini, Morelli, Peirone y Reginato, 1985) realizadas por medio de un estrecho nexo cultura-personalidad (Peirone, 1985), en el que motivación y persona se ponen en primer plano. Si no fuera así, resultaría muy difícil trabajar sobre emociones problemáticas, por ejemplo como en los proyectos de promoción y educación enfocados en la ansiedad y en la depresión (Peirone, 1996).

Para comprobar lo que se ha dicho, basta con el análisis etimológico de los dos conceptos clave.

“Pro-mover” significa “mover en adelante”, y el “adelante” es dado por un objeto, el cual debe ser comprensible, culturalmente significativo.

“E-ducar” significa “guiar, conducir, formar” el todo mediante no sólo un objeto, sino con una adecuada dimensión relacional y socializadora con quien “comunica sobre la salud”.



Salud: los niveles macroscópico y microscópico

Un ulterior elemento importante de orden teórico-metodológico es el que distingue entre “macro” y “micro”.

Se puede hablar de salud en términos de *big theories* y, también, en términos radicalmente distintos de “técnicas puntuales”. Es evidente que los macrosistemas y las unidades elementales pertenecen a dos diferentes órdenes de procesos, que conllevan métodos e instrumentos (y también lenguajes) no fácilmente compatibles entre ellos. Piénsese en la abismal diferencia que existe entre un psicólogo de la salud llamado a administrar megapolíticas sanitarias de gran contenido administrativo y un psicólogo de la salud llamado a contestar en la cotidianidad más pequeña y, sobre todo, operativa, en la que cada decisión resulta vital por el objeto sobre el que se interviene.

Es un poco como comparar, en direcciones opuestas, “forma” y “contenido”, “forma” y “sustancia”, o bien, “burocracia” y “organismo viviente individual”.

Otra acepción, no siempre coincidente, es la que ve confrontados el nivel general y el específico. En otras palabras, reglas válidas siempre (o bien, casi siempre) comparadas con reglas válidas sólo a veces (o bien, directamente una sola vez, en cada caso, que es único y sin igual). “N = 1”, en efecto, constituye una situación de notable dificultad, que impide a menudo la dimensión experimental: el control se hace, por tanto, muy difícil.

Por un lado, tales distinciones convergen/coinciden una con otra entre nivel abstracto y concreto. Resulta siempre muy complejo —y no en vano nos hallamos en la óptica de la “complejidad”, con las relativas dificultades de método— salir a mediar y hacer dialogar a estos dos extremos del *continuum*.

Por todas las razones mencionadas, la psicología de la salud (como lo comprueba la literatura existente) se articula en una serie de ámbitos, aunque muy diferenciados entre ellos, casi siempre de cualquier modo en la perspectiva de la siguiente bipolaridad: por un lado, puntos de vista impregnados de altas teorizaciones (casi siempre estériles) y, por otro, indicaciones prácticas/pragmáticas (a veces ciegas y banales) para la persona concreta en el ámbito de la vida cotidiana.

Saber encontrar el punto de equilibrio exacto así como lo que se debe elegir en cada caso, es un problema relevante de cada metodólogo.

Health Care System: las políticas sanitarias



Entre las contribuciones que la psicología de la salud ha sabido aportar en el área empresarial se encuentran las relacionadas con el riesgo ambiental.

Ahora, pasemos al área de los objetivos concretos para la *health psychology*, con una rápida (y ciertamente no conclusiva) enumeración.

Se puede empezar citando (cual importante filón de estudios/investigaciones/aplicaciones) eso del sistema general del tomarse cuidado de la población en su conjunto, en una perspectiva de gestión político-administrativa.

Aquí, se fundan temáticas como “contenidos y eficacia de los servicios”, “niveles de satisfacción de parte de los usuarios”, “relación entre costos y beneficios para la estructura que eroga las prestaciones”, “calidad del trabajo para los operadores”, “concepción según el *welfare approach* vs. concepción empresarial” y muchos otros aun (Kohn y White, 1974; Maeran y Santinello, 1985; Diekstra, 1988; Bertini, 1998).



Salud y organización

Al hablar de políticas generales, resulta fácil desviarse al tema de la organización. Aquí, la psicología de la salud está en condiciones de aportar notables contribuciones bien por lo que atañe al área social (dinámicas institucionales, voluntariado, sector del privado social, entre otras), o bien por lo que corresponde al área laborable (producción-distribución, relaciones entre directores/cuadros/empleados/obreros, etcétera).

En particular, resultan numerosas y relevantes las contribuciones que la psicología de la salud ha sabido aportar en el área empresarial, abarcando varios temas: riesgo ambiental, seguridad/tutela/prevenición, recursos humanos, dinámicas interpersonales/grupales, estrés/*coping/mobbing*, *satisfaction assessment*, bienestar personal vs. beneficio institucional, entre otros más, persiguiendo el proyecto (no siempre fácil) de un “healthy work” (Evangelista, 1984; Laurení y Rigosi, 1985; Weiss, Fielding y Baum, 1991; Cooper y Williams, 1995; Schabracq, Winnubst y Cooper, 1996; Andreoni y Marocci, 1997).

Medir la enfermedad, medir la salud

La vida está hecha de salud y de enfermedad o, mejor dicho, según la percepción más común, de enfermedad y, después, de salud. El negativo posee mayor peso que el positivo. No obstante, este desequilibrio en la evaluación de parte de los seres humanos, propio de la psicología de la salud, resulta fecundo en la investigación y en la propuesta de instrumentos operativos, comparando el área del malestar y el área del bienestar.

“Calidad” y “cantidad” son ahora objeto de atenta investigación científica.

Se trata de definir con precisión (y distinguir entre ellos) la salud y la enfermedad (Prodi, 1981). Se trata de llevar una precisa medición de la salud y de la enfermedad (Goldberg, 1978; McDowell y Newell, 1987; Streiner y Norman, 1995; Bowling, 1995; Labbrozzi, 1995; Bowling, 1997).

Así, esta tarea fundamental—que conlleva refinados instrumentos: de las escalas a los cuestionarios, de las entrevistas a los reactivos, de las elaboraciones estadísticas a los estimas epidemiológicos— ve la *health psychology* ya madura para proveer informaciones y, por ende, “cuadros diagnósticos” de tipo ya sea micro como macro.

Enfermedades orgánicas crónicas, enfermedades mentales crónicas

Las formas patológicas crónicas han sido siempre un problema. Sin embargo, en la civilización actual, caracterizada por un excepcional prolongamiento de la vida (ya sea como valor absoluto o como valor mediano), este problema va haciéndose siempre más pesado.

Para comprender la gravedad de ello, basta repasar las principales formas de enfermedad que, de agudas tienden a hacerse crónicas, con grandes costos ya sea existenciales o económico-sociales. En el área de los trastornos orgánicos siempre destacan las enfermedades cardiovasculares (hipertensión, infarto, ataque), la diabetes (sobre todo de origen alimentario), las neoplasias, así como las “llagas sociales” del VIH-sida y de la droga. En el área de los trastornos mentales, siempre encuentran un eco mayor formas en un tiempo poco evidentes en tal sentido: no sólo el área psicótica (esquizofrenia, paranoia), sino el área intermedia (estados *borderline*) y la misma área neurótica (estados ansiosos, ataques de pánico, fobias, obsesiones) y, de una manera obvia, el área de la conducta respecto de las sustan-



cias psicotrópicas. El hecho es dramáticamente simple: vida más larga implica enfermedades aún más crónicas y para una mayor parte de la población.

Se puede comprender la enorme presión social de este fenómeno: entre otras cosas, por lo general el peso es mayor sobre los sectores sociales productivos, los cuales, por diferentes razones, están numéricamente reducidos respecto del pasado.

Por lo tanto, la psicología de la salud es llamada, igual que tantas otras disciplinas encen- tradas sobre el malestar/bienestar, a una tarea de enorme importancia: en efecto, mediante una acción centrada sobre todo en los estilos de vida, se tiene que intentar prevenir las enfer- medades crónicas, las cuales, por lo general, por definición, son “curables, pero no sanables” y, por eso, teóricamente infinitas y, por consiguiente, todavía “devoradoras de recursos”. En este sector, tal vez más que en otros, la promoción y la educación a la salud son llamadas a “hacer milagros”: los instrumentos científicos existen; lo que resulta insuficiente son los recur- sos materiales.

Estrés, ansiedad, depresión

Este conjunto, este “tríptico”, representa casi la “marca de fábrica” de nuestros tiempos. Estrés, ansiedad y depresión son los problemas característicos del tercer milenio y de la sociedad occidental avanzada (postindustrial, postmoderna, globalizada, encentrada sobre el terciario: de base y avanzado, centrada en los servicios, informatizada, hipertecnológica y, en muchos aspectos, virtualizada).

Como se puede fácilmente detectar, los conceptos mencionados describen una sociedad más “psicologizada” y, en este sentido, más “psicopatológica”. Es automático, en este punto, identificar en el distres, en la ansiedad y en la depresión las “puntas de diamante” del “males- tar de la civilización”.

Demasiado veloz, demasiado competitiva, demasiado empapada de tensiones, dema- siado confundida: nuestra civilización está demasiado rica desde el punto de vista material y demasiado frágil desde el punto de vista espiritual.

Estamos frente a la contradicción típica de la civiliza- ción ultraavanzada: lo que la hace grande, va amenazán- dola. El progreso genera enfermedad. El bienestar material crea infelicidad. Esta ambivalencia, además, es compatible con la psicología de la salud, ciencia a caballo entre el *dis- comfort* y el *well-being*.

El centro del “mal-estar” parece residir en el estrés: hay tanto del bueno (*eustrés*), como del malo (*distrés*). El estrés es el problema/enfermedad de tipo endémico de la civilización occidental.

Se debe subrayar la centralidad, para la psicología de la salud, del concepto de estrés (tensión de orden gene- ral), del que se derivan, después, las particulares: tensio- nes ansiosas/ansiógenas y tensiones depresivas/depresóge- nas (Levi, 1972; Selye, 1974; Sarason y Spielberger, 1976-1985; Kutash y Schlesinger, 1980; Zales, 1985; Cooper, 1996). Ansiedad y depresión, entre otros males, se hacen siempre más marcadas en la condición anciana y de vejez, atacando los sectores sociales “frágiles”, los cuales necesi- tarían de acciones preventivas oportunas desde la perspec- tiva de la *health psychology* (Peirone, 1994).

La salud, para la civilización y para las personas, pare- ce, entonces, pasar a través de oportunas estrategias de



Estamos frente a la contradicción típica de la civilización ultraavanzada: lo que la hace grande, va amenazándola.



coping & management (Lazarus, 1966; Antonovsky, 1979; Lazarus y Folkman, 1984; Antonovsky, 1987), estrategias dirigidas a conseguir la “calma interior profunda”, dotada de “espesor”, en condición de hacer interobrar el consciente con el inconsciente y de localizarse *in primis* dentro del individuo, cabalmente “autógena” (Schultz, 1966; Luthe y Schultz, 1969-1973; Wallnoefer, 1979; Gerardi, 1990).

Malestar adolescencial-juvenil, trastornos alimentarios

Las “nuevas” generaciones, o sea las de la edad evolutiva, las generaciones en vías de formación, hace ya numerosos decenios conocen, en la civilización avanzada y opulenta, una condición de crisis, de malestar que, a menudo, conlleva desviación social y/o enfermedad individual.

En particular, son los adolescentes y los jóvenes (si no es que ya los niños también) los que tienen elevada probabilidad de “estar mal”, a variado título y a varios niveles de gravedad.

La psicología de la salud se halla frente a un enorme problema, parecido, por un lado, a ese de las enfermedades crónicas, en el sentido de que algunas formas exasperadas y crónicas de “malestar evolutivo-formativo” pueden ser afrontadas *sólo mediante un acercamiento que sea, al mismo tiempo, macro-microscópico y preventivo*.

Los síndromes neuróticos y/o caracteriales siempre más precoces, el mal rendimiento escolar, el abandono de los estudios, la agresividad intrafamiliar, el siempre más bajo umbral de ingreso en el mundo de la droga, la microcriminalidad, la tropelía sobre los coetáneos, la gratuita violencia del “matonismo” siempre lista a estallar y muchas otras modalidades constituyen las “señales” de un malestar más difundido y más adelantado.

En particular, sobresalen los tres órdenes de problemas citados en el título de este apartado.

En primer lugar, el malestar en edad evolutiva no es sólo el más grave que se haya encontrado en la historia de la humanidad, sino que está también caracterizado por “mil caras”² que se cruzan y se mezclan, haciendo difícil no sólo la cura, sino la diagnosis para cada uno de los casos (piénsese en el abuso de sustancias que a menudo conlleva “politoxicodependencia”, complicada por conductas desviadas y criminales, con aspectos económicos y legales y, también, psicopatológicos).

En segundo lugar, el bulismo y las pequeñas/grandes violencias ejercitadas en la vida cotidiana subrayan no sólo la importancia de la disciplina científica denominada “victimología”, sino también cuánta fragilidad —hecha de miedos, inseguridades, miedo a la evaluación de parte de los adultos, rebelión exasperada, reacciones disparatadas, identidades inseguras, inmadurez, etcétera (Peirone, 1989)— se esconde detrás de la conducta prepotente.

En tercer lugar, los cada vez más frecuentes trastornos de la alimentación (anorexia, bulimia, obesidad) constituyen poderosos indicadores de los desequilibrios emocionales y relacionales vividos por las nuevas generaciones, con visos de malestar patológico que, a veces, sobrepasan la “an-afectividad” y en *la incapacidad de asumir una actitud moralmente responsable*.

Nuestros hijos, nuestros nietos están siempre más expuestos a riesgos similares. Está en juego el futuro de la humanidad.

² Sobre la interpretación-prevención del malestar “multicara” en el área adolescencial-juvenil, véase el modelo teórico-práctico elaborado por la Asociación Anthropos (como Centro de Escucha y como Unidad Operativa Escolástica) (Peirone, Gerardi, Borello, Camisasca *et al.*, 1995)

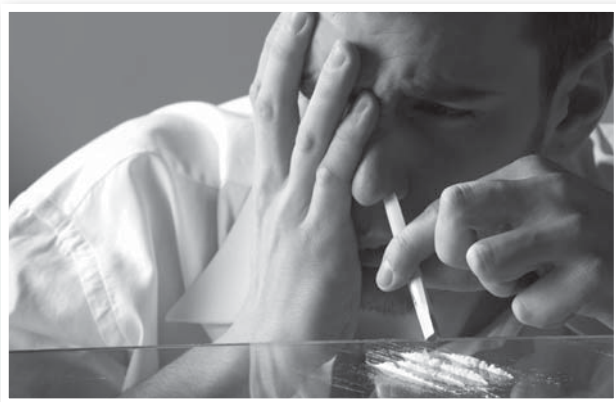


Salud y dependencias

La salud es independencia, autonomía y libertad (libertad no en el sentido de que se puede hacer todo lo que se quiere, sino en el de ser capaces de asumir responsabilidades). Es bienestar, mientras que el malestar coincide con la dependencia.

Por desdicha, hoy diferentes formas de dependencia amenazan la salud (ya sea del individuo como de la colectividad). Drogas, alcohol, tabaco, fármacos, *gambling*, trastornos obsesivo-compulsivos, entre otros, ligan/encadenan al sujeto (¡siempre menos sujeto! y, al contrario, objeto pasivo y enfermo). Incomodidad, malestar, enfermedad y diversos condicionamientos hacen al ser humano esclavo: esclavo de las sustancias, de otras personas, de sí mismo.

La máxima expresión de la dependencia, es decir, la droga (mejor: las drogas), conoce una gran difusión, hasta el punto de registrar una preponderancia (histórica, en el periodo actual) de los aspectos sociales respecto de los clínicos (Peirone, 1987b).



La “cultura de la droga” hoy está muy difundida en la existencia cotidiana.

La “cultura de la droga” hoy está muy difundida en la existencia cotidiana, llegando a delinear —de manera sutil y engañosa— la personalidad, a través de microprocesos de socialización difundida por doquier (Peirone, 1987c). De esa manera, los contrarios de la salud y del bienestar se construyen paso a paso, de manera silenciosa, implícita e inconsciente.

Causalidad compleja, polifactorialidad, a-especificidad, exposición social más que disposición individual (Peirone, 1987d): estas actuales características del fenómeno droga demuestran la falta de libertad y autonomía, confirman la debilidad humana, evidencian (sobre todo en los jóvenes) el no saber decir “¡No!”

En concreto, es característico de las comunidades terapéuticas recalcar que el tratamiento *ex post* más eficaz es el caracterizado por una “genericidad totalizante”, del todo semejante a la a-específica e invisible desestructuración de la personalidad causada por la sociedad-cultura de la droga. Dicho de otra manera: el espacio, el tiempo, la relationalidad y el trabajo —como son redefinidos a beneficio del usuario en el método comunitario (Peirone, 1987f)— funcionan bien porque cubren aquellas “carencias” producidas por una sociedad que no sabe educar. En ese sentido, emerge la significación del camino a la recuperación como expresión de *un acercamiento más “socio-saludable” que “clínico-terapéutico”*.

Con base en lo anterior, es fácil comprender, por lo tanto, la importancia que adquieren las acciones preventivas: frente al creciente abuso de drogas, la estrategia de fondo, más que de psicología clínica en sentido tradicional, necesita de psicología social de la salud, donde información, prevención y *control/coping* (Gossop y Grant, 1990) son los vectores para las políticas promocionales-educativas macro/micro de tipo *ex ante*.

Vida sexual y madurez personal-relacional

Un área de excepcional importancia y complejidad por las aplicaciones concretas de la psicología de la salud es aquella que la ve trabajar hacia la dirección de la sexualidad, entendiendo este concepto en una acepción amplia y abierta, como conviene a cada fenómeno rico y articulado.



Probablemente con retraso respecto de otros sectores, la *psicología de la salud sexual* tiene mucho que decir y mucho que hacer.

Se tiene que indicar a este propósito cuanto se necesite acerca de programas de información y educación para una sana sexualidad y una correcta relacionalidad.

Asimismo, se debe evidenciar cuanto se requiera “saber más de eso” respecto de los desarreglos de la vida sexual (vaginismo, frigidez, anorgasmia, disfunción eréctil, eyaculación precoz, eyaculación retrasada/imposible, trastornos del deseo, dispareunia) y de la vida en pareja (problemas en la comunicación, problemas en la dinámica emotivo-sentimental, problemas en la elección de pareja y en el “encaje” caracterial).

Se subraya cuanto se necesite de acción de defensa y prevención respecto del abuso sexual (ya sea respecto de las mujeres como de los menores de edad), a la explotación criminal-comercial de la sexualidad, a la prostitución y a la pedofilia.

Se debe citar aun cuando se requiera de proyectos operativos en cuanto a la contracepción y al control de las enfermedades de transmisión sexual (sífilis, gonorrea, hepatitis, sida).

Profundizando un poco más, se puede añadir lo siguiente: la psicología enseña que el carácter se forma en los primeros años de vida y que, en particular, el desarrollo conductual-cognitivo resulta estrechamente enlazado con el emocional-afectivo-relacional y con el desarrollo sexual.

A la luz de estos hechos científicamente comprobados, el conjunto “individuo, pareja, familia” parece justamente impregnado de sexualidad, de una vida sexual sana, saludable y satisfactoria.

A través de la modulación de la sexualidad, la persona y la relación se desarrollan: se hace el pasaje de la mónada a la díada, del egocentrismo al altruismo, del tomar al dar, de la depredación al dono. Se pasa del Yo al Tú y luego al Nosotros.

Sexo y amor se vuelven las fuerzas constitutivas (ambas indispensables) para la afectividad y la responsabilidad relacional. Resulta decisivo el rol del placer y de la satisfacción sexual como base para la salud de la persona: las desviaciones perversas y patológicas son el resultado de acciones represivas y no educativas. *La madurez consiste en el placer compartido.*

Para la psicología de la salud, la tarea más ambiciosa parece ser la de implementar proyectos de intervención precoz con el fin de vincular en el contexto escolar, y antes en el contexto familiar, profundos y eficaces mensajes; es decir, promover procesos culturales (en términos de *psicología-psicoanálisis de la salud sexual*) en condiciones de trabajar para la construcción de la persona desde el punto de vista afectivo-relacional, conjugando sexo y amor en el ámbito del “mundo interior” de cada individuo.

Familia y escuela: ¿agencias de salud o de malestar?

Centrales por la sociedad son (¿serían... eran/fueron? ¿no son más?) la familia y la escuela.

Estos dos elementos pedagógicos (válido en el sentido etimológico de “pedagogía”: conducir niños, los hijos) teóricamente asumen la indispensable función de “enlace psíquico” entre franjas generacionales diferentes (padres-hijos, profesores-alumnos). La familia entra en acción desde el comienzo de la vida del individuo y se ocupa de la educación-socialización primaria (centrada en los aspectos más “sensibles” de la personalidad: emociones, afectos, relaciones). La escuela entra en acción sucesivamente y se ocupa de la educación-socialización secundaria (enfocada en los aspectos más “fríos” de la personalidad: cogniciones, informaciones, lógica, racionalidad, aprendizaje de competencias finalizadas al trabajo).

Se ha dicho “teóricamente”, pero ¿práctica e históricamente? ¿Qué se ha hecho hoy en estas dos estructuras? Desde hace numerosos decenios, ahora ya, en estricta correlación con



el crecimiento del malestar infantil-adolescencal-juvenil, se concurre a una condición de crisis, de dificultad, a una progresiva merma del rendimiento ya sea de la familia como de la escuela.

Son innegables la pérdida de eficacia y de funciones de parte de ambas instituciones, las cuales, además, han cambiado profundamente también en su “naturaleza” (forma y sustancia). La familia ya no es extendida, sino nuclear, a veces con un sólo adulto y ahora es ya más un lugar de conflictos que de seguridad. A su vez, la escuela, por un lado, está más especializada y, por el otro, está más aplastada y, también, es más “lenta” al insertar a los jóvenes en la sociedad adulta, engendrando, de esta manera, un “aletargamiento vacío y estéril” para una personalidad todavía sin consolidarse.

Empobrecidas, en algunos casos vaciadas, ¿cómo van a ser consideradas hoy (y mañana) estas dos instituciones? ¿Son agentes de salud, o bien, ahora ya se tiene que hablar de “agentes de malestar”? ¿Son agentes que generan problemas o que inventan soluciones? ¿Son factores de riesgo o recursos?

Estas funestas preguntas son legítimas y muy problemáticas; estas preguntas constituyen duros desafíos para la psicología de la salud, llamada —en ámbito familiar y escolar— a severas intervenciones de prevención, promoción y educación.

La familia: anillo débil

Figurando el enlace intergeneracional como una cadena que cronológicamente se desanuda, esta similitud representa muy bien el significado de la fragilidad de los dos “anillos”.

La familia —el conjunto constituido por la pareja genitorial (aquí, a veces, la definición no rige más...) y por sus hijos— a menudo parece un débil anillo de la cadena de transmisión sociocultural, anillo fácil de abrirse o de romperse: la famosa expresión “juventud perdida” designa no sólo a jóvenes descarriados, sino, también, a padres que no saben más ser tales (más allá del mero rol biológico).



Si no hay más adultos (los “grandes”) en la familia, los hijos se sienten autorizados a no sentirse “pequeños”, ya se sienten grandes mientras que, en realidad, no lo son.

adultos (los “grandes”) en la familia, los hijos se sienten autorizados a no sentirse “pequeños”, ya se sienten grandes mientras que, en realidad, no lo son, he aquí una de las principales razones de la incomodidad/malestar, con la nueva generación siempre menos capaz de crecer y, además, con la alucinadora ilusión de que no haya necesidad de crecer (por lo menos bajo el perfil estrechamente humano-social-psíquico).

En la medida en que sea posible un extenso trabajo sobre la familia considerada como “base” para la promoción de la salud (Donati, 1987; AA.VV., 1987; Galli, 1988), no se puede esconder el hecho de que, objetivamente, esta estructura primaria se haya vuelto una base débil, en cuanto se configura más como familia “inexistente” (Peirone, 1987e). Con “inexistencia” se entiende la progresiva “decoloración” (alguna vez hasta la “desaparición”) de los diferentes roles psicológicamente fuertes (padre, madre, padres), ya que los respectivos actores están empeñados más en la vertiente exterior (trabajo) que en la interior (crianza de la prole). Si no hay más



A la luz de este terrible panorama, es comprensible el difícil papel de la psicología de la salud y lo “sutil y preciso” que debe ser su intervención para poder resultar auténticamente eficaz.

La escuela: anillo crítico

Por su parte, la escuela —es decir, el conjunto constituido por el docente y por el alumno, por el que enseña y por el que aprende— a menudo representa un crítico anillo de la cadena de transmisión socio-cultural, también un anillo fácil de abrirse o de romperse: por desgracia, la antigua expresión despectiva de “ir a la escuela para calentar los bancos” hoy en día se ha vuelto realidad dada la frecuente desvinculación entre el así llamado alumno/estudiante y el profesor, y la materia de estudio, y el trabajo... desvinculación y pérdida de significados que subrayan la crisis de identidad de la *schola/schole* entendida en conjunto.

En efecto, la crisis de los conceptos de “autoridad” y “poder” (entendido como buen poder pedagógico) ha llegado hasta un punto de notable gravedad. La escuela y el docente tendencialmente no son más objeto de identificación para el joven: han perdido credibilidad y, en cambio, ha crecido la desconfianza de los jóvenes en los adultos por sí (es decir, como rol).

En la cotidianidad actual del occidente, más allá de los conceptos utilizados, estos últimos resultan con frecuencia vacíos de significado: si se profundiza, parece evidente que existen alumnos/estudiantes que no son “alumnos/estudiantes” y existen profesores/maestros que (aun cuando quieran) no pueden ser “profesores/maestros”. En algún tiempo, entre palabra y realidad el nexo era muy estrecho, ahora ya no lo es: el anillo se ha aflojado o hasta se ha despedazado. ¿Dónde está el “alumno” (el que es criado)? ¿Dónde está el “maestro” (el que tiene más poder y lo transmite al que tiene menos)?

Con base en lo expuesto, parece claro lo problemático para la psicología de la salud; no obstante, la presencia de eficaces instrumentos científicos (investigaciones, teorías, métodos, técnicas, aplicaciones), resulta difícil educar de modo eficaz acerca de la salud en el contexto escolar (Zerbetto y Panichi Zalaffi, 1983; Corradini, 1989), o bien, practicar con éxito programas de *action-research in school* (Peirone, Gerardi, Borello, Mammoliti *et al.*, 1995).

La siempre menor confianza puesta de las nuevas generaciones en las anteriores subraya lo delicado del papel (y relativa personalidad) de *health promoter & educator*.

Estilos de vida patógenos/saludables

Gran parte de la salud y de la enfermedad provienen del estilo de vida adoptado en la cotidianidad.

El impacto sobre la salud poseído por los estilos de vida ha sido remarcado desde hace tiempo por la World Health Organization (1983). En efecto, las conductas consuetudinarias y las costumbres aun mínimas construirán, en cada momento, las condiciones del malestar o del bienestar (Bert y Quadrino, 1986; Parenti y Pagani, 1987; ISTAT, 1996).

Las *behaviors*, las cogniciones, las emociones, las actitudes, las evaluaciones, la manera de referirse con las personas y las cosas, en breve varios factores por lo general poco visibles, pueden dar vida a efectos que producen enfermedad, o bien, a efectos que generan salud. De manera implícita/inconsciente se pueden estratificar errores sobre errores, o bien, soluciones sobre soluciones (sobre todo preventivas).

Un claro ejemplo de “estilo de vida negativo”, que trabaja en contra de la salud, es el de la persona hipocondríaca, que se preocupa obsesivamente por cada cosa, exasperadamente atenta, a cada sensación interna y a cada peligro externo, con una sobrestimación pesimis-



ta de las fantasías respecto de la realidad: invariablemente, este individuo se enferma, aunque sólo de manera “imaginaria” o psicológicamente perturbadora.

Un buen ejemplo de “estilo de vida positivo”, que trabaja en favor de la salud, es el de la persona segura de sí, dotada de objetiva autoestima, que piensa, siente y se mueve de manera libre y desenvuelta, que no conoce rigidez y miedos, que animosamente va hacia nuevas situaciones y logra ser creativa, modulando de tal manera, también, las reacciones somáticas.

Para combatir las formas desgastantes y neurotizantes de la vida moderna (hiperactividad, competitividad, irritabilidad, agresividad, estrés prestacional, ansiedad, superficialidad, etcétera), la *health psychology* está en condiciones de estimular oportunamente la construcción de modalidades existenciales “sanas y serenas”.

Calidad de vida

El asunto del estilo de vida positivo está estrechamente relacionado con el de la calidad de vida.

En la civilización que ha sabido salvar los más pesados vínculos materiales (hambre, enfermedades, guerras incontroladas, entre otros), se hacen camino necesidades más abstractas y, lógicamente, se va desde una atención centrada de modo exclusivo en el malestar hasta una atención más orientada hacia el bienestar; de ello deriva que la calidad de la existencia deviene más importante que la cantidad de la existencia.

Desde esta perspectiva, la interpretación de la salud se adecua a nuevas exigencias: el bienestar no es, como en el pasado, considerado como superfluo, sino es sentido como necesario-esencial, como algo indispensable. Esta sensibilización a los aspectos positivos de la salud constituye un “salto de calidad” que en efecto da vida a una mejor calidad de vida, por lo que la gente común, de manera individual y espontánea, ya comienza a evaluar, apreciar, respetar, custodiar, amar y, en la medida de sus posibilidades, a promover la salud.

Se asiste así al nacimiento de una moderna conceptualización de la salud ya no como sanitarización de la vida, sino como promoción de ella. La gente común todavía dice sí al fármaco (y a la medicina), sino *cum grano salis* (y, por lo tanto, con mucha psicología).

Además, estamos enfrente de una visión existencial dinámica en la que se desarrollan necesidades crecientes y en perenne transformación.

Todo esto es, en definitiva, el fruto de una activa (y también muy sabia) “elección”, una inteligente elección de vida; aquí, también estamos enfrente de una acción cultural, concentrada sobre el placer de vivir y, por ende, en las ganas de vivir.

De una manera obvia, la *health related quality of life* halla amplia y complicada correspondencia en la literatura científica (Barro, 1978; Regione Lombardia, 1983; Orley y Kuyken, 1993; Marìn, 1995; Renwich, Brown y Nagler, 1996; Katschnig, Freeman y Sartorius, 1997; Oblitas, 2003; Peirone, 2004b).

Ciclo de vida

Del inorgánico al orgánico y luego, de nuevo, al inorgánico: la vida es un ciclo que se cumple, que se cierra.

La vida y la calidad de la misma se distribuyen a lo largo de un arco temporal. El tiempo testimonia que las cosas cambian, que son diferentes de un periodo al otro, de un momento al otro.

Los seres vivos también se modifican, como lo hacen los estados de salud o enfermedad para los seres humanos en los diferentes estadios evolutivos.



Embrión, feto, recién nacido, niño, chico, adolescente, joven, adulto, viejo, anciano; moviéndose a lo largo de estas fases, el individuo es llamado a construir/mantener/mejorar el correcto y saludable equilibrio psicofísico. Y la sociedad, a su vez, es llamada a mediar entre los grupos que pertenecen a diferentes frajas de edad (en particular, a integrar armónicamente entre ellas las generaciones productivas, las todavía no productivas y las ya no productivas).

El problema es qué hacer y cómo hacer para “nacer, vivir y morir en salud”.

Desde el comienzo hasta el fin, el ciclo de vida constituye, para la psicología de la salud, un desafío complejo que va articulado a la evolución (F. Cavallo y Giustetto, 1981; Torri y Tognoni, 1982; Donati, 1983a; Nardocci, 1986; Chiusano, Peirone y Gerardi, 2006) y a la involución (Negrisoli, 1986) a lo largo de un recorrido que cronológicamente recoge cinco edades fundamentales (Peirone y Gerardi, 2005).

Con el pasar del tiempo, todo fluye: también el malestar y el bienestar. Se hace decisivo “saber” (¡todavía un elemento cultural!) cuándo (y cómo y cuánto) en el curso de la vida hay que estar mal y cuándo (y cómo y cuánto) en el curso de la vida se puede estar bien. En cierta medida, la frustración y el sufrimiento son inevitables (a veces indispensables): van atentamente moduladas con el placer, a lo largo de una construcción (sabedora y serena) de la salud.

Por lo tanto, se tendría que promover y educar acerca de la salud en cada edad, aprovechando las características propias de cada estadio y, en particular, haciendo dialogar a los seres humanos en vía de formación con los seres humanos ya formados y, también, haciendo dialogar a los seres humanos en condición de dependencia con los seres humanos en condición de independencia. Éstas son tareas difíciles; corresponde a la psicología el deber técnico-metodológico de hallar el punto de encuentro comunicativo entre la “soledad de los viejos” y el “malestar de los jóvenes”. La salud —personal y colectiva— se halla cabalmente también en hacer concurrir el pasado con el futuro, en unir la experiencia-prudencia del que ya ha vivido con la fuerza-ánimo del que aún debe vivir.



El problema es qué hacer y cómo hacer para “nacer, vivir y morir en salud”.

Tercera edad y envejecimiento

La configuración de hoy de la civilidad occidental ve como eje principal al sector de edad adulta, productiva e independiente. Asimismo, detecta, además, otros dos sectores de edad muy problemáticos, no productivos y no independientes: los “niños/adolescentes/jovenes” y los “ancianos/viejos”.

En específico, la tercera edad (entendida en sentido amplio) se convierte en un fenómeno cada vez más amplio y abundante. Mayor cantidad de vida comporta mayor solicitud de calidad de vida y, por consiguiente, un no siempre fácil proceso de adaptación-equilibrio (Laicardi, 1987; P.B. Baltes y M.M. Baltes, 1990; Honn Qualls y Abeles, 2001): la fase involutiva denominada “envejecimiento” representa, hoy en día, uno de los desafíos más grandes, en todas las áreas, incluida la de psicología de la salud.

Dos de nosotros (Gerardi y Peirone) suman más de 25 años de experiencia en Italia en el ámbito de la cultura para la tercera edad, mediante enseñanza, intervención e investigación en la llamada UNITRE (Universidad de la Tercera Edad/de las Tres Edades).



Los números UNITRE son evidentes: 31 años de operatividad, desde 1975, con decenas de convenciones nacionales/internacionales; en el último año académico, 260 residencias distribuidas sobre el territorio italiano, con 80,000 estudiantes y 200 tipos de cursos/laboratorios. El modelo italiano de la “Universidad de la Tercera Edad” (abierto a conjugar entre ellos las Tres Edades) constituye en el ámbito mundial la más importante experiencia de “educación permanente/recurrente/renovada” y, también —de hecho—, un enorme “experimento” de psicología de la salud (Gerardi, 1982; Gerardi y Peirone, 1987; Gerardi y Peirone, 1991; Peirone, Gerardi, Cavaliere *et al.*, 1996; Peirone, Gerardi, Faccioli Riconda *et al.*, 1997; Peirone, Gerardi, Gandino *et al.*, 1996; Peirone, 2004c).

El envejecimiento, afrontado con previsión y con una lenta construcción, puede hacerse un proceso rico de potencialidades “evolutivas”. Utilizar el tiempo libre/liberado durante la tercera edad para “re-lanzar” el desarrollo del ser humano es una empresa que inevitablemente se concentra en el *discomfort/wellbeing management*. La UNITRE demuestra que la fruición de procesos culturales (interpretados como “información elaborada emotiva y socialmente”) puede influir en la personalidad del usuario. Este último, entendido no sólo pasivamente, sino de manera activa, accede a una saludable transmisión de sabiduría, haciéndose sujeto responsable.

La *cultura* y el *aprendizaje* obran como “fármacos” de juventud, como simbólicos fármacos (terapéuticos y, sobre todo, preventivos) para un mejor envejecimiento.

Sanidad somática y salud psíquica: la concepción holística

Al revisar consideraciones más detalladas e intrapsíquicas, se debe subrayar el papel desempeñado por el acercamiento holístico.

La *health psychology* trabaja a menudo con una *Zusammenauffassung* focalizada sobre la *totalitaet* y, en particular, constituye, seguramente, una disciplina “psicosomática/somatopsíquica”.

Su objeto, la salud, interpreta la realidad (ya sea del malestar o la del bienestar) como un conjunto inseparable en sus componentes: entre otras cosas, sin dar lugar a confusiones muy fáciles, más bien con una rigurosa capacidad de diferenciar de manera conceptual, la psicología de la salud hace interobrar continuamente el soma con la psique. Eso no quiere decir que siempre, en cada caso concreto, tenga por fuerza que encontrarse su operativa co-presencia, pero, en términos de hipótesis de trabajo, esta clave de lectura “no reduccionista, no separadora” resulta ser un método abierto y fecundo.

Eso es válido ya sea en la óptica anamnésica-diagnóstica-etiológica-sintomática (de derivación clínica) o en la “armónica” (de derivación saludable).

El “todo entero” (*holos*) ve una *interacción* o una *integración* entre las partes.

Además, si lo analizamos, el “olismo” debe entenderse extrapolando más allá del tradicional dualismo físico-espiritual, al interior del “mental”.

Por tanto, el método olistico es eficaz en el caso en que tengan que administrarse variables orgánicas y mentales; o bien, en el caso en que se tengan en cuenta elementos comportamentales y dinámicos; o incluso, en el caso en que los aspectos conscientes puedan ser leídos a luz de los inconscientes y viceversa; y así sucesivamente... desmontando y remontando diferentes “piezas”, acordando los objetos entre ellos y los conceptos entre ellos: el pensamiento con la emoción, la razón con la intuición, la sabiduría con el sentimiento, la inteligencia lógico-racional con la onírico-creativa, el hemisferio cerebral izquierdo con el cerebral derecho, etcétera.

Según los dictámenes de la psicología de la salud (la cual es sustancialmente holística y no positivista-reduccionista), no se tiene “sanidad o salud”, sino “sanidad y salud”; por lo



tanto, se necesita un cuerpo sano y un cerebro sano combinados con una mente lúcida, un alma serena y una psique en salud. Fácil de decirse... ¡difícil de hacerse prácticamente, difícil de conocerse de manera científicamente correcta!

En breve, *la salud en línea de máxima requiere una armónica articulación: una compleja y equilibrada síntesis de diferentes elementos analíticamente diferenciados*. Todo eso —bien más allá de ingenuas ejemplificaciones siempre posibles de parte de “psicologías populares pseudo-científicas”— requiere una atenta y precisa impostación metodológica sobre conceptos, definiciones, correlaciones, relaciones causa-efecto, interdependencias, retroacciones, entre otros, y, también, comprobaciones puntuales sobre el plano empírico y el aplicativo.

Psico-neuro-endocrino-inmunología: el juego de las emociones maléficas/benélicas

Uno de los más abundantes y recientes asuntos de interés científico entre soma y psique es el del “plexo” conceptual de este título, al mismo tiempo intuitivo y animoso, que lleva consigo la marca de la *health psychology*, multidisciplinal e innovadora.

La literatura referente a la *globalidad inmunológica* (G. Cavallo, 1984; Clerici y Villa, 1987; Ruggieri, 1988) ve en el organismo una “buena y saludable” predisposición a vivir y a contrastar los agentes patógenos: psique y cerebro interactúan con las glándulas internas, estructurando “defensas”, que cabalmente van a “tutelar” la salud entendida en su conjunto. En la nueva inmunología, los términos “enfermedad, malestar, salud, bienestar” adquieren nuevos y profundos significados.

La base psicológica para la salud consiste esencialmente en hacer llegar al individuo a un *equilibrio emocional* (por medio de una eficaz percepción-evaluación-expresión de estos “movimientos” del alma); por tanto, resulta decisivo “sentir/sentirse” (mal/bien). Es indispensable otorgar peso e importancia a esta dimensión subjetiva de una manera obvia difícil de “objetivar” e indispensable en “construir salud con las emociones”.

Si se dosifican de manera adecuada —*in primis* mediante un apropiado estilo de vida e *in secundis* por medio de técnicas terapéuticas y preventivas “dulces”— factores orgánicos (endorfinas, cortisol, etcétera) y factores emocionales (dolor, vergüenza, rabia, deseo, culpa, tristeza, desengaño, esperanza, etcétera), la acción preventivo-promocional está en condiciones de llevar el organismo hacia nuevos niveles de autocontrol saludable.

Esta *catalización sinérgica* (entre mundo orgánico y mundo funcional) de la que la psicología de la salud es capaz se pone cual método natural y sin efectos colaterales negativos: siendo no iatrógeno y, a causa de su simplicidad y espontaneidad, da vida a una *self-regulation soft strategy* de amplio espectro.



La base psicológica para la salud consiste esencialmente en hacer llegar al individuo a un equilibrio emocional.

Life Skills for Health

Para hacer salud se necesitan habilidades, conocimientos y competencias en condiciones de concretizarse en “acciones hábiles”; se requieren instrumentos culturales operativos, “habili-

dades de vida” (en el estilo de vida, en el ciclo de vida) ya sea macro (sociales) o micro (individuales) (Argyle, 1981).

En la moderna psicología de la salud, se destaca el cuadro programático propuesto por la World Health Organization (1993). Dirigido a niños y adolescentes del ámbito escolar, el Life Skills Education (LSE) resulta enclavado en una rica serie de elementos. Es posible llevar la cultura de la salud en la cotidianidad de la escuela, utilizando una educación holística centrada en la psique y en la persona, en la integración social del ambiente humano, en la didáctica activa y participante y, en una manera obvia, en el tríptico “prevención-protección-promoción” (Bertini, Braibanti y Gagliardi, 1999). El problema más relevante, como siempre, es el de lograr estimular efectivamente la atención de los usuarios, para no hacer caer en el vacío la ya difícil solución de aquel otro problema, ya mencionado, consistente en la formación de operadores como auténticos y eficaces *health communicators*.

En todo caso, y por lo general, aquellos mismos elementos pueden ser construidos y aplicados en otros contextos más allá del escolar: familia, trabajo, tercera edad. Estas habilidades cubren una gama muy amplia.

- *Decision making* (la habilidad de tomar decisiones constructivas, evaluando las posibles opciones y sus efectos).
- *Problem solving* (la capacidad ya sea de resolver los problemas o de manejar los problemas sin solución).
- *Pensamiento creativo* (la habilidad de explorar alternativas, en particular yendo más allá de los condicionamientos dictados por la realidad, en dirección flexible e innovadora, respondiendo de manera adaptativa).
- *Pensamiento crítico* (la capacidad de analizar y sintetizar de manera objetiva informaciones, problemas y tentativas de solución).
- *Comunicación eficaz* (la habilidad de saber expresar y de hacerse comprender, transmitiendo significados independientemente del canal comunicativo y de los contextos culturales-situacionales).
- *Eficacia en las relaciones interpersonales* (la capacidad de interactuar con los otros de manera correcta, positiva y útil).
- *Autoconocimiento* (la habilidad de saber reconocerse a uno mismo, su propio carácter, sus propias virtudes, sus propias debilidades, sus propios proyectos y sus propios recursos).
- *Empatía* (la capacidad de escuchar profundamente a los demás “poniéndose en el lugar de ellos” y, por tanto, teniendo en cuenta aquello en lo que son diferentes a uno mismo).
- *Manejo de las emociones* (la habilidad de controlar las emociones propias y ajenas).
- *Manejo del estrés* (la capacidad de reconocimiento y *coping* de las formas y de los orígenes de tensión cotidiana).

La salud: *empowerment*, pensar positivo, ser asertivos, potenciarse, amarse, expresarse

Ampliando el discurso de las *life skills for health*, se pueden abarcar algunos instrumentos peculiarmente psicológicos (algunos de los cuales son sólo aparentemente banales, pues, en realidad, se hallan dotados de espesor científico y son muy eficaces en el plano práctico).

- *Empowerment* (la habilidad de controlar activamente la existencia para lo que “pone en condiciones de...” y “permite ser capaz de...” bien a uno mismo o a los otros individuos (Francescato y Tomai, 1999).



- *Pensar positivo* (la capacidad de dar vida a constructos mentales en la que el *positive thinking* se combine con el *creative thinking*, dando vida a un bienestar cognitivo, antes aun que el emocional o el práctico).
- *Ser asertivos* (la habilidad de crear y afirmarse a uno mismo; también, de estar presentes situacionalmente y visibles socialmente, además, llegando a una correcta y equilibrada forma de liderazgo, *in primis* hacia uno mismo).
- *Potenciarse* (la capacidad de asumir fuerza, potencia, eficacia ejecutiva, seguridad, responsabilidad y equilibrio).
- *Amarse* (la habilidad, paradójicamente muy lejos de ser fácil para los seres humanos, de transmitirse afectividad hacia sí mismos: el sujeto que se ama sí mismo y que se hace bien a sí mismo).
- *Expresarse* (la capacidad de dar vida a una “dinámica” emocional que crea salud a través del descubrimiento y de la apertura de uno mismo; un auténtico *opening up/disclosure*: abrirse, hacerse sociable (Pennebaker, 1995 y 1997); una auténtica “expresión”, concepto que proviene de la lengua latina: *ex-premere*, es decir, “apretar para hacer salir”; en definitiva, expresar/exprimir para hacer salir la salud).

La salud: autonomía, autoestima, optimismo, felicidad, serenidad, equilibrio, armonía, sabiduría

Continuando con lo mencionado en la sección anterior, existen en la *health psychology toolbox* otras habilidades algunas de las cuales se enlazan o se sobreponen parcialmente a otras derivadas de las de los párrafos precedentes. Aquí, también ellas son sólo aparentemente simples y simplistas... en condiciones de ser rigurosas y pragmáticas.

- *Autonomía* (la habilidad de ser propiamente individuos; es decir, personas que no dependen de otras, que no son pasivas).
- *Autoestima* (la capacidad de evaluarse a sí mismo de manera positiva y elevada, sin por esto perder la objetividad).
- *Optimismo* (la habilidad de producir y de aprovechar un estado emocional positivo, con la oportuna elección de “qué sentir al interior” para orientar de manera eficiente y eficaz el pensamiento o el comportamiento).
- *Felicidad* (la capacidad de crear anticuerpos mediante el “buen-humor” y de gozar de la vida, tanto en las grandes cosas como en las pequeñas (Ceccato, 1985; Argyle, 1987), de manera a veces generada espontáneamente y, otras, construida ingeniosamente).
- *Serenidad* (la habilidad de producir y proteger un estado interior de des-tensión, calma e imperturbabilidad).
- *Equilibrio* (la capacidad de establecer las proporciones justas entre las cosas: entre teoría y praxis, entre fines y medios, entre mundo interior y mundo exterior, entre corporeidad y espiritualidad, entre cotidianidad y transcendentalidad, etcétera).



La felicidad es la capacidad de crear anticuerpos mediante el “buen-humor” y de gozar de la vida, tanto en las grandes cosas como en las pequeñas.

- *Armonía* (la habilidad de dar vida a un estado de ánimo centrado en la “síntesis armónica”, según el modelo musical (y, por lo general, artístico), en el que la belleza y la estética nutren el alma).
- *Sabiduría* (la capacidad de integrar totalmente sanidad física y serenidad psíquica, por lo que la salud brota en forma natural del sereno-equilibrado-armónico funcionamiento del cuerpo, de la mente y del alma (Abbagnano, 1985; Peirone y Gerardi, 1992).

La identidad, pilar de salud

Last but not least: la última y quizá la principal habilidad básica, pero la más abstracta y difícil de comprenderse en cuanto entraña en sí misma a todas las otras es la construcción de la identidad.

Sólo la persona que se conoce dispone de las bases para aprender a conducir en forma eficaz su propia existencia. El antiguo principio griego “conócete a ti mismo” constituye el fundamento de la terapéutica, de la prevención de la enfermedad y de la construcción de la salud; desde hace siglos, el ser humano ha identificado el estrecho vínculo entre *self consciousness* y *health*.

El bienestar ahonda en sus propias raíces buscando y hallando aquellos puntos de referencia interiores que son indispensables para alcanzar la madurez y el equilibrio: ponerse en discusión, reconocer sus propios errores, superarse cotidianamente a uno mismo para perfeccionarse cada vez más... en otras palabras: dar vida a una sana, objetiva y creativa autocrítica. Todo esto confluye en el *proceso de autonomía/autogestión: hacerse sujeto (sujeto activo) de su propia salud* (Gerardi y Peirone, 1988; Peirone, 1991; Peirone, 2004a).

La búsqueda-realización de sí/de sí mismos/del Sí/de su propio verdadero Sí se funda en la plenitud de la persona. Mente + Alma = Psique. Por tanto, el concepto de “identidad/Sí” es entendido como una reflexión armónica de la psique sobre sí misma: la psique se mira al espejo y, mirándose, se percibe en su más profunda autenticidad. Difícil, muy difícil..., pero no imposible.

El bienestar: saludgénesis y saludtropismo

El acento puesto sobre el concepto de “bienestar” —auténtico hilo conductor a veces manifiesto y, otras, escondido a lo largo de este ensayo— implica una precisión del mismo concepto.

Tratándose de un parámetro altamente psicológico y, por ello, empapado de subjetividad (Bradburn, 1969; Strack, Argyle y Schwarz, 1991), es muy importante comprender cómo nace “el objeto bienestar” y cómo se desarrolla, sobre todo en el sentido de ser construido en contextos de *coping* (Buunk y Gibbons, 1997).

Entonces, la definición se vuelve “bienestar cual atención del sujeto respecto de los procesos de saludgénesis y saludtropismo”.

El concepto de “génesis” reenvía al “cuándo” y al “cómo” del nacimiento de la salud en el organismo. El concepto de “tropismo” reenvía, a su vez, a la “acción/reacción” del organismo, el cual “se vuelve y se orienta” hacia un fin saludable y, a través de una “dirección”, da lugar a un “movimiento”. Entre todos estos términos llenos de sentido, es evidente el significado no sólo activo, sino operativo, de un bienestar que es activado a través de estrategias y tácticas.

Asimismo, piénsese en la revolución que de éste deriva en el ámbito de la relación paciente-usuario, con el salto de calidad “saludgénesis *vs.* patogénesis” y, también, en la eficacia de la saludgénesis como recorrido de salud positiva. El encuentro entre quien ayuda y quien es ayudado conduce hacia una terapéutica conversacional —a usar el lenguaje de



Lai (1985)— en donde la felicidad de ambos sujetos se erige un criterio-clave para alcanzar y evaluar la eficacia del tratamiento. La alianza terapéutica (Spinsanti, 1988) va hallar nuevas salidas mediante la calidad de la cura (Tiranti y Gattino, 1994).

La psicología de la salud procede, en efecto, por medio de *una visión positiva de la salud*, una visión encentrada sobre el bienestar, en donde tanto la génesis (nacimiento, en dirección de la salud) como el tropismo (movimiento, en dirección de la salud) resultan más constructivos que re-constructivos, más pre-paradores que re-paradores: de la *therapy* nos movemos al *coping-prevention*, y de la *cure* nos movemos al *care*.

Health Psychology: guidelines, nueva sensibilidad y más allá

Llegando a las conclusiones, en este ensayo se ha podido comprobar —aunque en síntesis— cuán ricos de contenidos e implicaciones son los temas que aquí se abordan. Las sobredescritas líneas-guía trazadas por la disciplina científica denominada “psicología de la salud” ven sobresaltar ya sea aspectos conceptuales y de método, ya aspectos de investigación empírica y de intervención práctica-aplicativa (Oblitas, 2006).

Como se sabe, el motor auténticamente operativo reside en la capacidad de realizar-construir una nueva sensibilidad (emocional-cognitiva), atenta a las cosas no-materiales, “sutiles” y abstractas (en particular: fenómenos y procesos culturales) y, también, a las cosas pequeñas, aparentemente de poca importancia (en particular, vida cotidiana, fenómenos ordinarios, eventos marginales).

Por costumbre, las cosas determinantes en vista de las tres finalidades para el *acercaamiento saludable* (prevención, protección, promoción) son “pequeñas”, “ordinarias”, “poco visibles en cuanto banales y/o poco productivas”, “con baja proporción beneficios/costos”, “difíciles” y pertenecen a las *soft sciences*. En cambio, las cosas determinantes en vista del *acercamiento clínico* (diagnosís y, sobre todo, terapéutica) son “extra-ordinarias”, “muy visibles en cuanto no banales y altamente productivas”, “con elevada proporción beneficios/costos”, “fáciles” y, a menudo, pertenecen a las *hard sciences*.

Así, tendrían que afinarse las calidades perceptivo-evaluables (ya sea de parte del especialista o de la gente común); de otro modo, algunas cosas no serían comprendidas.

He aquí por qué deben hacerse indispensables una técnica y un método y también una necesidad, coligados a una nueva sensibilidad por el *anthropos* (Peirone, 1987a). El nuevo “Ser Humano” que el mundo necesita debe ser comprendido y la psicología constituye el principal instrumento para tal comprensión. Por tanto, no está fuera de lugar afirmar que *la salud inicia en la psique*. Como también no está errada la aseveración que indica que *proyectar la salud implica proyectar la psique*.

Más sensibilidad = más salud.

Más conocimiento = más salud.

El mensaje aportado por la psicología de la salud es, en el fondo, muy simple: se trata de dar vida —*day by day & step by step*— a un nuevo “sentido” hacia las cosas del mundo y, en última instancia, hacia sí mismo.

La justa actitud hacia el “problema salud” consiste, en definitiva, en la sana convicción de que estamos enfrente a un sustancial “no problema”, por el que el sujeto humano, haciéndose activo y obrando con *calma interior profunda*, *aprende a administrar un estrés positivo que lo estimula a construir soluciones*.

¿Y además? ¿Qué nos reserva todo este conocimiento cultural y toda esta competencia científica aportadas por la *health psychology*? Tantos y graves son los problemas, pero las perspectivas están abiertas. El tercer milenio se ha abierto con desafíos gigantescos para la humanidad (de los problemas del hacinamiento a la no controlada movilidad geográfico-so-



cial, de las nuevas formas de hambre y enfermedad a las nuevas modalidades de conflicto entre seres humanos, del desequilibrio económico al terrorismo, del siempre más difundido malestar existencial al siempre más marcado malestar de la civilización).

¿En qué consiste, en síntesis, el futuro para el ser humano? Consiste, sustancialmente, en una obligada, animosa y responsable *challenge for health*.



Capítulo Veintiuno

La psicología de la salud infantil

**Maricela Osorio Guzmán,* Georgina E. Bazán Riverón
y Patricia Paredes Rivera**

*Universidad Nacional Autónoma de México
Facultad de Estudios Superiores Iztacala*



Introducción

En la actualidad, la psicología de la salud (PSI) atiende a poblaciones de todas las edades. Dentro de ésta, surgió la necesidad de crear una nueva área que abordara específicamente el proceso salud-enfermedad en pacientes pediátricos, ya que este tipo de población posee características específicas y necesidades especiales. El modelo de atención al niño fue creado desde la perspectiva de que sólo se le puede dar una atención integral si se le considera un ente biopsicosocial y con características diferentes a los adultos. De esta manera, la psicología de la salud infantil es un amplio campo referido a la práctica, la educación, el entrenamiento y la investigación de las relaciones entre la salud psicológica y fisiológica del niño, donde se combinan diversos aspectos y disciplinas con el propósito de prevenir, mantener, reestablecer, rehabilitar y cuidar la salud, tanto de los niños como de sus familias.

Antecedentes de la psicología de la salud infantil

Es importante mencionar que, con frecuencia, se usan términos como psicología clínica infantil, psicología pediátrica y pediatría conductual para hacer referencia a las intervenciones que han venido realizando los psicólogos con pacientes pediátricos (Roa, 1995), no es el propósito de este escrito hacer una diferenciación entre esta terminología; sin embargo debe reconocerse que la PSI tiene sus principales antecedentes en la psicología pediátrica y, en ocasiones, se toman como sinónimos.

* UNAM FES Iztacala. Av. De los Barrios # 1 Los Reyes Iztacala. Tlalnepantla Estado de México, 54090. E-mail: mar1814@yahoo.com

Psicología pediátrica. Según Millon (1982), representa la confluencia de diversas disciplinas interrelacionadas: la psicología clínica en general y la psicología clínica infantil en particular así como la medicina pediátrica. Kagan (1965, citado en Millon, 1982) anuncia el nuevo enlace entre la psicología y la pediatría. Dos años más tarde, Wright (1967, citado en Roberts, Meddix, Wurtele y Whight, 1982) acuña el término “psicología pediátrica” y aporta un modelo acerca de las funciones del psicólogo en el ámbito pediátrico. Éstas son:

- a) La delimitación de un grupo de psicólogos pediátricos a través de su organización formal (dentro de la Asociación Psicológica Americana).
- b) Una capacitación más específica para los futuros practicantes.
- c) La construcción de un nuevo cuerpo de conocimientos a través de la investigación aplicada.

Por otra parte, Wright (1967, *op. cit.*) afirmó que “un psicólogo pediátrico es aquel que se encuentra a sí mismo trabajando con niños en ámbitos médicos, los cuales, por naturaleza, no son psiquiátricos”. Este mismo autor también aseveró que “el psicólogo pediátrico es una persona que tiene conocimientos tanto del desarrollo de los niños, como del área clínica infantil”. Later y Salk (1974; citado en Wright y Friedman, 1991) definen al psicólogo pediátrico “como un científico clínico que sirve como consultor en problemas concernientes a las necesidades de salud mental, tal como se presentan en la práctica pediátrica”. La *Revista de Psicología Pediátrica* (1980) ha definido el contenido de esta área como “los asuntos o problemas de los psicólogos que trabajan en ámbitos interdisciplinarios, tales como hospitales infantiles, clínicas de desarrollo, etcétera”. Tuma (1975) ubica al psicólogo pediátrico como un subespecialista dentro de la psicología clínica infantil; y, más recientemente, Walker (1979) señala que esta área tiene una orientación menor a la psicología tradicional infantil y, también, que es “una especialidad dentro de la psicología médica que trata con los niños y con sus problemas de desarrollo y conductuales”.

Características de la psicología de la salud infantil

Este campo nace principalmente como respuesta a la necesidad de comprender una gran variedad de problemas que requieren una aproximación médico-psicológica, a partir del descubrimiento y constante confirmación de que algunos tipos de patrones conductuales se relacionan con enfermedades orgánicas, de la imperante necesidad de volver a considerar al paciente pediátrico en su totalidad, en vez de centrarse sólo en los componentes físicos, así como de hacer una diferenciación entre las necesidades propias de un niño, en contraposición a las necesidades y características de un adulto.

Los tipos de problemas que se presentan en la práctica de la psicología de la salud infantil abarcan un número significativo de desórdenes psicológicos, de desarrollo, conductuales, educativos y de manejo del niño; es decir, se advierte que todos los profesionistas que atienden a un paciente pediátrico tienen necesidad de los servicios psicológicos y los psicólogos dedicados a la PSI tienen como uno de sus objetivos brindar estos servicios o consultas más accesibles.

El objetivo de la mayor parte de los profesionales en niños es asistir a los mismos a lo largo de su proceso de transformación en adultos para facilitar su desarrollo físico, psicológico y social. De este modo, como se mencionó, tanto los conceptos como la práctica de la psicología de la salud infantil se han desarrollado en respuesta al esfuerzo multidisciplinario de atención al niño.

Gracias a que los psicólogos de la salud infantil llevan a cabo su práctica en diversos ámbitos del cuidado de la salud más que en marcos psiquiátricos, es que han detectado problemas en los pacientes que varían ampliamente de aquellos encontrados por los psicólogos infantiles tradicionales.

Las características más comunes que pueden ser consideradas como propias de la psicología de la salud infantil son las siguientes:

- a) La psicología de la salud infantil está vinculada con la psicología clínica infantil.



- b) La psicología de la salud infantil es un campo dentro de la psicología del cuidado de la salud. Como tal, se relaciona con la salud física y la enfermedad. Asimismo, estudia la relación de los factores psicológicos, la salud física y la enfermedad.
- c) El psicólogo dedicado a la psicología de la salud infantil trabaja en ámbitos médicos o de atención a la salud; éstos incluyen hospitales, clínicas, centros de desarrollo, guarderías, escuelas, centros deportivos etcétera; cabe aclarar que estos ámbitos no son psiquiátricos.
- d) El psicólogo dedicado a la psicología de la salud infantil puede desempeñar múltiples roles en diversos momentos y, con frecuencia, varios al mismo tiempo.

Como un campo distinto de la psicología tradicional, la psicología de la salud infantil ha desarrollado aspectos básicos como:

- a) Un marco de atención a la salud para la práctica clínica.
- b) Un énfasis en la práctica que comprenda una apreciación del proceso de desarrollo del niño.
- c) Un modelo de consulta con médicos, padres, tutores, profesores, entrenadores, educadoras, enfermeras, etcétera.
- d) Una orientación práctica hacia las técnicas de tratamiento que han demostrado efectividad y optimización del tiempo.



El psicólogo dedicado a la psicología de la salud infantil trabaja en ámbitos que incluyen, entre otros, hospitales, guarderías y escuelas.

Roles del psicólogo de la salud infantil

Algunos autores en el área han propuesto una lista de los roles y funciones de los psicólogos de la salud infantil dentro de la cual se encuentran los siguientes:

- a) Como un consultor especialista; es decir, este papel consiste en discutir junto con el pediatra el manejo del caso.
- b) Elaborar y aplicar pruebas de diagnóstico.
- c) Trabajar con problemas incipientes seleccionados por personal médico.
- d) Destacar los elementos psicológicos en problemas.
- e) En la investigación, donde el psicólogo se dedica a aplicar los diferentes principios de la psicología a múltiples enfermedades en distintos ámbitos y circunstancias diversas para, primero, producir datos o nuevas preguntas que puedan retroalimentar la teoría y, segundo, mejorar la calidad de vida del paciente tanto en los ámbitos institucionales (hospitales, clínicas, centros de desarrollo y rehabilitación, escuelas, centros deportivos, entre otros) como en su hogar (Osorio, 1997).

Tipos de intervención

Respecto de los tipos de intervención que los psicólogos dedicados a la psicología de la salud infantil llevan a cabo, se han identificado siete formas generales:

1. *Intervención cuasi-médica.* Los psicólogos al cuidado de la salud se han visto implicados en formas de intervención orgánica o cuasi-médica y, posiblemente, han empleado técnicas que requieren algún tipo de medicación que altera químicamente el funcionamiento del organismo. Otros métodos de intervención que afectan de forma directa al cuerpo incluyen el condicionamiento aversivo y el *biofeedback*. Finalmente, existen prescripciones químicas, como el uso de supositorios y/o antiheméticos.
2. *Intervención conductual.* Por lo general, en comparación con otras alternativas, las terapias conductuales son más eficientes en el tratamiento de problemas médico-psicológicos. Las técnicas de terapia conductual se han manifestado como la mejor forma de intervención en una gran variedad de desórdenes, como enuresis, obesidad, anorexia



nerviosa, vómitos psicogénicos, renuencia a la medicación oral, entre otros problemas (Buceta, Bueno y Mas, 2000).

3. *Intervención en la manipulación del medio.* Otro fenómeno que caracteriza el proceso de tratamiento en el área de la psicología de la salud infantil ha sido el reordenamiento del medio del paciente. Las modificaciones se pueden llevar a cabo en el hogar, en el hospital, en las salas de tratamiento y, algunas veces, en la escuela.
4. *Organizaciones de autoayuda.* Este tipo de organizaciones pueden ser anónimas y responden a diferentes objetivos, todos ellos relacionados con buscar redes de apoyo para pacientes y familiares.
5. *Métodos mass media.* Estos métodos se han aplicado a través de programas televisivos, revistas mensuales e, incluso, mediante audiograbaciones. Los temas presentados a través de estos métodos pueden incluir información general sobre manejo de niños, aspectos del desarrollo normal de los mismos o problemas específicos de interés.
6. *Intervención del desarrollo.* La psicología al cuidado de la salud infantil ha añadido a su área la estimulación temprana o la intervención del desarrollo. Las intervenciones psicológicas pueden adquirir distintas formas dependiendo de los problemas a tratar, éstas pueden incluir: *a)* problemas prenatales; *b)* gestación corta o bajo peso al nacer; *c)* defectos de nacimiento; *d)* enfermedad durante la infancia; *e)* crianza en un ambiente de privación; *f)* desfasamiento sensoriomotor.
7. *Técnicas de consentimiento.* Sobre todo, están referidas a la necesidad de una adherencia terapéutica adecuada. La variedad de los métodos de consentimiento es creciente e incluye: *a)* adiestrar al padre o al paciente considerando la forma del régimen del tratamiento; *b)* alteración del régimen para ajustar la rutina diaria del paciente; *c)* utilizar técnicas de modelamiento.

Modelos de consulta

En cuanto a los modelos de consulta, aparte de proveer servicio directo a los pacientes, el psicólogo de la salud infantil también atiende el bienestar del niño por medio de servicios de consultoría. El psicólogo atiende no sólo a los padres, pediatras y personal médico, sino a sistemas escolares para problemas de aprendizaje y manejo de niños; asimismo, brinda atención a jóvenes para problemas de rehabilitación, entre otros.

Se han desarrollado algunos modelos conceptuales de consulta describiendo la relación con los profesionistas al cuidado de la salud infantil. Los básicos son:

1. De funciones independientes.
 2. De consultoría psicológica indirecta.
 3. De equipo de colaboración.
-
1. *Modelo de funciones independientes.* De acuerdo con éste, el psicólogo actúa como un especialista que emprende independientemente el diagnóstico y/o tratamiento de un paciente remitido por el pediatra u otro especialista. Excepto para intercambios de información antes y después de ser remitido el paciente, el psicólogo y el pediatra no trabajan en conjunto. Este modelo es, quizás, el más indicativo de las relaciones entre todos los profesionales, pues sigue el modelo tradicional de práctica independiente. En él, el pediatra remite al niño y lo continúa viendo en el tratamiento médico. El psicólogo ve con frecuencia al niño y a su familia y hace lo que es necesario en el campo psicológico.
 2. *Modelo de consultoría psicológica indirecta.* En este modelo, el pediatra ostenta mayor responsabilidad en el manejo y cuidado del paciente, mientras que el psicólogo provee servicios indirectos a través del médico. Usualmente, el psicólogo tiene poco o nulo contacto con el paciente, pero obtiene información del pediatra. Este modelo implica una mayor colaboración que el primero y es más común en centros médicos públicos que en la práctica privada. Los servicios psicológicos pueden efectuarse también a tra-



vés de contactos telefónicos, conferencias y programas de educación continua.

3. *Modelo de equipo de colaboración.* El tercer modelo es de verdadera colaboración, en donde pediatra, especialistas y psicólogos atienden juntos al paciente y comparten responsabilidad en las decisiones del tratamiento. Los equipos de tratamiento incluyen a trabajadores sociales, nutriólogos, laboratoristas, médicos, psicólogos expertos en educación, entre otros. Esta aproximación hace posible la contribución de varias disciplinas al conocimiento del cuidado de la salud. Éste es el modelo que puede ser considerado propiamente como un modelo de la psicología de la salud infantil.



El modelo de equipo de colaboración puede ser considerado propiamente como un modelo de la psicología de la salud infantil.

Líneas de investigación

Dentro de la investigación que se lleva a cabo en la psicología de la salud infantil, un área esencial son los frecuentes problemas en el ajuste del niño a la enfermedad y/o a los procedimientos médicos de tratamiento, un problema relacionado es la aceptación y el ajuste de su familia para con la condición del niño; cabe señalar que las actitudes del niño y de su familia estarán determinadas por el tipo de enfermedad que éste tenga.

Existen diferentes líneas de investigación entre las cuales se pueden mencionar las siguientes:

- Enfermedades crónicas (por ejemplo, cáncer, fibrosis sistica y diabetes juvenil, donde se abordan problemas como los tipos de afrontamiento y duelo, etcétera).
- Enfermedades agudas (por ejemplo, enuresis, encopresis, etcétera).
- Desórdenes en el desarrollo (los cuales han sido descritos como un retardo en el desarrollo normal físico, emocional e intelectual de los infantes).
- Enfermedades terminales y muerte (donde se aborda la ansiedad, el manejo del dolor, etcétera, de distintas enfermedades en este estadio).
- Enfermedades psicogenéticas (que han sido definidas como aquellos problemas somáticos —dolores de cabeza y estómago— sin base física).
- Por último, existe un trabajo creciente en el área de la prevención (Lanzowosky, 1983).

Con frecuencia, las condiciones de enfermedad crónica implican numerosas intervenciones médicas y, en su momento, pueden requerir cambios en los estilos de vida del paciente. Una cantidad considerable de investigaciones se ha centrado en las funciones cognitivas y emocionales del paciente así como en la interacción familiar. La segunda de estas líneas de investigación son las condiciones agudas, aquí los esfuerzos se han centrado en condiciones médicas de término corto. Estas investigaciones exploran los efectos del desorden y su tratamiento médico, así como las formas para manejar los concomitantes psicológicos. Las investigaciones han buscado las formas en las cuales se asocia el alivio del estrés, la hospitalización y la cirugía. La tercera de las líneas de investigación alude a los desórdenes del desarrollo, en la cual los estudios se refieren a inhabilidades o retardos en el desarrollo físico, emocional o intelectual del paciente.

Otra línea es la enfermedad terminal y muerte donde se efectúan intervenciones específicas para disminuir estados elevados de estrés que provoca el grado de la enfermedad, tanto en el niño como en su núcleo familiar.

La última línea es la intervención en las enfermedades psicogenéticas las cuales han sido definidas como aquellos problemas somáticos (dolores de cabeza y estómago) sin base física.



El modelo biopsicosocial en la psicología de la salud infantil

De las situaciones anteriormente citadas, del hecho de que la evaluación es una de las actividades más frecuentes de los psicólogos de la salud infantil y dado que ésta es una de las contribuciones más importantes para el cuidado del paciente, se desprende la necesidad de realizar una evaluación específica y completa de dichos fenómenos.

Dentro de la psicología de la salud en general y de la psicología de la salud infantil en particular se ha propuesto un modelo integral de evaluación al paciente partiendo de la conceptualización biopsicosocial del sujeto, dada la necesidad de incorporar información fisiológica, psicológica y sociológica al abordar el proceso salud-enfermedad (Engel, 1977).

Tomando como base el trabajo de Engel y el de Leigh y Reiser (1980), se elaboró un modelo de evaluación que es útil en múltiples ambientes debido a que facilita la organización de la información y la subsiguiente toma de decisiones sobre las estrategias de tratamiento (Belard, Dearthoff, y Kelly, 1987; Amigo y Fernández, 1998; Oblitas, 2004).

Dicho modelo parte de que la evaluación no debe centrarse únicamente en la identificación de los problemas, sino en delinear y activar los recursos y fortalecer el medio ambiente del paciente.

De esta manera, se plantean dos tipos de objetivos:

1. Los del paciente.
2. Los del medio ambiente.

Objetivos del paciente

- a) *Objetivos biológicos.* Donde se analizan datos como la raza, la apariencia física, la edad, el sexo, etcétera. Además, el psicólogo debe entender los síntomas fisiológicos del paciente y la similitud o diferencia con los síntomas del pasado. El evaluador tratará de obtener información sobre las especificidades de la enfermedad particular, su localización y la frecuencia de los síntomas, el régimen de tratamiento en curso y el estatus de salud dentro del proceso de la enfermedad.

Otras fuentes de información biológica incluyen un examen físico y la investigación sobre el uso de medicamentos. Además, es necesario que la historia clínica general del paciente incluya enfermedades previas, información genética relevante, si ha tenido cirugías o heridas, entre otros datos.

Dependiendo del problema, los objetivos biológicos deberán también incluir anomalías asociadas con el sistema nervioso autónomo o la actividad muscular (registros electromiográficos, lecturas de la temperatura periférica, etcétera) obtenidas en condiciones de relajación o descanso y en periodos de estrés.

- b) *Objetivos afectivos.* La evaluación de las metas afectivas incluye los afectos y el humor del paciente en ese momento, sus elementos contextuales y características históricas. Además, el psicólogo de la salud sabe que la evaluación estaría incompleta si no obtiene información de los sentimientos del paciente acerca de su enfermedad, tratamiento, proveedores del cuidado de la salud, apoyo social futuro y apoyo personal. Asimismo, se debe obtener la historia de los desórdenes afectivos anteriores.
- c) *Objetivos cognitivos.* La evaluación del funcionamiento cognitivo del paciente incluye toda la información acerca de sus conocimientos, percepciones y actitudes, así como el contenido y su patrón de pensamiento. Se debe estar consciente de las habilidades y limitaciones del paciente. Estos objetivos incluyen inteligencia general, nivel educativo, conocimientos específicos de la enfermedad y su tratamiento; actitudes hacia la salud y la enfermedad, control que se percibe sobre los síntomas psíquicos y fisiológicos, per-



cepción de los costos y beneficios de los posibles regímenes de tratamiento y expectativas hacia el futuro. Todo ello abarca estilos cognitivos, filosofía de la vida y creencias religiosas.

- d) *Objetivos conductuales.* Incluyen lo que hace el paciente ahora (acción) y la manera como lo hace (estilo). La acción principal involucra la evaluación de conductas motoras, así como las expresiones faciales, posturas corporales, el contacto visual, etcétera. Es extremadamente importante que el psicólogo de la salud infantil evalúe hábitos previos de salud (ejercicio, regímenes alimentarios).

Asimismo, es esencial poder dar respuesta a las siguientes preguntas: ¿Cuál es la naturaleza y frecuencia de los contactos anteriores con servicios de salud? ¿Cuáles han sido los estímulos y consecuencias antecedentes de tales contactos?

Objetivos del medio ambiente

El psicólogo de la salud infantil debe evaluar aspectos de los medios dentro de los cuales interactúa el paciente:

- a) La familia.
- b) El sistema de cuidado de la salud, con sus varios escenarios y proveedores.
- c) El medio sociocultural, incluyendo su ocupación.

- a) *El medio familiar.* Al evaluar el dominio físico del medio familiar es indispensable saber la disponibilidad de los recursos económicos y, tal vez, de las características físicas de su casa como escenario, dependiendo del problema a evaluar (por ejemplo, cuadriplejía). La historia del desarrollo de la familia y la experiencia de los cambios recientes, son aspectos fundamentales a considerar. Es relevante, a su vez, conocer las enfermedades de otros miembros de la familia.

También, se deben retomar los objetivos conductuales, afectivos y cognitivos, pero a un nivel familiar. En el área conductual es primordial saber el grado en el cual los miembros de la familia participan en el cuidado de la salud del paciente. La evaluación de estas conductas puede influir en la enfermedad del paciente o en su adaptación.

- b) *El sistema del cuidado de la salud.* Aquí, se deben evaluar los rubros físico, afectivo, cognitivo y conductual. En cuanto al primero, el psicólogo debe saber o conocer las características físicas del lugar en el que el paciente será tratado. En el plano afectivo, debe indagar cómo se sienten los proveedores del cuidado de la salud acerca de los problemas de los pacientes, su enfermedad y tratamiento; es necesario evaluar sus actitudes y expectativas acerca de estos temas, así como las expectativas del futuro de los pacientes. Cuando se evalúa la conducta del sistema del cuidado de la salud en general, el psicólogo debe estar consciente de las políticas, reglas y regulaciones que puedan afectar al paciente y su tratamiento (por ejemplo, rotación de personal, programación de citas, las políticas de control de infecciones, etcétera). Es importante conocer qué conductas específicas podrían presentarse en el personal que pudieran afectar la conducta del paciente (transmitir información sobre la enfermedad, reforzar verbalmente las quejas o evitar expresiones afectivas por parte del paciente).
- c) *Medio sociocultural.* Los aspectos físicos del ambiente sociocultural del paciente incluyen: 1. los requerimientos físicos y flexibilidades de la ocupación del paciente, así como el lugar de trabajo; y 2. los recursos sociales, financieros y los servicios disponibles para el sujeto. Además, el clínico debe estar consciente de la naturaleza del círculo social



En el área conductual es primordial saber el grado en el cual los miembros de la familia participan en el cuidado de la salud del paciente.

del paciente incluyendo el tamaño, la densidad, proximidad y frecuencia del contacto del usuario con este grupo. En ocasiones, se hace necesario evaluar el ambiente natural del paciente en términos de salud ecológica. En el aspecto afectivo, es conveniente conocer los sentimientos culturales acerca del grupo étnico, estilo de vida y enfermedad. En relación con las características cognitivas, es indispensable saber en qué consiste el modelo de salud en dicha cultura. En términos de la conducta de grandes sistemas socioculturales, debe conocer las costumbres étnicas que pudieran relacionarse con los síntomas reportados (o no reportados) y la utilización del cuidado de la salud (Belard, Deardoff y Kelly, 1987).

OBJETIVOS DEL PACIENTE

a) Biológicos	{ Edad Examen físico Enfermedades previas	
b) Afectivos	{ Metas afectivas Sentimientos del paciente sobre	{ La enfermedad Los proveedores de la salud Apoyo personal
c) Cognitivos	{ Habilidades y limitaciones del paciente Conocimientos específicos de la enfermedad y su tratamiento Actitudes y expectativas Creencias religiosas	{ De la enfermedad y su tratamiento
d) Objetivos conductuales	{ Hábitos de salud Conductas motoras Frecuencia de contactos anteriores con el sistema de salud	

OBJETIVOS DEL MEDIO AMBIENTE

LA FAMILIA	{	Objetivos físicos	{ Disponibilidad de recursos económicos Características de la casa como escenario Desarrollo de la familia
	{	Objetivos conductuales	{ Grado en el cual los familiares se involucran en el cuidado del paciente
	{	Objetivos afectivos	{ Vínculos familiares
	{	Objetivos cognitivos	{ Conocimientos sobre la enfermedad



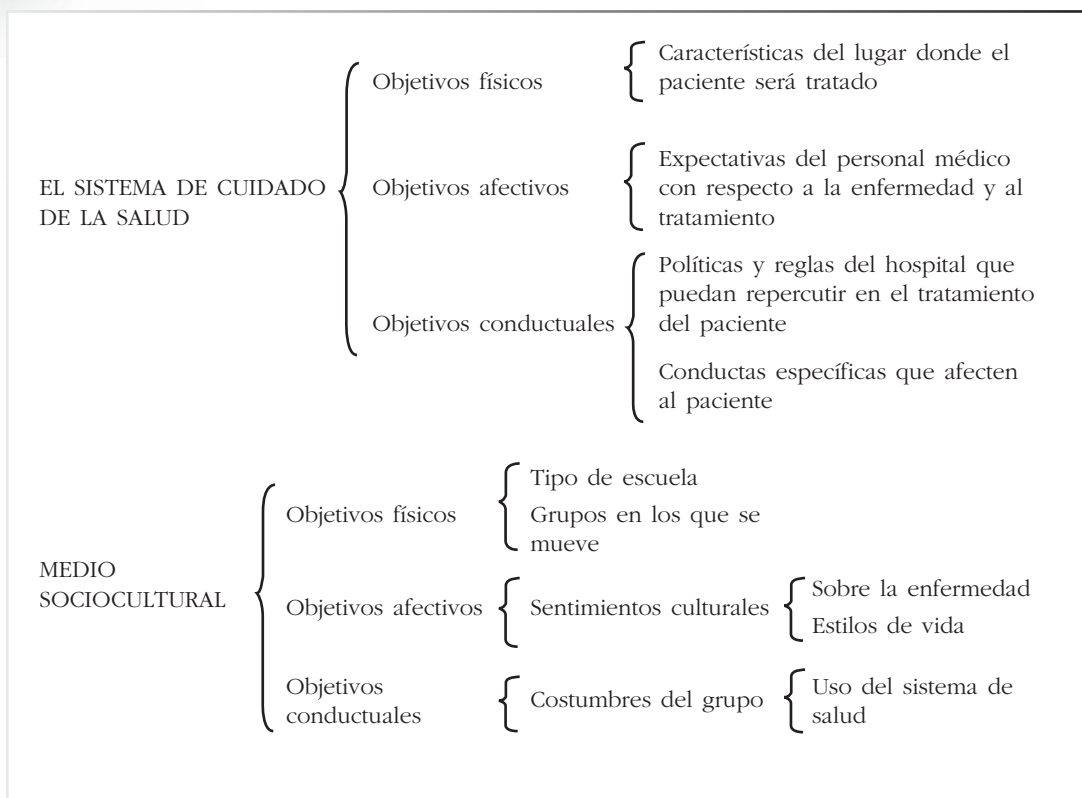


Figura 1. Esquema del modelo biopsicosocial (Engel, 1977) usado dentro de la psicología de la salud en general y de la psicología de la salud infantil en particular.

Después de haber obtenido todos los datos, es preciso llevar a cabo una integración de la información de evaluación básica ya que estos bloques están interrelacionados y la naturaleza e importancia de la información obtenida bajo cada encabezado está frecuentemente afectada por la información encontrada en otro bloque; por ejemplo, el tipo y ubicación de los síntomas físicos pueden afectar el significado que se tiene de la enfermedad debido a la significancia social psicológica de ciertas partes del cuerpo (genitales, el corazón). De este modo, las enfermedades son influidas por el tipo de padecimiento, la edad y las actitudes culturales. Estas actitudes no sólo alteran la toma de decisiones clínicas, sino las características del ámbito hospitalario al cuidado de la salud y la relación médico-paciente.

Al concluir una evaluación, es esencial entender que los datos obtenidos pueden verse influidos por el tipo de escenario en el cual se está llevando a cabo la evaluación. Por ejemplo, los pacientes con dolor en la espalda a menudo caminan con mayor o menor flexibilidad dependiendo de quién los está mirando y en qué condiciones están siendo observados, los escenarios también son la base de ciertos fenómenos. En general, los pacientes en hospitales donde hacen sus prácticas los médicos residentes reportan más ansiedad que los pacientes en hospitales de la comunidad. La presencia de otras personas, sus roles y conducta, también pueden producir respuestas durante la evaluación. Además, se ha observado el desgano de los pacientes para revelar síntomas físicos significativos cuando sienten que su médico está muy apurado (Belard, Deardoff y Kelly, 1987).

Las relaciones entre los bloques de evaluación que influyen en la interpretación de la información obtenida incluyen los efectos de:

- a) Los medicamentos en los registros psicofisiológicos.

- b) La falta del conocimiento del médico o del diagnóstico médico.
- c) La comprensión familiar y su involucramiento en el tratamiento.
- d) Las reacciones de la familia sobre las actividades de autocuidado (la sobreprotección que impide al paciente sus autocuidados).
- e) La legislación sobre la conducta del papel de enfermo (la incapacidad anticipada podría reforzar a la conducta de enfermedad crónica).
- f) Las creencias religiosas del significado de los síntomas y aceptación del régimen médico (el dolor como castigo).
- g) Actitudes de los médicos con respecto a la enfermedad de los pacientes en sus respuestas afectivas.
- h) Actitudes de los familiares hacia la enfermedad que pudieran desencadenar respuestas conductuales y afectivas.
- i) Características del ambiente que afectarán la actividad del paciente.
- j) Requerimientos profesionales sobre la autoestima.
- k) Actitudes de los médicos hacia el tratamiento de los pacientes en sufrimiento (actitudes negativas hacia el uso de narcóticos que provoquen dependencia para el control del cáncer).
- l) Factores cognitivos en el curso de la enfermedad.
- m) Factores cognitivos sobre los síntomas físicos.



Las relaciones entre los bloques de evaluación que influyen en la interpretación de la información obtenida incluyen los efectos de las actitudes de los médicos.

Métodos de evaluación

Existen numerosos métodos que pueden utilizarse para llevar a cabo la evaluación en psicología de la salud infantil. Muchos de éstos aportarán información sobre uno o más objetivos del modelo de evaluación anterior.

Entre los métodos que más se emplean dentro de este campo se mencionan los siguientes:

- a) *Entrevista.* La entrevista clínica es, tal vez, el método más común para reunir información. Tiene la capacidad de evocar datos históricos y actuales en todas las áreas: física, afectiva, cognitiva y conductual, respecto del paciente, su familia, así como del sistema al cuidado de la salud y el medio sociocultural. Permite la adquisición del autoreporte y datos observacionales directamente del paciente, los miembros de su familia, otras personas significativas, etcétera. El contenido y el estilo de las entrevistas individuales varían dependiendo del objetivo. La formalidad de la entrevista (inestructurada, semiestructurada y estructurada) regularmente depende de la preferencia personal del clínico, así como de los límites del escenario y el tiempo.



Existen circunstancias en las cuales entrevistar a los pacientes es imposible; ocasionalmente, el paciente está muy ocupado o no lo suficientemente atento para atender las demandas de la entrevista o el paciente es poco cooperativo; en tales casos, el clínico requiere formas alternativas de evaluación, demorar la consulta o discontinuar el proceso en ausencia de una mejor opción.

b) *Cuestionarios*. Los cuestionarios pueden ser muy útiles. En el caso de pacientes no hospitalizados, se les pueden dar para que sean contestados en casa. Los cuestionarios son un mecanismo de registro de datos sistemático que puede facilitar la investigación clínica posterior y programar la evaluación. La forma y contenido del cuestionario dependerán de la orientación teórica del clínico.

c) *Diarios*. Los diarios de los pacientes se usan comúnmente para registrar conductas evidentes (tics, nivel de actividad, frecuencia de orina, uso de medicamentos, etcétera) y encubiertas (pensamientos, sentimientos, presión de la sangre, temperatura corporal). Se utilizan como medidas de línea base y como técnica de tratamiento para promover el aprendizaje sobre antecedentes, consecuencias y relaciones entre conductas externas e internas. Asimismo, se emplean para medir la efectividad del tratamiento. Su uso en población pediátrica está indicado con la supervisión de un adulto.

Existe controversia acerca de la utilización de este método debido que se cuestionan su validez y confiabilidad, pero continúan usándose clínicamente.

Los diarios deben ser de uso fácil, breves y discretos. Se debe entrenar al paciente en su uso. No todos los diarios son elaborados por el paciente; la programación médica y psiquiátrica son ejemplos de diarios llevados por el personal.

d) *Test psicométricos*. En general, existen dos clases de técnicas psicométricas usadas en la psicología de la salud: las medidas generales y las altamente especializadas. En el primer grupo se encuentra el MMPI, el 16pf, el Rorschach y el MBHI; en el segundo, entre otros, el Inventario de Depresión de Beck, el Inventario de Ansiedad-Estado Característico y la Lista de detección de síntoma- 90.

e) *Observación*. La observación del paciente es uno de los métodos fundamentales de la evaluación y puede ofrecer al clínico información aplicable en muchas áreas descritas en el modelo aquí planteado. La observación puede ser inestructurada o altamente estructurada y puede llevarse a cabo directamente por el clínico, por los miembros de la familia o por el personal médico. Las observaciones pueden calificarse por su frecuencia, análisis de contenido o métodos de clasificación.

f) *Medidas psicofisiológicas*. La psicofisiología es el estudio científico por medios no quirúrgicos de las interrelaciones entre los procesos psicológicos y fisiológicos en el ser humano (Cacioppo y Petty, 1982). Las medidas psicofisiológicas están diseñadas para ofrecer información sobre los eventos biológicos y sus consecuencias. Pueden ser usadas para ofrecer retroalimentación al individuo y servir así como intervenciones psicológicas. Los eventos biológicos de mayor interés para el psicólogo son: conductancia de la piel, tensión muscular, temperatura, presión sanguínea, tasa cardiaca y actividad respiratoria. Los parámetros de interés incluyen: promedio de los niveles de descanso, variabilidad intra-sujeto y su respuesta a la medición de diversas condiciones (estrés, relajación, descanso y actividades específicas).

g) *Archivo de datos*. Las revisiones en la literatura de las enfermedades incluyen causa, síntomas, cursos, prevención, tratamiento y componentes psicológicos, que pueden proveer datos útiles en los procesos de evaluación. Las revisiones de programas previos, así como los psiquiátricos, son una fuente adicional de información para el psicólogo. Aunque estos registros no siempre se obtienen con facilidad, el clínico encontrará la información contenida brindándole una perspectiva histórica del paciente y su problema.

Asimismo, puede ser necesario consultar los datos del archivo cuando se evalúa el impacto potencial sobre el problema de algunas variables ambientales, como el sistema del cuidado de la salud y el ambiente sociocultural. Las políticas del hospital, las coberturas del seguro, la legislación relacionada con la discapacidad, las leyes que regulan la



práctica del cuidado de la salud y las políticas de los empleados deben ser comprendidas con el fin de desarrollar una conceptualización adecuada del caso.

Estrategias de intervención

Después de que se ha definido el problema y se ha integrado la información obtenida en la evaluación, el siguiente paso es elaborar un plan de intervención. El modelo que sugieren Belard *et al.* (1987) es un proceso flexible y sin preferencia específica por ninguna técnica, ya que la elección variará de acuerdo con los objetivos y el problema en particular.

Las estrategias de intervención más comunes son:

- a) *El efecto placebo*. Es un procedimiento de cambio conductual muy simple y frecuentemente utilizado. Se sostiene en el hecho de que los cambios de conducta ocurren debido a las expectativas del paciente respecto del tratamiento que se le suscribe (Shapiro y Goldstein, 1982; Critelli y Newmann, 1984).
- b) *Asesorías de apoyo*. Son consideradas como una forma no específica de intervención psicoterapéutica dirigida a la reducción del estrés del sujeto. Las asesorías pueden dirigirse a la familia, al individuo, o bien, haciendo uso de grupos de apoyo. Éstas pueden ser administradas por otros profesionales de la salud capacitados específicamente para ello. Por lo común, las asesorías con el individuo y la familia se basan en modelos de tratamiento a corto plazo y se enfocan a ayudar al paciente y a su grupo familiar para que exista un manejo adecuado del estrés y de las recomendaciones del tratamiento médico. A través de éstas, se establece una relación apropiada entre el médico, el paciente y el psicólogo, y se asegura que los sentimientos de ansiedad y depresión sean normales. Los grupos de apoyo permiten al paciente la confrontación y discusión de problemas similares al suyo, ya que se tocan temas como la ansiedad, diferentes tipos de afrontamiento y se proporciona información acerca de los tratamientos médicos y de sus consecuencias (Belard *et al.*, 1987).



Los grupos de apoyo permiten al paciente la confrontación y discusión de problemas similares al suyo.

- c) *Psicoterapia verbal*. Existe una gran variedad de aproximaciones, entre éstas la cognitivo-conductual, la racional emotiva, la directiva, la sistémica, etcétera. Se ha encontrado que puede reducir la utilización de algunos fármacos, reduce el uso de narcóticos post-operación y los síntomas asociados con úlceras.
- d) *Educación e información*. En el tratamiento de la psicología de la salud, la educación enfocada al modelo biopsicosocial y sus aplicaciones específicas en el paciente y en el problema se considera como esencial para todo tipo de tratamiento. Además, la información es indispensable para obtener el consentimiento del paciente o de los padres respecto del tratamiento y para asegurar el seguimiento correcto del mismo; también, fomenta el afrontamiento a la enfermedad y al tratamiento.



Existen dos tipos de información: del procedimiento y sensorial. La primera se refiere a los aspectos médicos y la segunda considera las sensaciones y sentimientos durante o después del tratamiento (Gil, Keefe, Crisson y VanDalfsen, 1987).

- e) *Intervención en crisis.* Los tres objetivos principales al intervenir en una crisis son:
 - i) La liberación del estrés del sujeto (ansiedad, desesperanza, confusión).
 - ii) El restablecimiento del paciente a su anterior nivel de funcionamiento.
 - iii) Ayudar a la comprensión del sujeto de todas las acciones que están involucradas en su caso, haciéndolo de una manera clara y detallada. Este procedimiento debe involucrar a la familia y a los profesionales que trabajan con el paciente (Slaikeu, 1988).
- f) *Procedimientos de entrenamiento en relajación.* Es la estrategia de intervención que más se emplea, se ha considerado como la “aspirina de la medicina conductual” y, casi siempre, se combina con las otras técnicas. Pese a que las estrategias de relajación fueron propuestas originalmente como intervenciones en el estado fisiológico del paciente, se ha encontrado que intervienen en los aspectos afectivo y cognitivo ya que facilitan un sentido de control y competencia. Además, son fácilmente aprendidas y administradas en todo tipo de pacientes. Este procedimiento de entrenamiento puede ser de tres tipos:
 - i) Relajación diafragmática. Es una forma simple de ejercicio de relajación, donde se enseña a respirar a través del diafragma; por lo general, se usa previa a la relajación, aunque por sí misma puede alterar la respuesta condicionada al estresor.
 - ii) Relajación muscular progresiva. Se basa en el principio de que la relajación tiene acompañantes fisiológicos que son opuestos a la ansiedad, se entrena a los sujetos a tensar los músculos intencionalmente y, luego, a relajarlos; se indica al sujeto que enfoque su atención en los distintos músculos —desde la cabeza hasta los pies— y así aprende a discriminar entre los músculos relajados y los que están en tensión. Esta estrategia se adapta fácilmente a las características del paciente y a su enfermedad.
 - iii) Entrenamiento en relajación autógena. El entrenamiento autogénico puede producir un estado de relajación profundo con el uso de autoafirmaciones positivas dirigidas a varias partes del cuerpo y sugiriendo sensaciones de calidez, calma, etcétera.
- g) *Imaginación.* Esta estrategia hace uso del mundo interno, privado del sujeto, a través de la creación de imágenes. Esta técnica puede dirigir a una relajación general, a una reducción de la ansiedad, del síntoma y al cambio conductual y puede ser de dos tipos:
 - i) Imaginación guiada (Davis, McKay y Esheiman, 1985). Se pide a los pacientes que visualicen con detalle una escena que consideren que los puede relajar. Otras formas de imaginación utilizan todas las sensaciones corporales y se les proyecta dentro de una imagen que ellos han visualizado antes. Esta técnica se usa a menudo en el manejo del dolor o para controlar el estrés que produce la enfermedad y el tratamiento médico.
 - ii) Desensibilización encubierta (Cautela, 1973, citado en Kazdin, 1983). En esta técnica se aplican las leyes del condicionamiento clásico a la imaginación. Su empleo se dirige sobre todo hacia la extinción de conductas aprendidas mal adaptadas. La imaginación es ideal para el tratamiento en relajación y la reducción de síntomas, ya que no requiere de movimientos de equipo especial, sólo necesita de la habilidad para concentrarse durante un periodo y cierto grado de fantasía.
- h) *Hipnosis.* Su propósito es producir cambios fisiológicos directos, cambios de percepción de un síntoma, facilitar la relajación, etcétera. Se ha considerado una técnica útil en el tratamiento del dolor y en el afrontamiento de la enfermedad crónica.
- i) *Biorretroalimentación.* Su objetivo principal es entrenar al paciente en el control voluntario de sus procesos fisiológicos. Las dos formas más usadas incluyen el electromiógrafo (EMG) y la temperatura de la piel. El EMG se utiliza para entrenar a los sujetos en



su tensión muscular y es útil en los desórdenes músculo-esqueléticos. La temperatura brinda una medida indirecta de la presión sanguínea periférica, por lo que se emplea en los desórdenes asociados con la vasodilatación y la vasoconstricción.

- j) *Desensibilización sistemática*. Básicamente, se entrena al sujeto a emitir una respuesta inconsistente con la ansiedad. Se presenta una jerarquía de circunstancias asociadas de manera progresiva a la ansiedad y se repasan las escenas en orden creciente, buscando siempre que el sujeto, cuando esté evocando dichas escenas, se mantenga relajado (Wolpe, 1982).
- k) *Modelamiento*. Se basa en la teoría del aprendizaje observacional, facilita la adquisición de conductas adaptativas mostradas por el modelo (Bellack, Hersen y Kazdin, 1982; Buceta, Bueno y Mas, 2000).
- l) *Entrenamiento de habilidades y ensayo conductual*. Esta estrategia incorpora el modelamiento, el juego de roles y el ensayo conductual. Se les enseñan habilidades específicas que facilitan el ajuste físico y psicológico del paciente ante la situación hospitalaria, ante el personal médico y ante la enfermedad.
- m) *Manejo de contingencias* (Skinner, 1975; Buceta, Bueno y Mas, 2000). Su objetivo es incrementar las conductas adaptativas y decrementar aquellas que no lo son. Los procedimientos más empleados son: el reforzamiento positivo, el reforzamiento negativo, el castigo, respuestas de costo y aproximaciones sucesivas. La ventaja demostrada de esta estrategia es que puede administrarse por todo el personal médico en el hospital, así como por los familiares en el hogar, siempre y cuando hayan recibido un entrenamiento sistemático por parte del psicólogo.
- n) *Estrategias cognitivas*. Existe una gran variedad de éstas para producir un cambio conductual; entre ellas está la distracción, el sosegamiento, la reestructuración cognitiva, y la atención-distracción. El propósito de todas ellas es alejar la atención del sujeto de los eventos estresantes, para lo cual se usa la imaginación placentera, tareas de destreza mental, conteo en voz alta, etcétera.



Las estrategias cognitivas tienen como propósito la atención del sujeto de los eventos estresantes.

La reestructuración cognitiva es un término genérico que describe una variedad de procedimientos incluyendo el entrenamiento en inoculación de estrés (Meichenbaum y Cameron, 1983), la terapia racional emotiva (Ellis, 1980) y el entrenamiento en solución de problemas; tales procedimientos capacitan al paciente en las relaciones entre pensamientos, sentimientos y conductas que llevan a la promoción de pensamientos adaptativos (Turk, Litt Salovey y Walter, 1985).

Cada una de estas técnicas debe adaptarse a las características propias del niño o niños a los cuales será aplicada, como niveles de comprensión del lenguaje, nivel de actividad, padecimientos específicos, hospitalización, entre otras.



Capítulo Veintidós

La atención de los síntomas psicológicos durante el climaterio femenino

Deborah Legorreta Peyton

Asociación Mexicana para el Estudio del Climaterio

Introducción

Dos conceptos relacionados con la menopausia o cese del periodo menstrual de la mujer son *climaterio* y *perimenopausia*. El primero, proviene del griego y está relacionado con la palabra *klimakter*, que significa escalón o peldaño. Climaterio se aplicaba, entonces, a una época crítica en la cual la persona tenía que subir o bajar escalones. Al emplearla para calificar la etapa de cambios hormonales que tanto preceden como siguen a la menopausia de la mujer, el climaterio es sinónimo de perimenopausia (que proviene del prefijo *peri*: “alrededor de”) de acuerdo con los especialistas actuales. El climaterio femenino abarca en promedio 20 años de vida de la mujer y se inicia alrededor de los 40 años de edad. Es un periodo que se caracteriza por la intensa variabilidad en las concentraciones de estrógenos y ello explica en parte la aparición de síntomas neuropsicológicos. Durante las distintas fases de la perimenopausia se modifican tanto los niveles, como el equilibrio de las hormonas sexuales, afectando el funcionamiento de las áreas cerebrales y los procesos de neurotransmisión. Los síntomas registrados y relacionados de manera directa o indirecta con el climaterio femenino son:

- Síntomas vasomotores (bochornos o sofocaciones y sudoraciones nocturnas).
- Cambios en el patrón de sueño-vigilia.
- Cambios de humor o estabilidad emocional.
- Disfunciones sexuales.
- Problemas con la concentración y la memoria.

Por un lado, estos síntomas se vinculan con las variaciones en el equilibrio de las hormonas cerebrales en el cerebro y, por el otro, con la coincidencia durante esta etapa de vida de cambios drásticos en varios de los roles sociales de la mujer directamente relacionados con su sensación de valor productivo, ya sea éste familiar, laboral o comunitario; con su autoimagen corporal y, en consecuencia, con una sensación de inestabilidad o confusión acerca de la calidad de vida futura que puede esperar tener. Ambos aspectos o cambios, tanto hormo-

nales como psicológicos, se combinan en algunas mujeres para ocasionar en este grupo, especialmente vulnerable, un deterioro importante en el grado de bienestar integral subjetivo y el funcionamiento psicológico saludable. En este capítulo, revisaremos brevemente tanto los aspectos psicológicos como los hormonales para comprender el papel del psicólogo especialista en el tratamiento idóneo de los síntomas climatéricos dentro del enfoque multidisciplinario de la salud actual.

Aspectos psicológicos y psicosociales

Al acercarse a la segunda mitad de la vida, en la mayoría de las mujeres ocurren modificaciones en el estilo de vida, ya sea por el crecimiento de los hijos y su salida del hogar —para quienes se habían dedicado hasta entonces a ser madres y amas de casa— o por la sensación de haber perdido una parte importante de su vida como mujeres —en el caso de quienes hasta entonces optaron por vivir solas, quizás dedicadas a una profesión o trabajo remunerado—. Aun en el caso de la llamada “supermujer” que ha logrado equilibrar familia y trabajo al mismo tiempo, los cambios en el patrón de vida establecido en los años anteriores pueden ocasionar en su interior una sensación de desubicación, confusión y, en algunos casos, sentimientos de menor valía personal e, incluso, desesperanza total ante un futuro incierto, de mujer envejecida, que ha sido presentado culturalmente como poco deseable en el mejor de los casos. Ante los sentimientos desagradables que provoca pensarse en una fase de transformación hacia una imagen, una salud y nuevos roles sociales distintos a los ya conocidos, la mujer experimenta temor y, en muchos casos, responde con negación o conductas evasivas que pretenden inútilmente detener el paso del tiempo. Parafraseando a Simone de Beauvoir, hay algo aterrador en toda metamorfosis y ante el temor de despertar siendo otra, distinta a la que ha sido hasta entonces, la mujer intentará con ayuda de la cosmética, la cirugía plástica, el atuendo de moda o el romance con alguien más joven que ella seguir siendo la de antes. Sin embargo, conforme avanza el tiempo en este periodo de transición, la negación paralizante da lugar a un sólo mensaje claro: Que el modelo anterior de vida ya no es satisfactorio y se requiere de uno nuevo. La vida continúa hacia adelante y resulta inútil mirar hacia atrás; de continuar haciéndolo, la mujer sentirá que a cada paso se tropieza más, que vive con un estrés mayor, que se valora cada vez menos y que encuentra su imagen facial y corporal cada vez menos satisfactoria. Cuando finalmente la mujer enfrenta esta etapa de aceptación de la edad, puede comenzar a realizar, con el apoyo del psicólogo especialista, los cambios de pensamientos, creencias, sentimientos y conductas que le permitan avanzar hacia una madurez plena e integral. En resumen, durante esta etapa, la mujer muy posiblemente deberá efectuar cambios o ajustes en las siguientes áreas o facetas de su vida:

1. Relación consigo misma: redefinición de los componentes del autoestima, la autopercepción y la autoimagen para enfocarse más en valores y cualidades afectivas, intelectuales, creativas y productivas por sobre el aspecto físico basado en un ideal de la belleza de la juventud. En esta etapa, es frecuente que aquella mujer que tuvo que suspender alguna actividad intelectual o creativa durante la juventud por asumir el rol de madre, esposa o trabajadora de tiempo completo, decida retomarla como un estímulo para la nueva fase de vida.
2. Relación con la pareja: establecimiento de nuevas reglas negociadas para la relación en una fase de madurez en la cual ambos miembros de la pareja tendrán nuevos papeles y se perseguirán objetivos distintos a los de la fase anterior. También, es una fase para actualizar e incentivar la vida sexual en pareja.
3. Relación con los hijos, si los hubiere: redefinición del rol de madre para adaptarse a hijos adolescentes o ya jóvenes que requieren de menos cuidados, además de ser cada día más independientes.



4. Relación con el ámbito laboral: etapa usualmente más productiva por contar con más experiencia y tiempo si se vivió el rol de madre de manera intensiva durante la fase de vida anterior, pero, también, en esta etapa puede experimentarse una sensación de inseguridad debida, por una parte, a la presión ejercida por las nuevas generaciones y, por otra, al estrés y la sensación de inseguridad que ocasionan los síntomas neuropsicológicos del climaterio cuando se ignora su origen, duración y posibilidad de tratamiento.
5. Relación con la comunidad y el ámbito social en general: esta etapa se caracteriza, al igual que la adolescencia, por un interés renovado en la amistad femenina, aun en aquellas mujeres poco sociables en las etapas anteriores. La mujer busca a quien sabe que la comprende por estar pasando una etapa similar y, por ello, es usual que frecuente más a grupos de mujeres en edades similares a la suya. Asimismo, si el papel principal que ha tenido ha sido el de madre y ama de casa, como mecanismo para evitar la sensación conocida como del “nido vacío”, algunas mujeres comenzarán en esta etapa a involucrarse más en trabajos comunitarios voluntarios, o bien, se ofrecerán como cuidadoras de niños pequeños de familiares, amistades o vecinas.

Aspectos hormonales

Hormonas sexuales y bienestar subjetivo integral. La modificación en las concentraciones de estrógenos durante la declinación de la función ovárica se acompaña en algunas mujeres de uno o varios de los síntomas mencionados anteriormente, lo que afecta tanto su sentimiento subjetivo de bienestar, como su desempeño cotidiano y, en consecuencia, el nivel general de su calidad de vida. Estos síntomas se explican, en parte, porque los estrógenos son capaces de regular los procesos de transmisión cerebral y en áreas del sistema nervioso central que están vinculadas con funciones como la memoria, la atención, la respuesta frente al estrés y el funcionamiento emocional en general (McEwen, Alves, Buloch y Weiland, 1997; Rissman, Wersinger, Taylor y Lubahn, 1997; Cologer, Simon y Richter, 1999; Slopian, Meczekalski, Halerz-Nowakowska, Maciejewska, Warenik-Szymankiewicz y Sowinski, 2003). Durante los años que preceden al cese menstrual o menopausia, algunas mujeres comienzan a sentirse más distraídas, más susceptibles al llanto o la irritabilidad, con problemas de recuperación de información conocida, como nombres de personas u objetos cotidianos, y estos cambios en su patrón habitual de comportamiento les causan preocupación y hasta temor de estar manifestando un deterioro mental irremediable, del tipo de las demencias o la tan temida enfermedad de Alzheimer. Los síntomas en esta etapa se caracterizan por ser intermitentes y no estar, al menos en apariencia, vinculados con modificaciones drásticas en el estilo de vida de la mujer que pudieran explicarlos.

El impacto en las variaciones hormonales en el cerebro. Por otro lado, Morse, Dudley, Guthrie y Demerstein (1998) al comparar a 104 mujeres de entre 45 y 55 años de edad quienes reportaron haber padecido síndrome premenstrual o de disforia premenstrual con un grupo de 187 mujeres sin este antecedente, encontraron relaciones significativas (todas $p < 0.05$) entre una historia previa de síntomas físicos y psicológicos premenstruales con una perimenopausia más sintomática, caracterizada por disforia o inestabilidad emocional, síntomas digestivos, respiratorios y esqueléticos, así como estrés interpersonal marcado. Este estudio planteó una posible mayor vulnerabilidad de ciertas mujeres a los cambios hormonales a lo largo de toda la vida y sugiere la atención preferente de estas mujeres entre la población femenina comprendida en el rango de edades del climaterio. Los resultados de Morse y su equipo concuerdan con los obtenidos con un grupo de 300 mujeres mexicanas en las que se encontró que presentar un historial de síndrome de disforia premenstrual y/o depresión postparto en los años previos a la perimenopausia era la variable que más explicaba (0.260, $p < 0.001$) la aparición e intensidad de síntomas emocionales y cognitivos relacionados con el deterioro en la calidad de vida durante el climaterio (Legorreta y Morato, 2000). En conjunto, estos resultados des-



tacan la mayor vulnerabilidad de ciertas mujeres a la fuerte variabilidad en los niveles hormonales que caracteriza la etapa perimenopáusica, desde la etapa de transición previa (Pryor, 1998) lo que explicaría por qué existen diferencias entre aquellos estudios que relacionan los niveles de estrógenos con la depresión o la ansiedad y aquellos que no han detectado una relación significativa entre los niveles de esta hormona y la mayor incidencia de trastornos emocionales (Avis, Stellato y Longcope, 2001).

Funcionamiento cognitivo y neuroprotección de los estrógenos. La neurofisióloga estadounidense Sally Shaywitz y su grupo (1999) han aportado datos muy importantes para ubicar las áreas cerebrales específicas, así como las funciones de los estrógenos sobre el desempeño cognitivo en mujeres con y sin terapia de reemplazo estrogénico (TRE). Con el empleo de imágenes obtenidas mediante resonancia magnética funcional durante el desarrollo de diversas tareas verbales y no verbales que involucraban el empleo de memoria de trabajo, este grupo de investigadores pudo observar los patrones de activación mediados por los estrógenos en áreas específicas del cerebro. Si bien, este estudio no mostró una mejoría estadísticamente significativa en el desempeño cognoscitivo de las mujeres postmenopáusicas con el uso de TRE, sí indica que el uso de este tipo de terapia tiene un efecto evidente en los patrones de activación mental, en especial en las áreas cerebrales asociadas con las funciones de memoria más empleadas en la vida cotidiana. En otro estudio reciente de Lebrun *et al.* (2005) realizado con 402 pacientes postmenopáusicas holandesas sanas de 50 a 74 años de edad y entre 8 a 30 años después de la menopausia que no han estado bajo tratamiento de reemplazo o sustitución hormonal, hallaron que las concentraciones más altas de los estrógenos endógenos o producidos por el propio cuerpo (estradiol y estrona) se relacionaron de manera significativa con la disminución en frecuencia del deterioro cognitivo, independientemente de la edad actual o del tiempo desde la menopausia. Tales resultados apoyan la hipótesis de que los estrógenos pueden tener un efecto de protección para las neuronas llamado neuroprotector que, a su vez, disminuye la probabilidad de presentar deterioro cognitivo después de la menopausia

Síntomas neuropsicológicos y etapas de transición climatérica. La Sociedad Internacional de Menopausia (Soules *et al.*, 2001), estableció las etapas de las edades reproductivas de la mujer que se presentan en la tabla 1.

Tabla 1. Etapas de cambios reproductivos normales en la mujer

Recomendaciones del Taller de Expertos (STRAW), Park City, Utah, EE.UU., julio 2001								
Etapas:	-5		-4	-3	-2	-1	UPM*	+1
+2								
Terminología:	Reproductiva			Transición		Postmenopausia		
Tardía	Temprana	Pico	Tardía	Temprana	Tardía	Temprana		
				Perimenopausia				
Duración de etapa:	Variable			Variable		1 año	4 años	
Hasta deceso								
Ciclos Ninguno Menstruales:	Variable a regular	Regular		Variable >7 días	>2 sin	Aménorrea		
Cambios endócrinos: FSH	FSH Normal		FSH↑		FSH↑			↑



En cada etapa de la transición pueden presentarse distintos síntomas en la mujer sensible a los cambios hormonales en los receptores cerebrales para los cuales existen, por fortuna, tanto tratamientos médicos como psicológicos que combinados le ayudarán a recuperar la sensación de bienestar integral.

Tratamiento médico de los síntomas

Evidencia acerca del impacto de la terapia hormonal en los síntomas neuropsicológicos que afectan la calidad de vida. La terapia de reemplazo hormonal para el tratamiento de los síntomas asociados con la transición climatérica ha sido debatida en fechas recientes, debido en especial a la publicación de los resultados de estudios epidemiológicos longitudinales que incluyen un periodo de seguimiento de varios años y una muestra de miles de mujeres, como es el caso del estudio de Iniciativa de la Salud de las Mujeres o Women's Health Initiative, mejor conocido por sus siglas, WHI, realizado en los Estados Unidos, cuyos resultados correspondientes al brazo de terapia combinada compuesta por estrógenos conjugados-medroxiprogesterona fueron dados a conocer en el 2001 y los referentes al brazo de terapia estrogénica o TRE se publicaron en el 2002 (Writing Group for the Women's Health Initiative Investigators, 2001 y 2002). Estos dos estudios han puesto en duda los efectos benéficos, tanto en el control de los síntomas neuropsicológicos como en la prevención de padecimientos posteriores, como la osteoporosis, las enfermedades cardiovasculares y el deterioro cognitivo. Sin embargo, al hacer una revisión detallada de la muestra de mujeres estudiadas, es evidente que no se filtraron adecuadamente aquellas mujeres cuyo nivel de riesgo probable, historial de salud mental y tiempo transcurrido después de la menopausia las hacían candidatas no adecuadas para recibir terapia de reemplazo hormonal. Por otra parte, existen numerosos estudios confiables que han evaluado el impacto de la terapia hormonal en los síntomas relacionados con la calidad de vida de la mujer climatérica y, a la fecha, ya se han llevado a cabo varios metaanálisis al respecto. Los resultados de dichos estudios constituyen evidencia médica del conocimiento actual acerca del impacto de las distintas modalidades, presentaciones y dosificaciones de terapia hormonal (THs) sobre la calidad de vida.

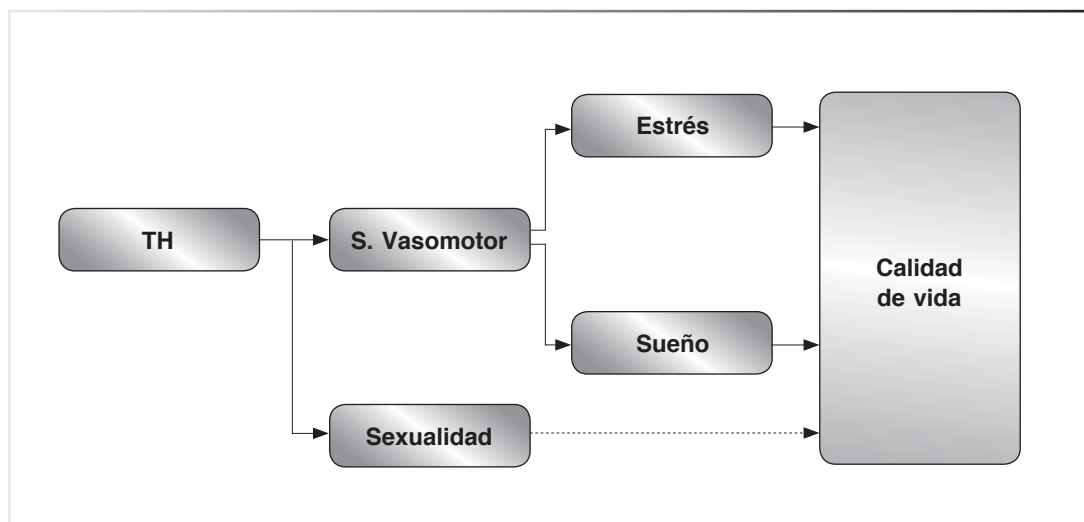


Figura 1. Evidencias del impacto TH \Rightarrow Calidad de vida.



De acuerdo con la evidencia de investigación médica efectuada a través de estudios con un diseño apropiado y una selección cuidadosa de las mujeres participantes con la que contamos a la fecha, podemos concluir lo siguiente con respecto del efecto de los distintos tipos y presentaciones de la terapia hormonal sustitutiva o de reemplazo durante el climaterio:

1. En mujeres sin síntomas vasomotores (sofocos o bochornos y sudoraciones nocturnas) o que no presenten síntomas neuropsicológicos evidentes, la terapia hormonal no ha demostrado de manera concluyente tener beneficios para la calidad de vida en el corto plazo.
2. En mujeres con síntomas vasomotores, la terapia hormonal disminuye tanto la severidad como la frecuencia de síntomas y, como elemento o variable intermedia, este control impacta en otros síntomas que inciden en la calidad de vida, como el sueño reparador y el nivel de energía disponible, entre otros.
3. Los resultados acerca de concentración, memoria y cognición no han sido concluyentes, pero el beneficio neuroprotector de los estrógenos exógenos o introducidos al cuerpo, ya sea por vía oral o local, parece vincularse con el momento del inicio de la terapia hormonal, antes de que se presente el descenso franco y prolongado del nivel de estradiol posterior a la menopausia. Este aspecto es muy importante ya que, de acuerdo con algunos autores, por ejemplo, Birge (2003), las neuronas, al experimentar la falta de estrógenos durante un tiempo prolongado debido a la menopausia, pueden experimentar un deterioro importante que, a su vez, puede propiciar la aparición de procesos degenerativos demenciales, mientras que la protección neuronal durante la etapa tardía o año previo y posterior al cese menstrual, permitiría al cerebro adaptarse a los niveles menores de estrógenos de manera más gradual y, por ende, menos agresiva para el funcionamiento neuronal adecuado.
4. Algunos tipos de terapia hormonal, en especial aquellos que incluyen en su formulación medroxiprogesterona (MPA), pueden ocasionar cefaleas y estados de mayor ansiedad. Estos mismos síntomas, así como cuadros de depresión se han reportado de manera clínica con las cremas de progesterona supuestamente natural que se ofrecen sin receta médica como supuesto remedio para los síntomas climatéricos.
5. La terapia hormonal estrogénica puede disminuir algunos síntomas en el nivel vaginal y ser también beneficiosa para la conservación de la vida sexual activa. En algunos casos donde el deseo sexual se encuentra inhibido, la terapia hormonal de combinación estrógeno-andrógenos ha resultado benéfica.

En lo referente a los consensos de cuerpos colegiados de especialistas en climaterio de distintos países del mundo, la postura resulta favorable al uso de la terapia hormonal de reemplazo, tal como se menciona en el documento emitido por la Sociedad Internacional de Menopausia (International Menopause Society), organismo que agrupa a escala mundial a todos los colegios y asociaciones dedicadas al estudio del climaterio donde se menciona el alivio de los síntomas menopáusicos y urogenitales como el primer criterio de indicación para las THs (IMS, 2004).

Otro tipo de tratamientos médicos. En adición o como alternativa a los tratamientos hormonales, en la actualidad existen diversas alternativas para el tratamiento médico de los síntomas neuropsicológicos durante esta etapa de vida, como pueden ser los psicofármacos que regulan los neurotransmisores serotonina y neuroadrenalina principalmente; este tipo de medicamentos, bajo la supervisión del psiquiatra especialista, pueden resultar muy benéficos en breves periodos de tratamiento continuo, o bien, utilizados en la etapa previa a la menopausia durante la semana previa a la menstruación como medida preventiva del síndrome premenstrual. Finalmente, es importante mencionar que, durante el climaterio, será indispensable que la mujer se haga revisar de manera general al menos una vez al año, ya que en esta etapa también pudieran presentarse otros padecimientos, como los desórdenes en el funcionamiento de la glándula tiroides o aquellos vinculados con el metabolismo de la glucosa, padecimientos que ocasionan síntomas similares a la depresión, la ansiedad o el deterioro cognitivo.



Para concluir este apartado referente a los tratamientos médicos disponibles, es importante resaltar que, a la fecha, existen distintas dosificaciones, vías y formulaciones que se adaptan a las características personales de cada mujer como un “traje hecho a la medida”, por lo que deberán ser prescritas sólo por el médico especialista en climaterio. La automedicación, el uso de sustancias supuestamente “naturales” y cualquier otro remedio mágico pueden traer como resultado no sólo que los síntomas continúen, sino daños irreparables y peligrosos en la salud general de la mujer.

Papel del apoyo psicológico durante el climaterio

En lo que respecta al apoyo psicológico durante esta etapa, se sugieren las siguientes tareas y modalidades dentro del marco del trabajo en psicología de la salud y como parte del trabajo multidisciplinario para la atención de la mujer:

1. *Diagnóstico.* El psicólogo realiza el diagnóstico de la presencia, intensidad y frecuencia de los síntomas neuropsicológicos para determinar su mejor tratamiento. Este diagnóstico se apoya en la entrevista clínica y en escalas de calidad de vida específicamente diseñadas para esta etapa.
2. *Difusión.* Uno de los problemas que incrementan la intensidad de los síntomas se debe al estrés adicional ocasionado por ignorar su origen. El psicólogo apoya al médico especialista en la divulgación de información relevante, clara y completa para el público en general, además de ofrecer a los médicos en capacitación datos provenientes de la psicología para el mejor manejo de la paciente climatérica durante la consulta médica.
3. *Orientación.* El psicólogo ofrece en distintos ámbitos, incluyendo el hospitalario, orientación a grupos de enfermeras, trabajadores sociales y público en general cursos de preparación para el climaterio que permitan tanto a la paciente, como a quienes la atiendan, la información adecuada para enfrentar de manera positiva esta etapa, eliminar los prejuicios e ideas erróneas acerca de la misma y permitir con ello a quien la atraviesa efectuar los cambios y ajustes que le permitan tener la mejor calidad de vida a partir de ese momento.
4. *Psicoterapia.* Mediante técnicas cognitivo-conductuales, o bien, procesos terapéuticos existenciales del tipo de la logoterapia, el psicólogo ofrece a la mujer la posibilidad de modificar ideas, creencias y conductas erróneas, así como de rescatar una sensación de valor personal, rumbo claro y sentido para su vida a partir del climaterio. En lo que se refiere a la vida en pareja y/o familiar, el trabajo psicoterapéutico familiar y del sexólogo resultan de gran valor cuando estas áreas de la vida requieren la intervención del especialista.
5. *Investigación.* En equipos de investigación, el psicólogo aporta sus conocimientos en psicometría, técnicas cuantitativas y cualitativas de investigación, así como el conocimiento de teorías de la personalidad y de psicología social, con lo que enriquece el trabajo multidisciplinario y aporta a la investigación científica de calidad que permite, a su vez, ofrecer a la mujer climatérica una mejor atención integral.

Conclusiones

Es necesario resaltar el efecto benéfico que las terapias de reemplazo hormonal pueden tener sobre las áreas cognitivas, emocionales y conductuales durante toda esta etapa de transición en la vida de la mujer. Mantener concentraciones estables de hormonas, en especial de estrógenos, ha demostrado no sólo revertir las anomalías en las conexiones neuronales, sino que, además, mejora los mecanismos de regeneración y protección del daño oxidativo, bene-



ficios que se manifiestan clínicamente como una mejoría o normalización en las funciones cerebrales vinculadas con receptores de estrógenos. No obstante, como hemos visto, las hormonas sólo son una de las variables y, aunque son importantes, no aseguran a la mujer una salud física y mental integral a partir de esta etapa. El trabajo del psicólogo especialista en climaterio permite atender todas esas facetas de la vida donde están ocurriendo cambios críticos que requieren de una confrontación funcional y decidida por parte de la mujer para seguir desarrollándose como ser humano maduro, integral y con bienestar.



Capítulo Veintitrés

La dispepsia funcional: aspectos biopsicosociales, evaluación y terapia psicológica

Sergio Tobón

Universidad de Antioquia, Colombia

Bonifacio Sandín

Universidad Nacional de Educación a Distancia, España

Stefano Vinaccia

Universidad de San Buenaventura, Colombia

Ariel César Núñez Rojas

Universidad de Manizales, Colombia

Introducción

La dispepsia funcional (DF) es un trastorno gastrointestinal que en la actualidad está comenzando a generar mucho interés en la psicología clínica y de la salud debido a la constatación de su asociación con diversos factores psicosociales, como el estrés psicosocial, la ansiedad, la depresión, el abuso infantil y la somatización (Hui, Ho y Lam, 1991; Folks y Kinney, 1992; Pauli, Herschbach, Weiner y Von-Rad, 1992; Kellner, 1994; Tobón, Vinaccia y Sandín, 2003a, 2004), así como por la creciente evidencia de la eficacia de la terapia psicológica en esta condición médica (Tobón, Vinaccia y Sandín, 2003b; Tobón, Sandín y Vinaccia, 2005).

La DF tiene una alta prevalencia en la población general, muy similar a la del síndrome del colon irritable. En general, tal prevalencia puede situarse entre 11 y 14% de la población (El-Serag y Talley, 2003; Cheng, Hui y Lam, 2004). Respecto de la prevalencia de los diferentes subtipos de DF, los estudios son escasos. Kawamura *et al.* (2001) llevaron a cabo un estudio epidemiológico en una población japonesa y hallaron una mayor prevalencia de la dispepsia tipo dismotilidad (8.9%), seguida de la dispepsia tipo úlcera (5.2%). Además de la alta prevalencia en la comunidad, la DF es un motivo frecuente de consulta médica en atención primaria (Jones *et al.*, 1990), a pesar de que sólo consultan una cuarta parte de las personas con síntomas de dispepsia. Todo esto implica importantes costos económicos asociados a la utilización de los servicios de salud por parte de las personas con DF (Jones *et al.*, 1990; Koloski, Talley y Boyce, 2001), además de ser una causa de sufrimiento en un porcentaje elevado de la población.

La DF es una enfermedad funcional en la cual no hay una causa orgánica identificable por medios diagnósticos convencionales (Talley *et al.*, 2000). Esta condición médica se caracteriza por la presencia de dolor abdominal superior o malestar epigástrico recurrente o persistente, a menudo asociado a síntomas como saciedad temprana, náuseas o vómito (Talley *et al.*, 2000; Danesh y Pounder, 2000; Panganamamula, Fisher y Parkman, 2002).

De acuerdo con los criterios de Roma II (Talley *et al.*, 2000), la DF se diagnostica cuando los síntomas están presentes durante al menos doce semanas, no necesariamente consecutivas, y dentro de los doce meses precedentes. De manera específica, el diagnóstico de la DF se basa en los siguientes criterios: 1) debe haber dolor y malestar centrado en el abdomen superior, de forma persistente y recurrente; 2) los síntomas deben darse en ausencia de una enfermedad orgánica que probablemente explique los síntomas (incluye evaluación endoscópica); 3) no debe haber evidencia de que los síntomas se alivien en forma exclusiva con la defecación o se asocien a cambios en la frecuencia o consistencia de las deposiciones, y 4) no deben haber síntomas predominantes de reflujo gastro-esofágico (Talley *et al.*, 2000).



El diagnóstico de la DF requiere descartar otras enfermedades del sistema digestivo que tienden a manifestarse con síntomas similares.

El diagnóstico de la DF requiere descartar otras enfermedades del sistema digestivo que tienden a manifestarse con síntomas similares, como la enfermedad por reflujo gastroesofágico, el síndrome del colon irritable, el cáncer gástrico y la úlcera péptica (Tack, Bisschops y DeMarchi, 2001). Esto hace que el diagnóstico exacto de esta condición médica requiera, en todos los casos, la realización de la endoscopia digestiva superior (Tárraga López, 2004), examen que puede complementarse con otros más especializados, como hematología y bioquímica, examen de sangre oculta en heces y biopsia de la mucosa. En algunos casos, además, será necesario practicar la tomografía computarizada, la resonancia magnética, la medida del vaciamiento gástrico (por ejemplo, mediante ultrasonografía), la manometría gastrointestinal, la manometría del conducto filial y la prueba de intolerancia a los alimentos (Malagelada, 1996).

Según los criterios de Roma II (Talley *et al.*, 2000), la DF se clasifica en los siguientes tipos: 1) *dispepsia*

tipo úlcera (el síntoma predominante es dolor centrado en el abdomen superior); 2) *dispepsia tipo dismotilidad* (el síntoma predominante es la sensación de malestar centrado en el abdomen superior; esta sensación puede estar caracterizada por o asociada con distensión abdominal superior, saciedad temprana, malestar en el hemiabdomen superior, eructos o náuseas), y 3) *dispepsia inespecífica* (este tipo se da cuando los síntomas de dispepsia no presentan un predominio correspondiente a alguno de los dos tipos anteriores). Para un análisis



sis detallado sobre el diagnóstico y las características psicosociales de los trastornos gastrointestinales, véase Tobón *et al.* (2005).

El enfoque etiológico más aceptado en la actualidad para la DF es el biopsicosocial, dado que en esta condición médica intervienen factores genéticos, biológicos, psicológicos y sociales (Tobón *et al.*, 2004, 2005). Acorde con este enfoque, el objetivo del presente capítulo es exponer un análisis de la evidencia reciente en torno a los factores psicosociales y biopsicológicos más estrechamente asociados a la DF. Partiendo de la base de éste, se explican una serie de planteamientos acerca del proceso de evaluación y terapia psicológica. De este modo, en el presente capítulo se busca ofrecer a los profesionales de la salud una presentación moderna de la DF desde el marco de la psicología en la que se destacarán los mecanismos biopsicosociales, la evaluación y el tratamiento psicológicos.

Factores y mecanismos biopsicosociales

Centraremos nuestra atención en los aspectos biopsicosociales de la DF en siete dimensiones, a partir de las cuales explicaremos las interrelaciones entre los distintos factores asociados con esta condición médica. Estas dimensiones se describen en la tabla 1. Existen dimensiones básicas implicadas en la salud tales como las demandas psicosociales, la personalidad y el comportamiento así como el afrontamiento de las situaciones estresantes. Tales dimensiones pueden actuar sobre la dimensión de los mecanismos psicobiológicos, interviniendo éstos como posibles mediadores de la influencia de los factores psicosociales en la alteración de la funcionalidad gastrointestinal. Otras dos dimensiones son el resultado de las anteriores: la calidad de vida relacionada con la salud, y el tratamiento y la evolución. Por último, la dimensión socioeconómica suele entenderse como una dimensión moduladora (las condiciones socioeconómicas donde se desenvuelve la persona pueden aumentar o disminuir los efectos adversos de la vulnerabilidad genética y del estrés psicosocial sobre la salud). Como complemento al análisis que aquí exponemos recomendamos la lectura de nuestras anteriores publicaciones sobre la DF (Tobón *et al.*, 2003a, 2003b, 2004, 2005).

Tabla 1. Principales dimensiones relacionadas con el enfoque biopsicosocial

Dimensión	Definición	Elementos
CONTEXTO SOCIOECONÓMICO	Contexto social y económico en el cual vive la persona, así como los mecanismos y recursos que dicho contexto pone a disposición para satisfacer las necesidades vitales y potenciar la salud.	<ul style="list-style-type: none"> - Nivel educativo - Ingresos - Redes sociales - Apoyo social
DEMANDAS PSICOSOCIALES	Son las situaciones en las cuales se desenvuelven las personas y que pueden potenciar o alterar su salud.	<ul style="list-style-type: none"> - Sucesos vitales - Sucesos diarios - Estrés crónico
EVALUACIÓN COGNITIVA Y ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO	Se refiere a la forma como las personas evalúan las situaciones y el manejo que hacen de ellas mediante determinadas estrategias de afrontamiento, pudiendo esto potenciar su salud o debilitarla.	<ul style="list-style-type: none"> - Tipo de evaluación - Estrategias de afrontamiento focalizadas en la emoción - Estrategias de afrontamiento focalizadas en el problema

(continúa)



Tabla 1. Principales dimensiones relacionadas con el enfoque biopsicosocial (continuación)

PERSONALIDAD Y COMPORTAMIENTO	La personalidad es la organización compleja que refleja la identidad de cada ser humano en la interacción consigo mismo y los contextos sociales y ambientales, modulando la evaluación, el afrontamiento, el cuidado de la salud general y la búsqueda de ayuda profesional cuando se requiere. El comportamiento, por su parte, es la forma como cada ser humano interactúa con las situaciones a partir de la personalidad y de los estímulos ambientales y sociales.	<ul style="list-style-type: none"> - Tipo de personalidad - Trastornos de la personalidad - Rasgos negativos de la personalidad (por ejemplo, neuroticismo) - Rasgos positivos de la personalidad (por ejemplo, optimismo). - Comportamientos relacionados con el estilo de vida, como fumar, consumir alcohol y hacer deporte
MECANISMOS PSICOBIOLOGICOS	Comprende las redes neuronales y los mecanismos a través de los cuales los aspectos psicosociales activan determinados sistemas y órganos. Por lo general, implican una interrelación entre el sistema nervioso central, el sistema nervioso autónomo y el sistema neuroendocrino.	<ul style="list-style-type: none"> - Neurotransmisores - Eje hipotálamo-hipofiso-suprarrenal - Eje hipotálamo-hipofiso-tiroideo - Eje simpático-médulo-suprarrenal
CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD	Se refiere al grado de bienestar emocional, físico y social que experimenta la persona. Depende del tipo de condición médica, de la personalidad, de los recursos para cuidar y recuperar la salud y del grado de apoyo social.	<ul style="list-style-type: none"> - Bienestar físico - Bienestar psicológico - Bienestar social
TRATAMIENTO Y EVOLUCIÓN	Corresponde a la búsqueda de tratamiento por parte de las personas con una determinada condición médica, en lo cual influyen factores económicos, psicológicos y culturales.	<ul style="list-style-type: none"> - Búsqueda de ayuda profesional - Seguimiento de las prescripciones médicas - Evolución de la salud

Nota: Para una descripción detallada de cada una de estas dimensiones en el proceso de salud, véase Núñez y Tobón (2005).

Contexto socioeconómico

Al parecer, las personas con DF tienden a tener menores ingresos, menos empleo y menor nivel educativo que las personas sanas de la población general (Haug, Svebak, Wilhelmsen, Berstad y Ursin, 1994), así como mayores dificultades sociales y laborales (Hu *et al.*, 2002). Igualmente, esta condición médica tiende a predominar en las mujeres (Haug *et al.*, 1994; Allescher *et al.*, 1999; Lee *et al.*, 2000), sin que haya todavía una explicación clara de este hecho. Además, cada vez existe mayor evidencia de que las condiciones sociales desfavorables, como el empleo informal, la pobreza y la falta de servicios públicos, se asocian a alteraciones emocionales en comunidades urbanas (Mora, Flores, González y Marroquín, 2003) y, de esta forma, pueden influir en la DF.

El apoyo social es un mecanismo que ayuda a las personas a potenciar su salud y posibilita amortiguar los efectos de las situaciones estresantes, disminuyendo el riesgo para que se



afecte la salud física y mental, en tanto media en los procesos de evaluación y afrontamiento de las situaciones (véase, por ejemplo, Sandín, 1999). En concreto, se refiere a la ayuda y colaboración que brindan otras personas de la comunidad por medio de mecanismos como ayudar a resolver los problemas, acompañamiento en la asistencia al servicio de salud, seguimiento de las prescripciones médicas, préstamo de dinero, apoyo emocional, entre otros. El apoyo social percibido se refiere a la forma como una persona percibe la ayuda y la colaboración que le brindan los demás.

Con respecto de la DF, son relevantes dos estudios en esta área. Uno de los primeros fue llevado a cabo por Lee *et al.* (2000), quienes hallaron que las personas con DF tuvieron un menor apoyo interpersonal que el grupo de control con personas sanas. Esta relación fue confirmada en un segundo estudio efectuado por Cheng *et al.* (2004) los cuales buscaron determinar la relación del apoyo social con el afrontamiento y los síntomas de la DF. Para ello, entrevistaron a 4,038 personas de Hong Kong, encontrando que la percepción de la gravedad de los síntomas de dispepsia se relacionaba de manera significativa con los niveles de apoyo emocional y un estilo de afrontamiento flexible de las situaciones.



Cada vez existe mayor evidencia de que las condiciones sociales desfavorables, como el empleo informal, la pobreza y la falta de servicios públicos, se asocian a alteraciones emocionales en comunidades urbanas.

Demandas psicosociales

Las demandas psicosociales son los agentes externos causantes primarios del estrés, es decir de estados de activación fisiológica y emocional que aumentan las probabilidades de tener alteraciones en la salud mental y física. En esta línea, se encuentran varios estudios que han determinado una asociación de los *sucesos vitales estresantes* con la DF a través de estudios transversales y epidemiológicos realizados en la población general (Haug, Wilhelmsen, Berstad y Ursin, 1995; Lau, Hui y Lam, 1996; Allescher *et al.*, 1999; Tobón *et al.*, 2003a, 2004, 2005).

Un aspecto que ha despertado recientemente un interés especial es el estudio de la prevalencia de situaciones de abuso físico y sexual en la infancia, tema sobre el cual existen evidencias indirectas de dos estudios, en los que se halló una prevalencia significativa de este tipo de situaciones en personas con trastornos gastrointestinales funcionales (incluida la DF) (Drossman *et al.*, 1990; Talley, Fett, Zinsmeister y Melton, 1994). Esta evidencia indirecta fue confirmada de forma específica en la DF en un estudio efectuado por Li, Nie, Sha y Su (2002).

Sin embargo, en esta área son necesarios nuevos estudios, pues la información que se tiene todavía es muy fragmentaria y en ningún caso concluyente, más aún si se tiene en cuenta que ha habido investigaciones en las cuales no se ha encontrado implicación de las situaciones de estrés psicosocial en este trastorno gastrointestinal (Talley y Piper, 1986; Jain, Gupta, Gupta, Rao y Bahre, 1995).

Evaluación cognitiva y estrategias de afrontamiento

El impacto potencial de las demandas psicosociales sobre la salud depende en gran medida de cómo sean evaluadas éstas por la persona, puesto que esto es lo que activa el estrés y orienta las estrategias de afrontamiento. La evaluación de las situaciones como estresantes-negativas, en cualquiera de las categorías descritas por Lazarus y Folkman (1984) (por ejemplo, daño, pérdida o amenaza) induce emociones negativas y puede llegar a afectar el bienestar psicológico y a generar alteraciones digestivas por la activación continua de este sistema. En torno de este aspecto, aunque la evidencia es escasa, parece que las personas con DF tienden a informar de una evaluación más negativa de los sucesos estresantes que las personas sanas (Lee *et al.*, 2000).



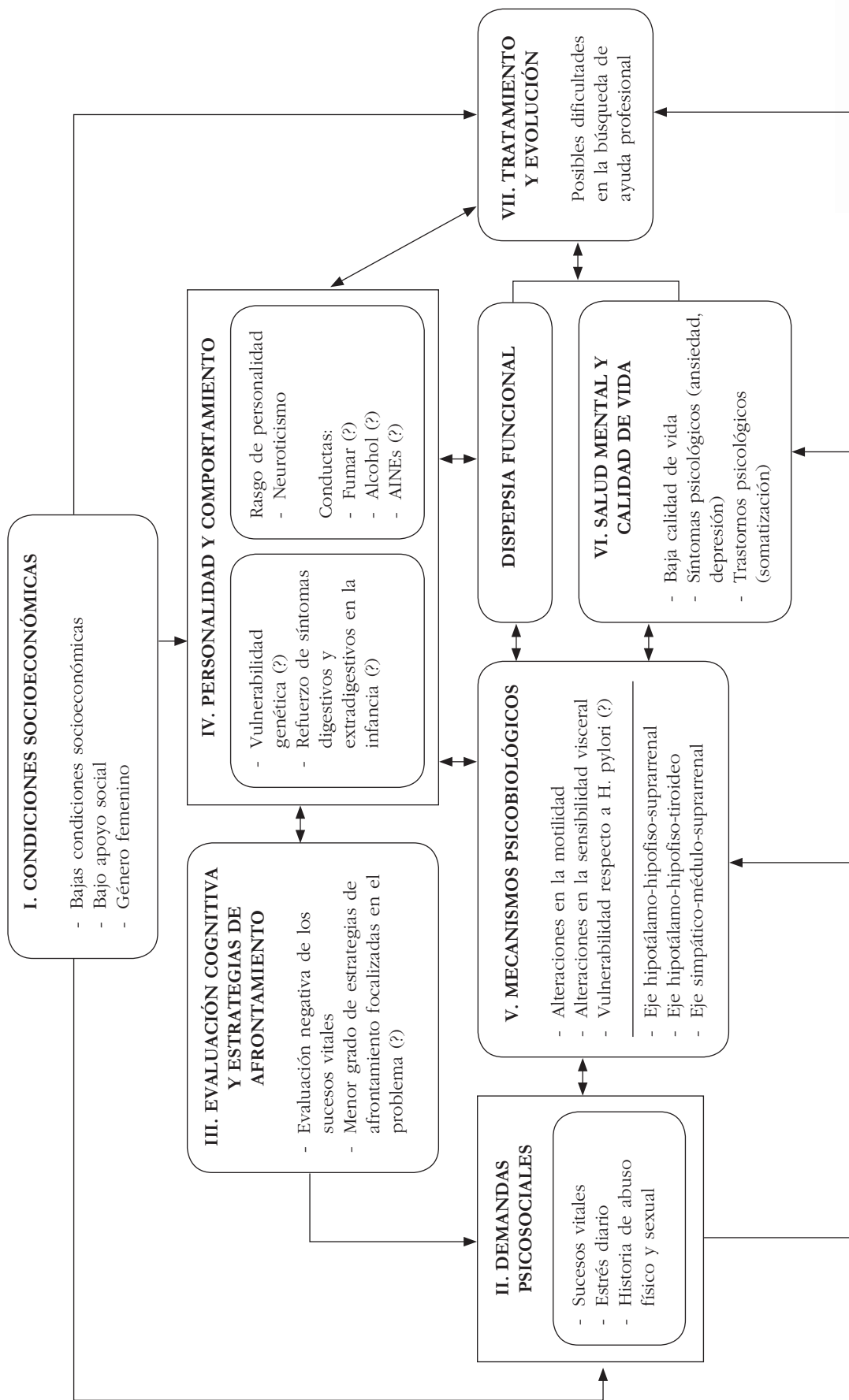


Figura 1. Modelo biopsicosocial de la dispepsia funcional

Notas: El signo (?) significa que el factor todavía no ha sido suficientemente investigado.
 AINEs = fármacos antiinflamatorios no esteroideos.

Otro factor asociado al estrés psicosocial son las estrategias de afrontamiento, las cuales consisten en los esfuerzos conductuales y cognitivos que llevan a cabo las personas con el fin de disminuir la intensidad del estrés o sus efectos, ya sea actuando sobre las demandas psicosociales externas o sobre el proceso estresante interno. Tales estrategias se ponen en acción, de acuerdo con Lazarus y Folkman (1984), cuando las demandas internas o externas son evaluadas por las personas como algo que excede los recursos que poseen. En este sentido, se ha podido determinar que las personas con DF tienden a tener un menor grado de estrategias de afrontamiento focalizadas en el problema (Lee *et al.*, 2000). Esto se corresponde con algunas investigaciones que informan que las estrategias de afrontamiento focalizadas en la resolución de problemas se asocian con una mejor salud mental (Herman-Stahl, Stemmler y Petersen, 1995). También, se ha detectado que los efectos beneficiosos del apoyo emocional en una menor percepción de la gravedad de los síntomas de DF se relaciona con la presencia de un estilo de afrontamiento flexible de las situaciones estresantes (Cheng *et al.*, 2004).

Personalidad y comportamiento

La *personalidad* es una organización psicológica estable compuesta por esquemas cognitivo-afectivos que orientan el comportamiento de la persona en interacción consigo misma, los demás y el entorno. La personalidad modula tanto la evaluación de las demandas psicosociales como el empleo de las estrategias de afrontamiento, influyendo en el grado de adaptación (Hewitt y Flett, 1996) y, por consiguiente, en su salud mental (Sandín, 1995).

Los esquemas cognitivo-afectivos se estructuran en rasgos de personalidad y en la DF se ha hallado la implicación de un rasgo de carácter negativo, como es el neuroticismo, pues existe evidencia de que en las personas con esta condición médica son significativamente mayores las puntuaciones en esta variable que en las personas sanas de la comunidad seleccionadas al azar y ajustadas por género (Haug *et al.*, 1995). Esto se corresponde con investigaciones llevadas a cabo en otras áreas en las cuales ha podido determinarse que altos niveles de neuroticismo se relacionan con una adaptación deficiente (Bolger, 1990), posiblemente como consecuencia del empleo, por influencia de este rasgo de personalidad, de estrategias de afrontamiento poco eficaces y no enfocadas en el problema (Affleck, Tennen, Urrows y Higgins, 1992), tal como se ha hallado también en la DF.

Otro aspecto relacionado con la personalidad son las conductas de riesgo para la salud. En este ámbito, los estudios que han evaluado la relación entre la DF y conductas como el hábito de fumar, el consumo de alcohol, la ingestión de fármacos antiinflamatorios no esteroideos (AINEs) y comer de forma irregular son contradictorios y prima la evidencia en contra de una posible asociación (Tobón *et al.*, 2005). Sin embargo, en un subgrupo de pacientes es probable que tales conductas de salud afecten los síntomas de dispepsia y el curso de la enfermedad, por lo que es importante tenerlas en cuenta en el proceso de evaluación y tratamiento psicológicos.

Mecanismos psicobiológicos

En los pacientes con dispepsia funcional, los mecanismos patofisiológicos son diversos y todavía no existen estudios concluyentes al respecto. Además, parece que lo que hay es una afectación sistémica general del sistema gastrointestinal ya que muchos pacientes con DF tienen,



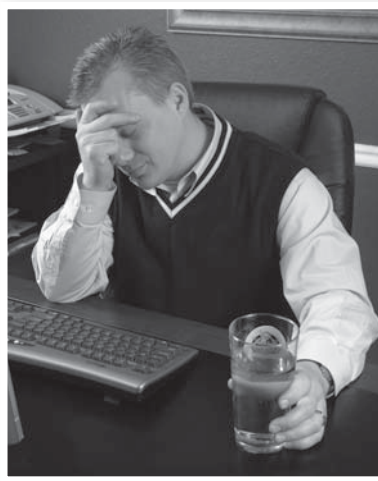
La personalidad modula tanto la evaluación de las demandas psicosociales como el empleo de las estrategias de afrontamiento, influyendo en el grado de adaptación.

además, síntomas del síndrome del colon irritable, pirosis funcional, síndrome de rumiación y dolor torácico no cardíaco. El tipo de problemas fisiológicos más frecuentes en la DF son la hipersensibilidad visceral y las alteraciones en la motilidad intestinal, todo lo cual es, también, común en personas con otros trastornos gastrointestinales funcionales.

Con respecto a la *hipersensibilidad visceral*, los estudios efectuados hasta el momento indican que los pacientes con DF tienen una mayor sensibilidad a los estímulos viscerales que las personas normales, debido, quizás, a un defecto en el procesamiento de los estímulos en el sistema nervioso central, por cuanto no hay alteraciones en la pared gástrica que la expliquen. El estrés puede disminuir el umbral para la percepción del malestar o aumentar la percepción de la distensión gástrica a partir de la activación simpática (Iovino, Azpiroz y Domingo, 1995).

Por otra parte, las *alteraciones en la motilidad* en las personas con DF corresponden a un problema en la motilidad gastroduodenal relacionado con una demora en el vaciamiento gástrico de los alimentos, lo cual puede ser una de las causas del dolor y malestar epigástrico. En cuanto a la implicación de factores psicológicos en esta alteración motora, se ha informado que la ansiedad afecta, probablemente, la retención antral de los alimentos (los alimentos se quedan un mayor tiempo en el antro del estómago) en personas con DF (Lorena, Tinois, Brunetto, Camargo y Mesquita, 2004).

Se ha postulado que la bacteria *Helicobacter pylori*, la cual coloniza el estómago e induce gastritis histológica, puede tener algún papel etiológico en la DF. La propuesta de la *H. pylori* como factor asociado a la patofisiología de la DF se debe a que, en determinados casos, la gastritis que produce en el estómago se expresa con dispepsia. No obstante, existe un gran número de personas infectadas con *H. pylori* asintomáticos y los estudios no han hallado una asociación concluyente de la bacteria con esta condición médica. Es factible que en un subgrupo de pacientes la bacteria sí tenga un rol etiológico esencial, por ejemplo en personas con DF tipo úlcera (el síntoma característico es el ardor y el dolor en la parte superior del abdomen) (Tobón *et al.*, 2005). El estrés podría interactuar con la bacteria favoreciendo los efectos patógenos de ésta como consecuencia de alteraciones en la modulación de la respuesta inmunológica del organismo frente a ella, lo cual es respaldado por diversas investigaciones en la psiconeuroinmunología que evidencian cómo este factor de orden psicosocial produce una mayor vulnerabilidad frente a los efectos de virus y bacterias (Cohen y Williamson, 1991; Segerstrom y Miller, 2004).



Diversas investigaciones evidencian cómo el estrés produce una mayor vulnerabilidad frente a los efectos de virus y bacterias.

Calidad de vida relacionada con la salud

La salud se equipara a bienestar y, por eso, es definida como un estado de completo bienestar físico, mental y social, que no equivale a la simple ausencia de una enfermedad o incapacidad (OMS, 1948). A partir de esta concepción, se ha establecido el concepto de calidad de vida relacionada con la salud el cual también posee un enfoque multidimensional (Tarlow *et al.*, 1989; Patrick y Ericsson, 1993) que da cuenta de los resultados del proceso de salud en términos del bienestar percibido. Aunque no existe un pleno consenso en esta área respecto de este concepto (Rajmil, Estrada, Herdman, Serra-Sutton y Alonso, 2001), es útil la definición expuesta por Shumaker y Naughton (1995) en la cual se indica que consiste en la evaluación subjetiva de la influencia del estado de salud, junto con los cuidados sanitarios y la promoción de la salud, acerca de la forma como las personas funcionan en las diferentes actividades. Las dimensiones más importantes de la calidad de vida que se asocian con la salud son el funcionamiento social, físico y cognitivo; la movilidad y el cuidado personal, así como el bienestar emocional.



En las personas con DF hay evidencias de que su calidad de vida está disminuida, tal como Haug *et al.* (1994), Berstad *et al.* (2001), El-Serag y Talley (2003) y Gutiérrez *et al.* (2003) lo señalan. Respecto de los factores que modulan o median en el grado de calidad de vida relacionada con la salud en esta condición médica, las investigaciones son escasas, teniéndose conocimiento sólo del estudio de Gutiérrez *et al.* (2003) quienes detectaron que la ansiedad fue predictora de la calidad de vida.

Por otra parte, existe evidencia concluyente de que las personas con DF tienen un peor estado de salud mental en comparación con las sanas de la comunidad. Un trastorno psicológico característico de este grupo de personas es la somatización, la cual se manifiesta como una tendencia a informar más síntomas de tipo no gastrointestinal que la población general (Wilhelmsen, 2002). Esto se ha comprobado en estudios que han empleado el Symptom Checklist-90 (SCL-90) (Haug *et al.*, 1995; Lee *et al.*, 2000). Asimismo, el trastorno de ansiedad generalizada también se asocia con la DF (Magni, Di Mario, Bernasconi y Mastropaolo, 1987). Además de estos dos trastornos específicos, se manifiesta una asociación significativa de la ansiedad y de la depresión con esta condición médica, lo cual se ha constatado en múltiples estudios efectuados con muestras clínicas y en la población general (Tobón *et al.*, 2003a, 2004).

Tratamiento y evolución

Cuando se presentan problemas de salud mental y física, la búsqueda de ayuda profesional, el seguimiento de las prescripciones médicas y la evolución serán influidos no sólo por la presencia de tales problemas, sino por la forma en que las personas perciben sus síntomas gastrointestinales, las creencias que tienen respecto de su gravedad, la motivación frente al tratamiento y la presencia de factores psicológicos como el estrés, la ansiedad, la depresión y ciertos rasgos de personalidad. En el caso de la DF, este tema también ha sido escasamente estudiado hasta el momento, hallándose un estudio que determinó que el estrés psicosocial parece ser un factor que influye para que las personas con DF busquen ayuda profesional (Koloski *et al.*, 2001).

Evaluación psicológica

Los profesionales de la medicina deben remitir a evaluación psicológica a las personas con DF en los siguientes casos (Tobón *et al.*, 2005): 1) ante la sospecha de trastornos psicológicos; 2) cuando se sospeche que la personalidad o el empleo de estrategias de afrontamiento incide en los síntomas o afecta el tratamiento; 3) ante conductas de enfermedad asociadas con sus quejas gastrointestinales que con frecuencia llevan a estos pacientes a buscar consulta médica; 4) vivencia de situaciones de alto nivel de estrés para las cuales no se poseen los recursos suficientes de manejo; 5) asociación entre síntomas psicológicos y gastrointestinales; 6) personas refractarias al tratamiento farmacológico, y 7) situaciones en las cuales es necesario evaluar la calidad de vida profundizando en el bienestar psicológico, por ejemplo, en algunos estudios clínicos.

Por consiguiente, en los protocolos de evaluación y tratamiento de las personas con DF deben establecerse pautas a seguir para detectar a aquellos pacientes que requieran de evaluación y terapia psicológica. Se recomienda llevar a cabo esta evaluación desde una perspectiva procesual; es decir, determinando cómo es el proceso de salud mental y cómo está afectado, incidiendo esto en la DF. Para ello, se sugiere tener como referencia los diferentes componentes de la salud mental expuestos en apartados anteriores y sintetizados en la figura 1. Esto puede hacerse mediante la entrevista clínica y complementarse con el empleo de pruebas específicas. En la tabla 2 se expone un esquema ilustrativo de los pasos a seguir en la evaluación, junto con algunos instrumentos que pueden ser útiles.



Tabla 2. Pasos y contenidos más relevantes de la evaluación procesual en la dispepsia funcional

Paso	Objetivo	Contenidos más importantes en la dispepsia funcional a ser evaluados	Instrumento recomendado
I. Estado de salud mental	Comprender el estado de salud mental y el problema específico.	Trastornos psicopatológicos Síntomas psicopatológicos Calidad de vida	DSM-IV (APA, 1994) Hopkins Symptoms Checklist-90-Revised (SCL-90R) (González de Rivera <i>et al.</i> , 1989)* Cuestionario de calidad de vida en relación con los problemas de estómago e intestinales (QoL-PEI) (Ruiz <i>et al.</i> , 2001)**
II. Demandas psicosociales, evaluación cognitiva y afrontamiento	Determinar el tipo de demandas que tiene la persona y la manera cómo responde ante ellas.	Sucesos vitales estresantes Estrés diario Estrategias de afrontamiento	Cuestionario de sucesos vitales (Sandín y Chorot, 1987)* Cuestionario de estrés diario (Santed <i>et al.</i> , 1996) Cuestionario de afrontamiento del estrés (CAE) (Sandín y Chorot, 2003)
III. Estructura y funcionamiento de la personalidad	Determinar los esquemas cognitivos y procesos más importantes relacionados con la evaluación, las estrategias de afrontamiento y los síntomas.	Afecto positivo y negativo Neuroticismo	Positive and Negative Affect Schedule (Cuestionario PANAS de afecto positivo y negativo) (Sandín <i>et al.</i> , 1999)* Revised Eysenck Personality Questionnaire-Abbreviated (Cuestionario de personalidad EPQR-A) (Sandín <i>et al.</i> , 2002)*
IV. Redes neuronales y biología	Buscar la relación del problema de salud mental con alteraciones en las redes neuronales y determinadas condiciones médicas.	Síntomas somáticos	Escala de síntomas somáticos-revisada (ESS-R) (Sandín y Chorot, 1995)*
V. Factores socioeconómicos y apoyo social	Indagar sobre la relación de los factores psicosociales con el problema y la posibilidad de tener recursos para la salud en esta dimensión.	Ingresos personales o familiares Educación Apoyo social	Entrevista estructurada Entrevista estructurada The Social Support Behaviors-SS-B-Scale (Jiménez <i>et al.</i> , 1994)*
VI. Modelo explicativo, debilidades y fortalezas	Construir un modelo para explicar el problema del paciente.	Fortalezas y debilidades Comportamiento funcional	Esquema del modelo

Notas:

*Estos instrumentos están incluidos y descritos en Sandín, Valiente y Chorot (1999).

**Este instrumento se describe en Tobón, Sandín y Vinaccia (2005).

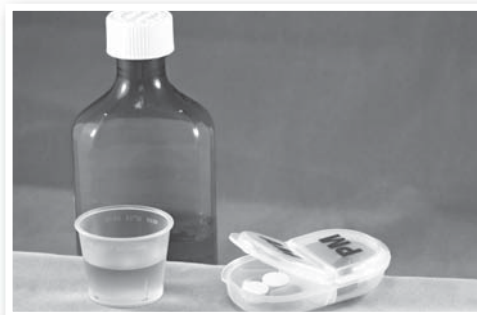


Tratamiento

Tratamiento farmacológico

Para el tratamiento de la dispepsia funcional se han establecido diversos tipos de fármacos como los antiácidos, los citoprotectores, los antisecretores (anti-H2), los procinéticos, el tratamiento erradicador de la *H. pylori*, y el tratamiento con antidepresivos. La Asociación Española de Gastroenterología (2003) publicó una guía de tratamiento para esta enfermedad evaluando la evidencia disponible y concluyó que los antiácidos y los citoprotectores no tienen la suficiente evidencia sobre sus efectos beneficiosos en esta condición médica, aunque sean de uso en la práctica clínica. Los antisecretores (anti-H2) sí cuentan con evidencia y han demostrado ser superiores al placebo. En cuanto a los procinéticos, como la cisaprida, la domperidona y la metoclopramida, poseen un discreto efecto benéfico y los resultados parecen no ser concluyentes, lo cual también puede decirse de los antidepresivos.

En lo que se refiere al empleo de un tratamiento erradicador en la DF, en la actualidad no existen resultados concluyentes, pues el empleo de una combinación de omeprazol, claritromicina y amoxicilina, aunque se ha mostrado eficaz en erradicar la *H. pylori*, en unos estudios disminuyó significativamente los síntomas de dispepsia (véase, por ejemplo, González *et al.*, 2004; Ruiz, Gordillo, Hermosa, Arranz y Villares, 2005), pero en otros, no (Talley, Janssens, Lauritsen, Racz y Bolling-Sternevald, 1999; Gisbert, Cruzado, García-Gravalos y Pajares, 2004).



Los antiácidos y los citoprotectores no tienen la suficiente evidencia sobre sus efectos beneficiosos en la DF.

Terapia psicológica

De forma general, se ha constatado que la terapia psicológica posee efectos positivos sobre los síntomas dispépticos y el malestar emocional (Tobón *et al.*, 2005). Esto se basa en el hecho de que el sistema digestivo tiene un vínculo directo con el sistema nervioso central, por cuanto las personas normales pueden aprender a controlar de forma voluntaria determinadas funciones gastrointestinales mediante el *biofeedback* (Giles, 1976). Al respecto, se han efectuado estudios en los cuales las personas han logrado aprender a controlar de forma voluntaria la acidez gástrica por medio del monitoreo continuo del pH gástrico a través de una señal de *feedback* proporcional a los valores de su pH.

Aunque el estudio sobre la eficacia de la terapia psicológica en la DF apenas se ha iniciado, los datos obtenidos hasta el momento permiten afirmar que la hipnosis, la psicoterapia dinámica interpersonal y la terapia cognitivo-conductual tienen efectos positivos en la reducción de los síntomas de dispepsia y de malestar emocional, por lo que son tratamientos psicológicos prometedores para dicha condición médica (Tobón *et al.*, 2005). Sin embargo, todavía están en una fase experimental debido a que los estudios para cada una de estas condiciones son escasos.

Como ejemplo de tratamiento psicológico, Tobón *et al.* (2005) diseñaron un programa cognitivo-conductual para el tratamiento de la DF. Éste se compone de ocho sesiones de terapia grupal junto con una sesión de evaluación psicológica individual, para un total de nueve sesiones. Los contenidos de cada una de las sesiones se exponen en la tabla 3 y se estructuran en seis módulos: 1) evaluación psicológica (inicial y final), 2) reestructuración cogniti-

va, 3) relajación muscular progresiva, 4) asertividad, 5) resolución de problemas y 6) práctica simulada real. Para una descripción detallada de los contenidos de este tratamiento, se recomienda consultar Tobón *et al.* (2005).

Tabla 3. Contenidos de un programa cognitivo-conductual grupal multicomponente para la dispepsia funcional

Sesión	Módulo	Contenidos básicos
Sesión 1	Evaluación psicológica inicial (se realiza de forma individual)	<ul style="list-style-type: none"> - Entrevista semiestructurada para determinar cómo se evalúan y afrontan los sucesos estresantes, junto con posibles manifestaciones psicopatológicas. - Aplicación de instrumentos psicométricos. - Determinación de metas en acuerdo con el paciente. - Enseñanza del AAE y entrega del instrumento al paciente.
Sesión 2	Reestructuración cognitiva	<ul style="list-style-type: none"> - Presentación de los integrantes del grupo. - Presentación del programa. - El estrés y la salud. - Papel de las creencias irracionales en el estrés y los síntomas de dispepsia. - Entrenamiento en modificación de creencias irracionales. - Ilustración por parte del terapeuta de cómo se evalúan adaptativamente las situaciones estresantes. - Práctica en la evaluación adaptativa de los sucesos estresantes. - Entrega del AAE.
Sesión 3		<ul style="list-style-type: none"> - Entrevista, recolección y comentario del AAE. - Principales creencias irracionales. - Fortalecimiento del debate de las creencias irracionales. - Enseñanza de otras estrategias de afrontamiento pertinentes. - Práctica. - Entrega del AAE.
Sesión 4	Relajación muscular progresiva	<ul style="list-style-type: none"> - Entrevista, recolección y comentario del AAE. - Entrenamiento en RMP. - Práctica en RMP. - Entrega del AAE.
Sesión 5	Asertividad	<ul style="list-style-type: none"> - Entrevista, recolección y comentario de los autorregistros. - Entrenamiento en asertividad. - Práctica en el manejo de las situaciones sociales con asertividad. - Entrega del AAE.
Sesión 6	Resolución de problemas	<ul style="list-style-type: none"> - Entrevista, recolección y comentario de los autorregistros. - Práctica de relajación. - Entrenamiento en la resolución de problemas. - Práctica en la resolución de problemas. - Entrega del AAE.
Sesión 7	Práctica simulada y real	<ul style="list-style-type: none"> - Entrevista, recolección y comentario de los autorregistros. - Práctica: afrontamiento de situaciones estresantes simuladas aplicando todas las técnicas. - Entrega del AAE.
Sesión 8		<ul style="list-style-type: none"> - Entrevista, recolección y comentario de los autorregistros. - Práctica: afrontamiento de situaciones estresantes reales aplicando todas las técnicas.

(continúa)



Tabla 3. Contenidos de un programa cognitivo-conductual grupal multicomponente para la dispepsia funcional (continuación)

Sesión 9	Evaluación psicológica final	<ul style="list-style-type: none"> -Aplicación de instrumentos psicométricos. -Evaluación de síntomas de dispepsia. -Evaluación de metas de forma cuantitativa y cualitativa. -Recomendaciones finales.
----------	------------------------------	---

Nota:

AEE = Autorregistro del afrontamiento del estrés; RMP = Relajación muscular progresiva.

Tomado de Tobón, Sandín y Vinaccia (2005).

Conclusiones

En el presente capítulo se presentó un modelo para explicar la relación de los factores psicosociales y psicobiológicos con la DF. Acorde con ello, se organizó la evidencia aportada por diferentes investigaciones a través de siete dimensiones, hallándose que esta condición médica tiende a asociarse con bajas condiciones socioeconómicas, sucesos estresantes, historia de abuso sexual y físico, evaluación más negativa de los sucesos, estrategias de afrontamiento menos focalizadas en el problema, neuroticismo, baja calidad de vida en general y alteraciones en la salud mental tales como ansiedad, depresión y somatización. Estos últimos tres factores cuentan con evidencia sólida, mientras que los demás factores psicosociales considerados requieren de nuevos estudios para llegar a resultados concluyentes.

La información que hemos presentado sobre la implicación de los factores psicológicos y sociales sugiere la necesidad de incluir la detección de personas con problemas emocionales en el protocolo de atención médica de la DF, con el fin de que sean evaluadas por los profesionales de la psicología y así se les pueda brindar terapia psicológica acorde con sus requerimientos. En la evaluación, se sugiere seguir un enfoque procesual que determine el estado de la salud mental del paciente, continuando luego con el análisis de las situaciones posiblemente estresantes, la evaluación cognitiva, el afrontamiento y las características de personalidad. Con respecto de la terapia, es relevante seguir un procedimiento cognitivo-conductual que aborde al menos la relajación, la resolución de problemas y la reestructuración cognitiva. Este tipo de intervención posiblemente desempeñe en un futuro no muy lejano un papel hegemónico como método de elección para el tratamiento de la DF.



Se recomienda seguir un procedimiento cognitivo-conductual que aborde al menos la relajación, la resolución de problemas y la reestructuración cognitiva.

Capítulo Veinticuatro

Hipocondría: presentación clínica y pautas para su psicoterapia



Héctor Fernández-Álvarez* y Amparo Belloch**

Aiglé (Argentina) y Universidad de Valencia (España)***

Introducción

Como se pondrá de manifiesto a lo largo del capítulo, el concepto de hipocondría ha evolucionado en forma considerable a lo largo del tiempo, siguiendo la estela establecida por los avances que se han ido produciendo en el conocimiento de esta psicopatología en particular y de los trastornos mentales en general. Tales avances han venido a situar la hipocondría en el terreno de los trastornos más inequívocamente “psicológicos”, alejándolo así del campo de las insanias, tradicionalmente asociadas a una etiopatogenia biológica.

No obstante, estos vaivenes de lo “estrictamente psicológico” a lo “claramente biológico”¹ han tenido su reflejo en las nociones inexactas sobre el trastorno: frente al *Licenciado Vidriera* de Cervantes súbitamente convencido, tras ingerir una poción amorosa, de haberse convertido en un frágil cristal, se encuentra el *Argán* de Moliere que, acuciado por innumerables problemas de índole amorosa, económica y hasta social, va transformando estos problemas en malestares y preocupaciones físicas, para las que, sin embargo, no encuentra solución pese a las muchas pócimas, remedios y consultas a las que se somete (y le someten sus médicos). Su lenta, pero inexorable, transformación en *enfermo imaginario* le lleva, finalmente, a convertirse él mismo en médico. Desde el punto de vista conceptual, Argán ha ganado la bata-

¹ No queremos decir con esto que nos parezca adecuada semejante distinción, tanto más cuanto hoy está fuera de toda duda que no hay alguna enfermedad ni trastorno, mental o físico, que pueda explicarse ni menos aún abordarse desde una única perspectiva, sea ésta biológica, social o psicológica. Las nociones unicasales acerca de las enfermedades y, aun más, la consideración de un único tipo de causalidad, han dejado ya de ser, por fortuna, objeto de debate científico. Pero justo es reconocer que ese debate ha estado presente en la historia misma de la hipocondría y, por esa razón, lo mencionamos aquí.

lla a Vidriera: la hipocondría se sitúa hoy, como más adelante se verá, en el terreno de los trastornos mentales no psicóticos, o si se prefiere, de los claramente neuróticos. Y, frente a la consideración de un inicio abrupto, con nula o escasa vinculación con acontecimientos vitales, se encuadra dentro del grupo de los trastornos de curso lento e insidioso, de largo recorrido, reforzados por el entorno y como consecuencia final de una acumulación de estresores vitales y necesidades personales no resueltas.

En cuanto a su expresión clínica, el peso de los factores culturales ha influido, como no podía ser de otro modo, en su forma de presentación, y puede que también en su génesis: el Argán actual ha sustituido las purgas, sangrías e irrigaciones, por analgésicos, diuréticos y dietas. Ya no confía sólo en los amables cuidados que le prodiga el atento Purgón, pues requiere las opiniones de más expertos lo que, lejos de calmar su inquietud, le lleva a buscar y demandar cuantos cuidados pueda ofrecerle el sistema sanitario, incluyendo los más modernos y sofisticados instrumentos diagnósticos (analíticas, radiografías, resonancias y escáneres varios) y, entre sus preocupaciones y desvelos, se encuentran enfermedades inimaginables hace unos años, como el sida.

Pero, pese al halo de sofisticación que envuelve la existencia de nuestros enfermos *imaginarios actuales*, sigue compartiendo con el buen Argón lo más sustancial: haber hecho del miedo a la enfermedad y a la muerte el núcleo mismo de su existencia. Atrapado en ese miedo, busca denodadamente un imposible: la certeza de que está completamente sano.

La agitada historia de un trastorno y su concepto

Pocos trastornos mentales hay con tan extendida historia en la psicopatología como la hipocondría; pero, menos todavía, con una historia tan errática como la suya. La palabra misma, hipocondría, se ha utilizado tanto para designar un locus anatómico específico, como para referirse a un trastorno mental y, ni en un caso ni en el otro, ha habido casi nunca acuerdo. Por ejemplo, Hipócrates la acuñó en el siglo V a. C. para referirse a la parte del abdomen que se encuentra debajo de la parrilla costal, pero Celsus la incluyó en el concepto más amplio de *área precordial* (Berrios, 2001).

Desde el punto de vista de su identificación como trastorno, las concepciones que se han venido planteando han sido también extraordinariamente variadas: desde las ideas de Thomas Willis (1621-1675), asumidas después por Thomas Sydenham (1624-1689) considerándola como el análogo masculino de la histeria, hasta las de George Cheyne (1671-1743), quien la catalogó como “la enfermedad inglesa”, atribuyendo su padecimiento a personas de gran inteligencia y clase social elevada. Asimismo, su ubicación en el abanico de los trastornos mentales ha sido fuente de interminables debates: algunos, siguiendo la estela de Cullen, la consideraron como una modalidad de neurosis, mientras que otros, partidarios de las ideas de Fabre, la concibieron como una forma de demencia o insania.

Los fallidos intentos por demostrar la génesis somática de trastornos *nerviosos* como la hipocondría condujeron a la idea de un posible origen psicológico. Ya en el siglo XIX, el tratado *De l'Hypochondrie et du Suicide* de Falret supuso un paso decisivo en esta dirección al sostener que las causas de la hipocondría eran de índole moral e intelectual (Baur, 1988). No obstante, pese a estas tentativas, durante la primera parte del siglo XIX coexistieron los conceptos de *hypocondria cum materia* e *hypocondria sine materia*, representando el primero aquellos casos en los que la sintomatología se derivaba de los órganos corporales en los que existía patología en los tejidos y denotando el segundo aquellas situaciones en las que no era posible detectar esta anomalía y, por tanto, se presumía que los factores psicógenos eran los responsables de los síntomas (Nemiah, 1982). Como recuerda Berrios (2001), ya al final del siglo XIX, Savage intentó conciliar ambos planteamientos tan extremos apelando a la extrema amplitud de posibilidades de presentación clínica del trastorno, que irían desde la hipersensibilidad hacia las enfermedades, hasta el delirio y las tendencias suicidas.



A finales del siglo XIX y principios del XX, las aportaciones de diversos autores contribuyeron de manera decisiva a que la hipocondría se escindiera conceptualmente de la histeria con la que hasta entonces había estado más o menos unida; ello dio pie a considerar la histeria como un trastorno mental “auténtico”, mientras que la hipocondría se empezó a concebir como una condición situada a mitad de camino entre la enfermedad mental y la física. Con Charcot, la histeria quedó caracterizada como un trastorno que cursa con importantes alteraciones de la conciencia, las funciones motoras y sensoriales, reservándose el término hipocondría para las quejas subjetivas, vagas y poco claras sobre molestias corporales (Nemiah, 1982).

Pero, sin duda, fue Pierre Janet (1910) quien propuso las ideas más certeras acerca del trastorno: por un lado, conceptuó las *obsesiones* hipocondríacas como una modalidad de *neurosis psicasténica*; por otro, situó el miedo a la muerte en el centro mismo de la etiopatogenia del trastorno. Al concebirla como una psicastenia (una obsesión, en términos actuales) abrió el camino para entender mejor su fenomenología, pues tal consideración conlleva la idea del hipocondríaco como un individuo cuyo pensamiento parece estar casi permanentemente ocupado por la preocupación acerca de su estado de salud. Y es precisamente ese estado de constante preocupación —que hoy se catalogaría como *worry patológico* y que vincula este trastorno con el de ansiedad generalizada—, el que explica el comportamiento del hipocondríaco —búsqueda de reaseguro, evitación de situaciones potencialmente peligrosas o dañinas para la salud, hipervigilancia ante cualquier indicio de enfermedad o malestar—, así como su estado de ánimo, caracterizado por la angustia y la disforia. Por su parte, estas dos características del estado anímico ejemplifican bien el significado de psicastenia: cansancio mental. Como más adelante se explicará, estas ideas de Janet se hallan presentes en la caracterización clínica actual del trastorno hipocondríaco, así como en el debate acerca de su consideración como un trastorno de ansiedad.

Freud (1914) amplió la distinción entre los conceptos de histeria e hipocondría, planteando que en esta última se producía una retirada de la libido de los objetos externos y una concentración sobre los órganos centro de preocupación. No obstante, señaló que en este trastorno realmente se producían alteraciones orgánicas y lo catalogó, junto con la neurastenia y la neurosis de angustia, como *neurosis verdadera*. Esta definición de la hipocondría dio paso a un periodo de su historia en el que, al encontrarse en “tierra de nadie”, fue objeto de desatención tanto por parte de los fisiólogos como de los psicoanalistas.

El trastorno volvió a recobrar cierto interés a partir del trabajo de Gillespie (1928), quien, retomando las ideas de Janet, definió la hipocondría como:

una preocupación mental por un trastorno físico o mental real o supuesto; una discrepancia entre el grado de preocupación y las razones para ello, de modo que el primero es mucho mayor de lo que está justificado; y un estado afectivo caracterizado como una involucración con la convicción y la consiguiente preocupación, así como la indiferencia hacia la opinión del entorno, incluida la no respuesta a la persuasión [citado en Barsky, Wyshak y Klerman, 1986, p. 494].

Sin embargo, como señala Nemiah (1982), a pesar de las contribuciones de autores como Gillespie, el uso del término durante las décadas de 1920 y 1930 estuvo muy restringido, considerándose, en la mayoría de las ocasiones, que el trastorno era secundario a otras condiciones clínicas.

Las cinco décadas siguientes seguirían caracterizándose por el olvido casi completo de la hipocondría, del que las escasas publicaciones constituyen la prueba más evidente. Tal vez, la hegemonía del enfoque conductual de la psicología, en su expresión más radical sea, en



Pierre Janet concibió a la hipocondría como una psicastenia (obsesión).



parte, responsable de ello; pero, también, como indican Warwick y Salkovskis (1990), la desatención a la hipocondría por parte de la terapia de conducta tradicional pudo deberse, además, a la influencia de ciertas perspectivas psiquiátricas tradicionales que la consideraban secundaria a otras alteraciones y no sólo a la dificultad de explicar este trastorno desde las formulaciones comportamentales.

Presentación clínica

Para un clínico, escuchar a los pacientes es uno de los mejores modos de saber a qué nos estamos enfrentando cuando hablamos de hipocondría. Por eso mismo, antes de entrar en consideraciones diagnósticas y técnicas, remitimos al lector al examen de unos breves, pero ilustrativos, fragmentos recopilados de nuestros propios pacientes, pues en ellos se condensa, a nuestro parecer, lo verdaderamente nuclear de este padecimiento que tantas veces ha sido objeto de burla cuando no de una auténtica estigmatización y desprecio. En el cuadro 24.1 se presentan estos relatos.

Cuadro 24.1 ¿Cómo expresa su malestar el paciente hipocondríaco?

Luis, 47 años, casado, abogado

“De pequeño ya me preocupaban los problemas de salud [...]. Tenía muchos temores, sobre todo miedo a una enfermedad mortal y a morirme [...]. No creo que tenga problemas médicos en sentido estricto [...] me trato de controlar y no acudir tanto como quisiera al médico [...] con el tiempo aprendí a controlarme más, pero las preocupaciones y los miedos los sigo teniendo; de hecho, siento que organizan mi vida [...].”

Ana, 40 años, casada, médico

“Soy una persona que ha gozado de buena salud, pero pocos días me he sentido gozando de esa salud. Siempre me recuerdo mal por algo o temerosa de algo malo y esto me ha impedido disfrutar más plenamente de la vida. [...] más que el miedo a sufrir, es el hecho de morirse, [...] es una sensación que me acompaña desde siempre, [...] se me hace tan pesado, son tantos años, tantas formas que ha ido tomando [...] estoy obsesionada con esto, y no puedo librarme; a veces pienso que quizá no haya tenido preocupaciones importantes y eso hizo que me centrara más en mí [...] no tengo derecho a sentirme así [...].”

Pedro, 30 años, casado, reportero gráfico de televisión

“Es como si algo me hubiera reventado en el cerebro [...] no estoy enfermo ahora, pero pienso que puedo enfermar, tengo mucho miedo a morirme [...]. Me doy cuenta que estoy haciendo cosas que antes no hacía, tomarme el pulso, leer los prospectos de los medicamentos y me encuentro más atento a lo que siento en mi cuerpo [...] pero lo más pesado es que tengo una fuerte sensación de estancamiento, [...].”

Manuel, 26 años, soltero, estudiante

“Desde que me levanto hasta que me acuesto, todo el día está la preocupación ahí dentro, rondando, es mi primera presencia cada día, un run-run continuo [...] la muerte, morirme [...] a veces consigo no pensar, pero en cuanto me descuido vuelve [...] siempre es igual. Ha tomado varias formas. Ahora es: ¿y si me contagié? ¿tuve bastante cuidado? [...] pero en el fondo sé

(continúa)



Cuadro 24.1 ¿Cómo expresa su malestar el paciente hipocondríaco? (continuación)

que no tengo el sida, es imposible, no tengo ningún síntoma, no he hecho nada para contagiarme, tomo todas las posibles precauciones [...] me hago análisis cada dos por tres, ya me conocen en todas partes [...] además, ahora es el sida, pero hace dos años era un tumor cerebral [...] yo sé que mi miedo es a morirme [...] sé que el dolor se puede controlar, pero la muerte no hay forma de evitarla [...] no quiero morirme [...] me siento mal por no estudiar lo que debiera, no puedo decírselo a mi padre, después de todo lo que hace por mí [...] no puedo más, este miedo me está matando [...].”

Elvira, 34 años, casada, ama de casa

“No me la puedo quitar de la cabeza, es como una obsesión, está todo el día ahí, haga lo que haga [...] cualquier cosa me alarma, una tos, un picor, un dolorcito; es tan pesado, toma tantas formas [...] no puedo soportar la idea de morirme y creo que por eso estoy todo el día pendiente de qué me pasa, [...] por las noches es insoportable [...] a veces me despierto sobresaltada y necesito comprobar mi pulso, el ritmo de mi respiración [...] mi marido no sabe nada, no tengo derecho a cargarle con esto, bastante tiene con la empresa, trabaja todo el tiempo para que no nos falte de nada [...]. Voy al médico y me dice que no tengo nada, pero algo tengo, esto no es normal, si me viene tanto a la cabeza, por algo será [...].”

Como puede observarse, los relatos difieren en algunos aspectos, pero son extraordinariamente coincidentes en otros: primero, el sentir la mente casi constantemente ocupada por pensamientos sobre el estado de la propia salud (preocupaciones); segundo, la presencia constante del miedo a morir y a la muerte; tercero, la tendencia a prestar una atención excesiva al propio cuerpo, acompañada de conductas de comprobación y dificultades, cuando no de franca imposibilidad, para prestar atención (y disfrutar) de la vida; y cuarto, la expresión más o menos explícita de sentimientos de culpa y vergüenza, que en algunos casos lleva a ocultar sus temores y preocupaciones. Y, como consecuencia casi lógica de todo ello, un estado de ánimo dominado por el abatimiento y la desesperanza.

Ninguno de estos síntomas es, por sí mismo, exclusivo de la hipocondría. Quizá por ello, a pesar de los muchos esfuerzos por acotar y definir el trastorno, la hipocondría no parece haber logrado reunir hasta el momento la suficiente coherencia o unidad de signos y síntomas que han alcanzado otras entidades, como la ansiedad, la depresión, la esquizofrenia o el trastorno bipolar, por mencionar algunos. Se trata, pues, de un trastorno cuyos síntomas propios son a menudo vagos, difíciles de precisar y que presentan casi siempre límites borrosos tanto con las normales preocupaciones por la salud, el bienestar o el miedo a morir, como con otros trastornos mentales: desde la nosofobia al delirio, pasando por la disforia, las somatizaciones, la ansiedad generalizada, o el trastorno obsesivo compulsivo, por citar los más habituales. Esta difusión de límites se traduce en dificultades al momento de su encuadre conceptual, ya que se lo asocia con, al menos, tres complejos disfuncionales diferentes: trastornos somatoformes, obsesivos y fóbicos. Con los primeros, comparte la presencia de síntomas físicos no explicados médicamente; con los segundos, las intrusiones mentales (en forma de preocupaciones recurrentes sobre enfermedades) y los comportamientos de neutralización (rituales de comprobación, búsqueda de resguardo); con las fobias, el miedo patológico y las reacciones de ansiedad anticipatoria.

Con respecto a este último complejo disfuncional, cabe decir que existe una tendencia generalizada a definir la hipocondría como el temor a las enfermedades. Utilizando el esquema que se aplica a las fobias, tiende a verse en este trastorno un temor exagerado (y, por lo tanto, irreal) frente a una determinada situación de amenaza ante la integridad física y la salud. Esta percepción aumentada (distorsión cognitiva) de una amenaza a la integridad corporal puede variar desde la manera en que la persona puede vivenciar un estado físico espe-



cífico (por ejemplo, la aparición de una fiebre), hasta la representación ilusoria de signos físicos que sólo él o ella creen ser capaces de registrar. El primer rasgo que los terapeutas encontramos frente a esta descripción es que los pacientes “verdaderamente” hipocondríacos no son personas que reaccionen de esa manera frente a cualquier enfermedad, sino exclusivamente ante aquellas situaciones que son visualizadas por ellas como que pueden tener un desenlace fatal. Lo que el hipocondríaco teme no es la enfermedad en sí misma, sino a la muerte (los casos de Ana y Manuel, ilustran bien esta idea). Es el carácter terminal e irremediable de una enfermedad lo que despierta su reacción angustiada y lo que puede sumirlos en una verdadera depresión. Por lo que se refiere a la evitación, característica de las fobias, no es definitoria de la hipocondría. En una nosofobia, el paciente procura evitar cualquier situación o contexto que le recuerde su miedo patológico. El paciente hipocondríaco intenta comprobar que no está enfermo y, para ello, no sólo no evita informarse sobre la enfermedad que teme, ante cuyos signos y posibles indicios está particularmente atento, sino que, además, busca pruebas que refuten su temor. En última instancia, lo que evita es, por así decir, la muerte. Naturalmente, esta evitación está muy lejos de poder asimilarse a la evitación fóbica.



Lo que el hipocondríaco teme no es la enfermedad en sí misma, sino a la muerte.

Starcevic (2001) ha propuesto seis posibles características definitorias de la presentación clínica del trastorno, cuya importancia e intensidad son en extremo variables de un paciente a otro, e incluso, en un mismo paciente en diversos momentos: 1) síntomas corporales, 2) preocupación por el funcionamiento del cuerpo, 3) miedo a estar ya padeciendo una enfermedad grave, 4) sospecha de estar padeciendo ya una enfermedad grave que los médicos no han detectado, 5) resistencia al reaseguro médico rutinario, y 6) comportamientos hipocondríacos.

Por lo que se refiere a la primera (los síntomas corporales), Starcevic indica que, aunque no siempre están presentes, cuando se experimentan, o bien, no se ajustan a ninguna condición médica demostrable (son “funcionales”) o se expresan con mucha mayor intensidad de lo que cabría esperar. Este criterio es, no obstante, problemático, pues, de tomarse al pie de la letra, excluiría, en la práctica, a muchos pacientes hipocondríacos que no presentan síntomas o los que expresan son difusos y poco específicos, o es difícil considerar que su objeto de preocupación y miedo sea, en realidad, un síntoma en sentido estricto (¿pueden ser verdaderamente considerados como síntomas una tos ocasional, o un ligero cansancio, o una rojez en

la palma de la mano o un leve picor...?). Otro elemento problemático tiene que ver, en nuestra opinión, con el hecho de que la insistencia excesiva en este requisito plantearía, en muchos casos, problemas de diagnóstico diferencial con el trastorno somatoforme, que se define, precisamente, por la presencia de síntomas de tipo funcional. Por último, si únicamente se consideraran los síntomas físicos, se excluye la posibilidad de la “hipocondría mental”, entidad mal definida y, sin duda, problemática, pero que en alguna ocasión es posible observar en la práctica clínica y que alude a la preocupación por estar desarrollando una enfermedad mental irremediable que lleva a otra modalidad de muerte no menos temida: la psicológica. En relación con las implicaciones nosológicas de la “hipocondría mental”, Schmidt (1994) ha sugerido que, si la evidencia empírica verifica la existencia de esta modalidad, sería un dato a favor de la posibilidad de incluir la hipocondría en la categoría de los trastornos de ansiedad y, en concreto, como un trastorno de ansiedad patológica por la salud. Dada la importancia de este aspecto y sus posibles implicaciones tanto a nivel conceptual como de tratamiento, lo retomaremos más adelante.



En cuanto a la preocupación por el funcionamiento del cuerpo, es, quizá, la característica más representativa del trastorno, el *sine qua non* para su diagnóstico. Se manifiesta por intrusiones constantes, un estado casi permanente de “escucha” o el examen más o menos repetido de diversas partes del cuerpo. Pero es importante añadir que a los pacientes les preocupan no sólo sus síntomas, sino, sobre todo, qué significan o pueden significar (Avia, 1999). Un aspecto importante a destacar es que estas preocupaciones son una modalidad de intrusiones mentales, de ahí las similitudes que pueden existir con las ideas obsesivas, los pensamientos negativos de tipo depresivo, o las reexperimentaciones traumáticas que se producen en el trastorno por estrés postraumático. Más adelante retomaremos las relaciones entre la hipocondría y el trastorno obsesivo compulsivo.

La tercera de las características señaladas por Starcevic (2001) es el miedo a estar padeciendo ya una enfermedad grave. Antes hicimos alusión a ello. A diferencia de la fobia a las enfermedades, el hipocondríaco no siempre considera sus miedos como excesivos o poco razonables, ni tiene únicamente miedo de contraer una enfermedad en el futuro, sino, sobre todo, de estar padeciéndola ya, aquí y ahora. Ello conlleva, a diferencia de la nosofobia, que no evite las visitas a médicos y hospitales y que no experimente niveles excesivos de ansiedad cuando se encuentra en un contexto sanitario, pues considera el encuentro con los profesionales como una oportunidad para informarse y hallar así alivio para sus miedos. Warwick y Salkovskis (1989) señalan que, en la fobia a la enfermedad, los estímulos implicados son, habitualmente, externos (por ejemplo, hospitales), mientras que en la hipocondría, por lo general, son internos (por ejemplo, sensaciones corporales como molestias estomacales). La otra diferencia radica en que el fóbico a la enfermedad hace frente a la ansiedad evitando el estímulo temido; en cambio, el hipocondríaco recurre a conductas neutralizadoras de la ansiedad (por ejemplo, auto comprobación del estado corporal). Warwick y Salkovskis afirman que, probablemente, ambas condiciones coexisten en diversos grados en la mayoría de los pacientes y que el estado de éstos fluctúa entre la convicción y el temor a la enfermedad, dependiendo de sus niveles de ansiedad.

El siguiente elemento señalado por Starcevic (2001), la sospecha de estar padeciendo ya una enfermedad grave que los médicos no han detectado, resulta particularmente interesante y ha dado lugar a interpretaciones dudosas en relación con la confusión entre creencia, sospecha y convicción, entre otras. Es importante señalar que a lo que se alude en este caso es a lo siguiente: más que la convicción de estar enfermos, los pacientes están casi seguros de ello, pero les falta la certeza absoluta. Según Rachman (1974), esta sospecha sería una consecuencia del estado de preocupación mórbido en el que viven. Otros autores plantean, más bien, que se trataría de una idea sobrevalorada y fija sobre la presencia de una enfermedad, lo que explicaría hechos como la tendencia de los hipocondríacos a tener como tema preferente y casi exclusivo de conversación la salud y las enfermedades.

Por lo que hace a la resistencia al reaseguro médico rutinario, Starcevic (2001) señala que es importante destacar el término “rutinario” para explicar este comportamiento del paciente. A lo que el hipocondríaco se resiste es a admitir una explicación del tipo “no se preocupe más, no le pasa nada, su salud está bien”, después de que las pruebas y análisis médicos no hayan encontrado una base razonable para sus miedos, su preocupación, o sus síntomas. Sin embargo, cuando el médico proporciona información detallada y relevante, manifestando una actitud empática y presta una atención cuidadosa, el paciente no muestra rechazo a la información tranquilizadora del médico. El carácter obsesivo de estos pacientes, su falta de confianza en sí mismos, su intolerancia a la incertidumbre, el que sean poco influenciados por opiniones de terceros y puede que sus ideas sobrevaloradas sobre la salud y su significado (algo así como “no tengo que enterarme de mi cuerpo, una buena salud quiere decir que no debo sentir nada, ni el más mínimo malestar”), podrían estar en la base de estas resistencias al reaseguro poco cuidadoso o rutinario. Si se tienen en cuenta estas consideraciones, el segundo de los criterios diagnósticos del DSM-IV-TR y el C de la CIE-10 (véase el cuadro 24.2) adquieren un significado distinto del que podría extraerse con una primera lectura de tales criterios.





El tema de si la explicación del doctor al paciente es relevante para definir la hipocondría es aún polémico.

Por otro lado, Warwick y Salkovskis (1989) ponen en duda este tipo de criterios puesto que implican que un paciente no puede recibir la catalogación de hipocondríaco a menos que las explicaciones médicas hayan resultado improductivas. Si esto fuera así, argumentan, el diagnóstico del trastorno dependería no sólo de las características clínicas del paciente, sino de las actuaciones que llevan a cabo los facultativos con sus pacientes, de en qué medida éstas son pertinentes al problema, la queja o a la demanda y de hasta qué punto son convenientemente explicadas y adecuadamente comprendidas. Salkovskis y Clark (1993) también han puesto en entredicho este criterio sobre la base de las consideraciones siguientes: 1) en determinados contextos, los pacientes no pueden acceder a la información médica tranquilizadora; 2) algunos pacientes rehúsan consultar al médico; 3) a menudo, los pacientes hipocondríacos buscan apaciguar sus temores por otros canales que impliquen recurrir al médico (por ejemplo, familiares, amigos, libros de medicina); y 4) este criterio no especifica el tipo de información tranquilizadora que no es efectiva en estas personas.

En esa misma dirección Starcevic (1991, 2001) sostiene que tal aspecto definitorio de la hipocondría resulta ambiguo puesto que puede ser objeto de una doble interpretación.

Por una parte, la existencia de algo consustancial a la hipocondría que haría que las explicaciones no produjeran los efectos curativos esperados; y por otra, que las explicaciones ordinarias de “sentido común” son las que resultan estériles en este trastorno. De acuerdo con Starcevic, si la primera de ellas fuese correcta y a los pacientes hipocondríacos no se les pudiese convencer de ninguna manera de que sus temores y sospechas de enfermedad no tienen razón de ser, se podría poner en entredicho la validez de conceptuar la hipocondría como un trastorno de carácter no delirante. La segunda interpretación concuerda con la impresión clínica de que la información tranquilizadora que es capaz de suprimir las preocupaciones por la enfermedad de la mayoría de las personas, no lo es en el caso de los pacientes hipocondríacos. Sin embargo, la constatación, por parte de algunos estudios (Kellner, 1982, 1983, 1986), de que la atención médica a las demandas de explicaciones del paciente puede ser efectiva, lleva a Starcevic (1991) a plantear que, dependiendo del tipo de explicaciones y de la forma en que se proporcionen, éstas pueden llegar a ser útiles para el tratamiento de la hipocondría. Según este autor, “la definición actual de hipocondría es errónea debido a que implica que cualquier información tranquilizadora tiene un poder ‘por naturaleza convincente’ y curativo al cual un individuo determinado debe responder con una mejoría sintomática” (p. 122).

En cuanto al último de los componentes, el comportamental, incluye básicamente dos conjuntos de posibilidades: primero, la autofocalización en el propio cuerpo, que lleva a realizar auto comprobaciones repetitivas del estado de salud y de que no se está enfermo; segundo, la búsqueda y acumulación de información, lo que a menudo incluye un elevado consumo de recursos sanitarios. Pero no hay que olvidar que también, en algunos momentos, puede evitar acudir al médico por miedo a que le confirmen sus temores, a que le descubran algo que “no tiene remedio”. De cualquier modo, en general estos pacientes tienden a someterse a más exámenes médicos de los habituales, a coleccionar los resultados de tales exámenes, a comparar los informes de diversos momentos y especialistas que han visitado, a llevar un registro en ocasiones detallado de sus síntomas, problemas y medicación recibida, pero, además, a buscar explicaciones de lo que les sucede y no tanto tratamientos. Este último aspecto es particularmente significativo: el hipocondríaco no suele buscar en el médico un trata-



miento concreto, sino, más bien, una explicación convincente de lo que le está sucediendo o le puede ocurrir en el futuro, lo que nos lleva de nuevo al debatido asunto de la búsqueda de información tranquilizadora y a su papel en el mantenimiento del trastorno. Por otro lado, el hecho de que pueden llegar a ser grandes consumidores de recursos sanitarios no significa que sean especialmente cuidadosos con su salud; es decir, pueden acudir muchas veces al médico, mas no se muestran especialmente proclives a emprender de modo consistente comportamientos saludables, ni tampoco son pacientes que cuando tienen una enfermedad que requiere un tratamiento continuado presentan una adhesión especial al tratamiento recomendado.

Por último, es preciso resaltar —recuerda Starcevic (2001)—, que todas estas características varían de unos pacientes a otros en cuanto a su presencia e intensidad y aun en un mismo paciente a lo largo de los diversos episodios o exacerbaciones que pueda experimentar. De nuevo, como decíamos al inicio, la unidad de signos y síntomas en la hipocondría es más un deseo de los investigadores que una realidad clínica.

Entre sus consideraciones, Starcevic no incluye otras dos que, en nuestra opinión, resultan muy comunes en la hipocondría: la primera de ellas es el miedo a la muerte. Este temor no es, evidentemente, algo privativo de esos pacientes. Está presente en muchas otras disfunciones, si bien es precisamente en este trastorno en donde se convierte en algo nuclear —como ya descubrió Janet—, y por supuesto, como sucede con tantos otros temores y patologías, aparece en muchas formas de la experiencia normal (Castañeiras, Belloch y Martínez, 2000). Pero en la hipocondría este miedo resulta ser una experiencia extrema, que se traduce en un modo de funcionamiento rígido y estereotipado, no adaptativo y, por eso mismo, disfuncional, de modo análogo a lo que ocurre en un trastorno de personalidad, que puede conceptuarse como la expresión rígida, estereotipada y extrema de un cierto modo de ser y comportarse. En un estudio sobre la psicopatología del trastorno en el que participaron los autores (Castañeiras, 2001) se pudo constatar la variabilidad que presentaban los pacientes hipocondríacos en la forma de presentación de su malestar: la gran mayoría (78%) presentaba quejas de tipo físico y psicológico (“decaimiento, fatiga, impotencia, bajo en todo, sin ganas...”, “bultitos, dolores en los dedos, caída del pelo, triste, desmotivado...”), mientras que 17% relataba malestares difusos y generalizados (“siempre tengo alguna tecla, pero no puedo precisar”, “soy un inventario abierto de malestares...”) y sólo 4% centraba su queja en un malestar concreto y acotado (“no puedo tragar... miedo a ahogarme”, “dolor precordial”). Pero, en todos los casos, los pacientes manifestaban que en el fondo de sus preocupaciones y miedos concretos siempre se hallaba presente el miedo a la muerte por una enfermedad larga y sin remedio.

En este punto, es preciso puntualizar que el miedo a la muerte al que aquí nos referimos es muy diferente al que aparece en la tanatofobia, un trastorno a mitad del camino entre las fobias y las crisis de angustia o pánico. Fava *et al.* (1995) han formulado los tres criterios siguientes como imprescindibles para un diagnóstico de tanatofobia: 1) ataques con sensación de muerte inminente y/o con la convicción de morir muy pronto, sin razones médicas objetivas que avalen esa sensación y/o convicción; 2) miedo y evitación manifiestos y persistentes a noticias que recuerden la muerte. La exposición a estos estímulos provoca una respuesta de ansiedad inmediata; 3) la evitación de los estímulos, su anticipación ansiosa y el malestar asociados interfieren significativamente con el funcionamiento de la persona. Así pues, se trata de una modalidad de crisis de angustia, en donde la característica predominante durante el ataque es la sensación vívida de muerte inminente o a muy corto plazo.

La segunda de nuestras consideraciones tiene que ver con la apariencia social del hipocondríaco: en muchos casos, se trata de una persona que sobrelleva relativamente bien su padecimiento, no dando la apariencia de un individuo desadaptado, extraño, que desatienda sus obligaciones y sus roles. Como muchos obsesivos hacen con sus obsesiones, el hipocondríaco puede ocultar sus temores la mayor parte del tiempo y no comunicar sus preocupaciones más que a un grupo reducido de allegados, en parte porque cree ser capaz de “controlarlas” por sí mismo, en parte por temor al rechazo, a la crítica, e incluso la burla, en parte



porque se siente culpable de ocupar su mente en miedos “sin causa”. Sabe, cree saber, que sus preocupaciones y su miedo no se basan en “hechos” y ello añade un elemento extra a su malestar.

Por último, es preciso diferenciar entre reacciones hipocondríacas y un trastorno hipocondríaco a semejanza de lo que sucede, por ejemplo, en el caso de la reacción depresiva y la personalidad depresiva o la distimia. Las reacciones hipocondríacas son, quizá, mucho más frecuentes de lo que se puede suponer y, en principio, no suelen requerir tratamiento ya que tienden a debilitarse y desaparecer en un tiempo relativamente breve. Por lo común, son consecuentes a una experiencia vital desagradable con la enfermedad (propia o de allegados). ¿Quién no se ha preocupado alguna vez más de lo normal por su corazón al enterarse de que un conocido sufrió un infarto de miocardio?, o ¿quién después de convivir durante cierto tiempo con un familiar enfermo no se ha preguntado alguna vez si no estará destinado a padecer la misma enfermedad?, o ¿qué madre o padre no se han preocupado en exceso cuando el resfriado de su hijo se alarga más de lo habitual?, o ¿quién ante una campaña de información pública sobre tal o cual enfermedad no se ha “atrapado” examinándose para descubrir si presenta algún indicio sospechoso? Sin embargo, cuando hablamos de trastorno hipocondríaco nos estamos refiriendo a personas cuyo horizonte vital está limitado desde hace tiempo o por periodos prolongados como consecuencia de sus temores y preocupaciones



¿Quién después de convivir durante cierto tiempo con un familiar enfermo no se ha preguntado alguna vez si no estará destinado a padecer la misma enfermedad?

constantes y exagerados por su salud, lo que por lo regular les lleva a emplear mucho tiempo en consultas médicas y a que puedan sobrecargar sus relaciones personales con sus miedos y temores por posibles problemas físicos, incluyendo en ello, muchas veces, a los otros significativos.

Una vez expuestas las que a nuestro entender son las características clínicas más importantes de la hipocondría y su forma de presentación, examinaremos en forma breve los criterios diagnósticos específicos que plantean para este trastorno los manuales diagnósticos de la American Psychiatric Association (DSM) y la Organización Mundial de la Salud (CIE).

Curso clínico

Un asunto bastante asentado en la literatura sobre la hipocondría es considerarla como un trastorno crónico y deteriorante. Así, en el estudio de Noyes *et al.* (1994), 67% de 48 pacientes hipocondríacos seguían cumpliendo criterios diagnósticos al año de seguimiento, persistiendo sintomatología hipocondríaca en la mayoría de los restantes. A partir de estos datos, concluyeron que la hipocondría es un trastorno crónico que sigue un curso fluctuante. Sin embargo, su evolución no es siempre tan desesperanzadora, pues ciertos subtipos o modalidades pueden experimentar una notable mejoría. Para Baur (1988), el hipocondríaco puede empeorar; puede estar sometido a crisis reiteradas de hipocondría de gravedad similar, pero que, progresivamente, resultan más manejables; puede convertirse en un inválido profesional o verse dominado por el poder de las modas (por ejemplo, las vitaminas, el gimnasio); o puede recuperarse. Veamos cuáles son, según la bibliografía revisada, los perfiles hipocondríacos con mayor probabilidad de remisión.



Kellner (1985) recogió los siguientes indicadores de buen pronóstico: preocupaciones de corta duración, presencia de ansiedad o depresión (en oposición a la ausencia de emociones y/o su expresión), inicio agudo, ausencia de trastornos de personalidad, estatus socioeconómico elevado, edad joven, escasas referencias anteriores a otros médicos (no psiquiatras), ausencia de enfermedad orgánica, ausencia de características histriónicas en pacientes femeninas y ausencia de sentimientos de resentimiento en varones.

Bass y Potts (1993) señalaron que los factores que pueden predecir una mala respuesta al tratamiento de los pacientes con trastornos somatoformes son: 1) ausencia de ansiedad y depresión; 2) potente atribución de los síntomas a una causa física; 3) dolor no agravado por el estrés o la ansiedad; 4) una larga historia de operaciones quirúrgicas que no hayan eliminado el dolor; 5) dolor de duración crónica; 6) dolor constante que no remite; 7) tratamiento para un trastorno afectivo resistente, y 8) el cónyuge tiene una elevada puntuación en las escalas de hipocondría. Por último, aunque el DSM-IV insiste en que la hipocondría es un trastorno de evolución crónica, considera indicadores de un buen pronóstico el inicio agudo, la comorbilidad, la ausencia de trastornos de la personalidad y la ausencia de ganancias secundarias.

Diagnóstico categorial

En la primera edición del *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (DSM-I), publicada por la APA en 1952, se agruparon bajo el rótulo genérico de trastornos psiconeuróticos todos aquellos “trastornos de origen psicógeno o sin cambio estructural o causa tangible claramente definida” (p. 6). En el DSM-II (APA, 1968), se sustituyó el nombre de la categoría por el de neurosis para describir aquellos trastornos en los que la angustia era “una característica llamativa”, tanto si “era sentida y expresada directamente” como si “era controlada inconsciente y automáticamente mediante mecanismos psicológicos de conversión, desplazamiento o de otra clase” (APA, 1987, p. 393). La categoría general de neurosis englobaba las siguientes ocho modalidades de neurosis: de angustia, histérica (de conversión y disociativa), fóbica, obsesivo compulsiva, depresiva, neurasténica, de despersonalización e hipocondríaca.

La edición de 1980 de este Manual (DSM-III) supuso una revolución en muchos aspectos (diagnóstico multiaxial, desaparición en la práctica del concepto de neurosis, reordenación de trastornos y categorías, redefinición de criterios diagnósticos explícitos...). En lo que se refiere a la hipocondría, se desligó de las neurosis y se incluyó bajo el epígrafe de los trastornos somatoformes, en donde continúa. El rasgo esencial de éstos se centró en la presencia de “síntomas físicos que sugieren una alteración física [...], en los que no existen hallazgos orgánicos demostrables o mecanismos fisiológicos conocidos y en los que hay pruebas positivas o presunciones firmes de que los síntomas se encuentran ligados a factores o conflictos psicológicos” (p. 253).

La tercera edición revisada del DSM (DSM-III-R, APA, 1987) no difirió demasiado de su predecesora. No obstante, se introdujeron algunas modificaciones para optimizar el diagnóstico. En relación con la *hipocondría*, las novedades más importantes fueron las siguientes: *a*) los síntomas motivo de preocupación no debían circunscribirse a los propios de las crisis de angustia; *b*) la duración mínima debía ser de 6 meses; *c*) se omitieron las referencias a las perturbaciones en el ámbito social o laboral que podían acompañar al trastorno; *d*) se restringieron los criterios de exclusión, limitándolos al trastorno delirante somático. En cuanto a la caracterización clínica del trastorno, la sintomatología esencial se centró en “la preocupación, el miedo o la creencia de tener una enfermedad grave a partir de una interpretación personal de los signos o sensaciones físicas que se consideran pruebas de enfermedad somática” (p. 310).

En cuanto a la última edición publicada del Manual (DSM-IV-TR, 2004), en el cuadro 24.2 se resumen los criterios diagnósticos que se proponen, junto con los de la CIE-10-DCR





(1993) para la hipocondría. Se ha alterado la ordenación de los criterios en el caso de la CIE-10 (pero conservando la numeración original) para facilitar la comparación entre ambos sistemas.

La preocupación, el miedo o la creencia de tener una enfermedad grave a partir de una interpretación personal es otro indicio de hipocondría.

Cuadro 24.2 Criterios diagnósticos para la hipocondría

DSM-IV-TR

- A. Preocupación con miedos a tener, o idea de que se tiene, una enfermedad grave, basándose en interpretaciones equivocadas de síntomas corporales.
- B. La preocupación persiste a pesar de la evaluación y el reaseguro médico adecuados.
- C. La creencia del criterio A no tiene intensidad delirante (como en el trastorno delirante, tipo somático) y no se circunscribe a una preocupación concreta sobre la apariencia (como en el trastorno dismórfico corporal).
- D. La preocupación provoca malestar clínicamente significativo o deterioro en el ámbito social, laboral o en otras áreas importantes de funcionamiento.
- E. La duración del trastorno es como mínimo de 6 meses.
- F. La preocupación no se explica mejor por el trastorno de ansiedad generalizada, el obsesivo compulsivo, el de pánico, un episodio depresivo mayor, ansiedad de separación, o por otro trastorno somatoforme.

Especificar si:

Poca conciencia de enfermedad: en el caso de que durante la mayor parte del episodio actual, la persona no reconozca que la preocupación por tener una enfermedad grave es excesiva o no razonable.

CIE-10-DCR

- A. Presencia de cualquiera de los siguientes aspectos:
 1. Creencia persistente, durante al menos 6 meses, de la presencia de un máximo de dos enfermedades físicas graves (de las que una al menos debe ser específicamente nombrada por el paciente).
 2. Preocupación persistente por una supuesta deformidad o desfiguración (trastorno dismórfico corporal).
- B. Rechazo persistente a aceptar el reaseguro médico de que no existe causa física para los síntomas o la anomalía física. (La aceptación a corto plazo del reaseguro; i.e., durante unas pocas semanas durante los exámenes médicos o inmediatamente después de ellos, no excluye el diagnóstico.)
- C. La preocupación por la creencia y los síntomas causa malestar o interferencia persistentes en el funcionamiento personal cotidiano, y lleva al paciente a buscar tratamientos o estudios médicos (o ayuda análoga de los sanadores locales)
- D. **Cláusula más habitual de exclusión:** los síntomas no se producen únicamente durante la esquizofrenia o trastornos relacionados (en especial, trastornos delirantes persistentes) o los trastornos del estado de ánimo (afectivos).



Como puede observarse, los criterios son básicamente superponibles, si bien resultan más claros los del DSM, en especial los referidos al primer criterio, que destaca la preocupación como elemento definitorio del trastorno. No obstante, hay que señalar que los criterios A, B, D y F se dedican en realidad a matizar el significado de esa preocupación. En cuanto al criterio C, también se enfoca en matizar lo expresado en el A, pero, en este caso, en relación con la creencia implícita (que no explícita) bajo el término "idea". Por su parte, los criterios CIE sí explicitan este aspecto de creencia, pero relacionándolo con la preocupación.

Aunque en otros trabajos ya hemos hecho referencia a las valoraciones críticas que se han venido planteando al respecto de estos criterios diagnósticos, remitimos a ellos a los lectores interesados en una mayor profundización al respecto (Belloch y Martínez, 1999; Castañeiras, 2001; Chorot y Martínez, 1995; Martínez, 1997).

Diagnóstico diferencial

La ambigüedad sintomatológica de la hipocondría plantea muchas dificultades en un ámbito tan importante en la práctica clínica como es el del diagnóstico diferencial. Para empezar, la sintomatología somática funcional, pese a no determinar por sí misma algún síndrome psicopatológico, representa un componente esencial de muchos de ellos. Por ello, las quejas físicas como manifestación de otro trastorno deben evaluarse y distinguirse de los trastornos somatoformes en general y de la hipocondría en particular.

A continuación se comentarán algunas condiciones clínicas que, al cursar con síntomas físicos, pueden confundirse con la hipocondría y a los que el clínico debe prestar especial atención para evitar posibles diagnósticos equívocos. En esta exposición seguiremos, en términos generales, lo expuesto en otros trabajos (Belloch y Martínez, 1999; Castañeiras, 2001; Chorot y Martínez, 1995) y, dada la importancia que en este contexto adquieren los trastornos de ansiedad y los de personalidad, dejaremos para el final las consideraciones en torno de ambos conjuntos de entidades en su relación con la hipocondría.

Enfermedades médicas

Puesto que la preocupación excesiva por la salud no es un antídoto contra el hecho de que alguien pueda tener una enfermedad médica no diagnosticada, el primer paso en el diagnóstico diferencial es excluir la existencia de tal posibilidad. Se debe prestar especial atención a las enfermedades con base orgánica que con frecuencia se acompañan de quejas somáticas múltiples y que, al inicio de su evolución, pueden simular síntomas somatoformes. Así, como apunta Kellner (1992), algunos pacientes con cáncer tienen al comienzo de su enfermedad síntomas somáticos vagos sin que las pruebas clínicas detecten algún tipo de patología. Entre los problemas orgánicos cuya presencia hay que descartar destacan (Marshall, 1987): trastornos endocrinos (por ejemplo, enfermedades tiroideas o paratiroideas), esclerosis múltiple, miastenia grave, lupus eritematoso sistematizado, anemia perniciosa, tumores, coronariopatías atípicas y síndromes virales crónicos de gravedad variable (por ejemplo, hepatitis crónica, mononucleosis, entre otros), que cursan con sintomatología física difusa y, a menudo, inespecífica. De hecho, en un estudio llevado a cabo por Kellner y Scheider-Braus (1988), se observó que a 17% de los pacientes inicialmente diagnosticados como hipocondríacos se les detectó posteriormente alguna patología orgánica que explicaba sus molestias físicas.

Pese a lo anterior, tampoco hay que adoptar un planteamiento extremo, es decir, someter al paciente a un escrutinio exhaustivo de su estado físico antes de plantearse el diagnóstico de hipocondría. Téngase en cuenta que, en la mayoría de los casos, los pacientes relatan una historia previa de exámenes y tratamientos médicos bastante amplia, en los que se han ido descartando las posibles causas físicas de sus síntomas. En la mayor parte de las ocasiones, un examen atento y cuidadoso de la historia médica del hipocondríaco será suficien-



te para descartar una justificación médica. Por otra parte, si bien una enfermedad orgánica puede justificar en gran medida la sintomatología física, también es cierto que ésta puede coexistir con la hipocondría; en estos casos, se debe diagnosticar hipocondría si el significado que el paciente da a sus síntomas y la preocupación que le provocan no se ajusta a lo que sería razonable esperar. De acuerdo con Schmidt (1994), cuando existe una enfermedad o trastorno orgánico, continúa siendo posible establecer un diagnóstico adicional de hipocondría en los cuatro casos siguientes: 1) el paciente interpreta catastróficamente la información médica acerca de la enfermedad; 2) no se tranquiliza cuando el médico le confirma el pronóstico favorable de su trastorno; 3) su temor o creencia se basa en síntomas físicos independientes de la enfermedad y 4) las preocupaciones hipocondríacas existían con anterioridad a la aparición de la enfermedad médica actual. Aunque estas indicaciones pueden contribuir a facilitar el diagnóstico conjunto de hipocondría y enfermedad médica, queda pendiente determinar el grado de discrepancia que debe existir entre síntomas con justificación orgánica y preocupación/temor/creencia exagerada asociada a ellos.

Por otro lado, como ha indicado Dubovsky (1988), los síntomas físicos difusos pueden ocultar signos indicativos de un trastorno mental orgánico. El diagnóstico diferencial se efectuará teniendo en cuenta que las quejas somáticas asociadas a ese tipo de trastorno se caracterizan por ser más variables e inconsistentes; que las demandas de ser tratado como un enfermo son menos relevantes que en los trastornos somatoformes, y que un detallado examen del estado mental detectará la presencia de alteraciones de la atención, concentración y memoria a corto plazo en los pacientes con trastornos mentales orgánicos.

Trastornos facticios y simulación

Los trastornos somatoformes implican síntomas físicos que no son producidos de manera voluntaria por el sujeto y se diferencian de la simulación y de los trastornos facticios sobre la base de ese criterio de “intencionalidad”. En la *simulación*, el individuo finge conscientemente estar enfermo con el fin de conseguir ciertos incentivos externos (por ejemplo, remuneración económica) que resultan fácilmente reconocibles dado el contexto que rodea al sujeto (APA, 1994).

En los *trastornos facticios*, el único propósito que la persona persigue es el de asumir el papel de enfermo y someterse a exploraciones y tratamientos médicos. Una táctica que ayuda a discriminar entre hipocondría, trastornos facticios y simulación es explorar la conciencia que posee el sujeto acerca de los motivos de su comportamiento. La persona que simula la enfermedad sabe bien lo que está haciendo y, sobre todo, por qué lo hace; la persona con un trastorno facticio aparentemente conoce la motivación más inmediata de su acción (cómo producir los síntomas), pero, en realidad, ignora por qué quiere adoptar el rol de enfermo y suele presentar una psicopatología mucho más abundante que el hipocondríaco, incluyendo el ámbito de sus relaciones sociales y personales.

Trastornos del estado de ánimo

Los síntomas somáticos son frecuentes en los *trastornos del estado de ánimo* (depresión). Los pacientes depresivos suelen quejarse de pérdida del sueño (o en ocasiones hipersomnia), fatiga, pérdida de apetito, disminución de la actividad y deseos sexuales y molestias corporales como jaquecas, dolores de espalda, náuseas, vómitos y estreñimiento, entre otros. A menudo, la depresión se manifiesta a través de síntomas físicos inexplicables combinados con ciertas características de personalidad (por ejemplo, negativismo, hostilidad) en las personas que tienen dificultades para expresar directamente sus emociones (Dubovsky, 1988), lo que comporta dificultades para distinguir entre la sintomatología somática asociada a un estado de ánimo depresivo y la hipocondría. A todo ello se une el hecho de que, desde que en el siglo XVII Robert Burton y Thomas Sydenham describieran la hipocondría como una modalidad de melan-



colía, haya muchos clínicos que conciben la hipocondría como un trastorno secundario a la depresión, siguiendo en parte el importante y pionero trabajo de Kenyon (1964). De hecho, cuando se producen creencias hipocondríacas en ausencia de sintomatología afectiva, tales creencias se han venido a catalogar como “depresión enmascarada” (Lesse, 1967).

Sin embargo, los planteamientos de diagnóstico actuales establecen la independencia entre ambos trastornos, lo que no excluye la posibilidad de que, en muchos casos, coexistan y de que, en otros, sea necesario determinar cuál es el primario y cuál el secundario o derivado.

Una estrategia que puede ayudar a esclarecer si nos encontramos ante un trastorno depresivo que está cursando con quejas hipocondríacas o, por el contrario, ante un trastorno hipocondríaco con abundante sintomatología depresiva, consiste en analizar el desarrollo cronológico del problema examinando, por ejemplo, si las preocupaciones hipocondríacas se hallaban presentes antes del actual episodio depresivo o si, por el contrario, han surgido a lo largo de este último, formando parte de su curso clínico. También, es útil examinar la respuesta al tratamiento: si el trastorno primario es la depresión, las preocupaciones hipocondríacas tienden a remitir sustancialmente a medida que mejora el estado de ánimo. Pero si la hipocondría es el trastorno primario o si coexiste con una depresión (en cuyo caso ambos trastornos tendrían la misma entidad clínica y sería necesario un diagnóstico doble), entonces el tratamiento efectivo de la depresión no tendrá efectos clínicos notables en la hipocondría.

No obstante, no hay que obviar el hecho de que, como ya hemos mencionado, con frecuencia, coexisten ambos trastornos. Desde el punto de vista del diagnóstico diferencial, hay que identificar ambos, diagnosticarlos y, lógicamente, diseñar estrategias de tratamiento combinadas para ambas patologías.

Trastornos psicóticos

Los *trastornos psicóticos* también deben diferenciarse de la hipocondría. Esta última se distingue de los primeros en que la creencia del individuo no llega a tener una magnitud delirante, puesto que puede reconocer la posibilidad de que realmente no sufre la enfermedad que teme o cree tener (APA, 1994). Dubovsky (1988) propone que resulta de utilidad con vistas al diagnóstico diferencial explorar el pensamiento (por ejemplo, preguntando acerca de las ideas idiosincrásicas sobre la naturaleza de la enfermedad) y el estado mental del sujeto.

Asimismo, las ideas hipocondríacas delirantes difieren de la ideación hipocondríaca en la actitud que mantiene el paciente hacia la solicitud de atención médica. Según Gradillas (1986), ambas condiciones clínicas discreparían, por una parte, en el grado de aceptación de las explicaciones médicas y, por otra, en el aspecto específico en el que se centra la preocupación/creencia acerca del modo de proceder del médico. El paciente con ideación hipocondríaca suele verse implicado en lo que se ha dado en calificar como “doctor shopping”, a través del cual las aclaraciones de los médicos consiguen calmar su desasosiego durante un breve intervalo temporal. Transcurrido el mismo, el paciente reanuda su peregrinaje por las consultas de los especialistas (Castañeiras, 2001). Además, sus habituales dudas en relación con la actuación de los médicos se suelen centrar en la posibilidad de que éstos hayan cometido un error diagnóstico o utilizado incorrectamente el instrumental médico, así como



En ocasiones, es difícil diferenciar la depresión y la hipocondría.



en que no hayan recurrido a alguna prueba exploratoria adicional imprescindible para descartar un posible peligro físico. En cambio, el paciente con ideas delirantes de contenido hipocondríaco en raras ocasiones busca explicaciones o pruebas acerca de sus creencias, ya que, para él, es tan “evidente” que está enfermo que no necesita más datos que lo verifiquen. Además, se resiste a admitir las palabras de los médicos que no avalan su convicción de enfermedad, llegando incluso a creer que éstos le ocultan la verdad sobre su precario estado de salud.

Otros trastornos somatoformes

El resto de los desórdenes incluidos en la categoría general de trastornos somatoformes también debe considerarse como posible fuente de confusión en el diagnóstico de la hipocondría. Veamos algunos aspectos diferenciales entre ellos. En el trastorno dismórfico corporal, el énfasis se sitúa en la preocupación por un defecto imaginado o leve problema real en la apariencia física y no en la preocupación por una enfermedad importante como ocurre en la hipocondría (APA, 1994). En cuanto al trastorno de conversión, Ludwig (1972) reseñó algunos matices que lo diferencian de la hipocondría: los histéricos “se separan” de sus síntomas (los disocian); en cambio, en los hipocondríacos éstos constituyen el centro de su atención. Los histéricos pueden mostrar falta de preocupación por los síntomas (*belle indifference*), mientras que los hipocondríacos se preocupan en exceso por ellos; los histéricos no se encuentran motivados para mitigar los síntomas, en cambio, los hipocondríacos están convencidos de que éstos pueden ser aliviados. Los histéricos son muy sugestionables; por el contrario, los hipocondríacos se muestran resistentes a la sugestión (Starcevic, 2001).

Respecto de los aspectos que la diferencian del trastorno de somatización, el DSM-IV considera que en el transcurso de éste puede haber preocupaciones por el miedo a tener o la creencia de que ya se tiene una enfermedad grave; sin embargo, si estas características aparecen únicamente en el curso de este trastorno, el DSM-IV no admite el establecimiento del diagnóstico adicional de hipocondría. De acuerdo con Willerman y Cohen (1990), estos dos trastornos diferirían en varios aspectos. En primer lugar, mientras que el problema principal de los pacientes con somatización es la sintomatología física en sí misma, el núcleo de preocupación de los hipocondríacos es el significado que pueden tener los síntomas somáticos (esto es, presencia de una enfermedad grave). En segundo lugar, existen discrepancias en cuanto a la forma de aproximación a los síntomas. En la hipocondría predomina un acercamiento “científico” (por ejemplo, informándose de la enfermedad temida a través de revistas especializadas, acudiendo al médico, preguntando a conocidos, etcétera); en cambio, en la somatización se da una descripción vaga, dramática y exagerada de los síntomas. Finalmente, ambos trastornos se distinguen en función del número de quejas físicas. Casi siempre, los hipocondríacos temen enfermedades orgánicas concretas y, por tanto, sus síntomas tienden a ser muy limitados; por el contrario, el trastorno de somatización implica la presencia de quejas múltiples y variadas. Además, entre ambos trastornos existen diferencias vinculadas a la edad, sexo en que predomina el trastorno, apariencia física y estilo de personalidad.

Murphy (1990) también ha señalado una serie de aspectos que permitirían diferenciar la hipocondría del trastorno de somatización: 1) los hipocondríacos buscan información médica tranquilizadora en las exploraciones a las que se someten; los sujetos con trastorno de somatización lo que pretenden conseguir es que se les dé un diagnóstico que explique sus sensaciones físicas; 2) en la hipocondría se constata la creencia en la existencia de una o más enfermedades orgánicas graves; en el trastorno de somatización la creencia de enfermedad está menos consolidada; 3) los sujetos hipocondríacos se preocupan por sus síntomas; los pacientes con trastorno de somatización centran su preocupación en el desacuerdo con los médicos; y 4) en la hipocondría al sujeto le asusta poder sufrir una enfermedad grave; en el trastorno de somatización lo que causa temor al sujeto son las consecuencias que se derivarían del hecho de enfermar.



Hipocondría y trastornos de ansiedad

La diferenciación entre hipocondría y patología ansiosa constituye el dilema diagnóstico más frecuente en la práctica clínica. En diversos momentos de este capítulo ya hemos hecho alusión a las semejanzas y diferencias entre ambos conjuntos disfuncionales. El solapamiento y semejanzas que se producen entre ellos han dado lugar, de hecho, a que muchos expertos se planteen la necesidad y conveniencia de reubicar la hipocondría bajo el paraguas de la ansiedad, tanto desde consideraciones etiopatogénicas como sobre la base de las propuestas terapéuticas para ambos conjuntos de trastornos. En un apartado posterior hablaremos de ello, por el momento, bástenos resaltar algunas indicaciones útiles para el diagnóstico diferencial entre la hipocondría y diversos trastornos de ansiedad, pues, independientemente de que la hipocondría se considere o no como un trastorno de ansiedad, ello no excluye la necesidad de establecer diferenciaciones diagnósticas con otros trastornos de ansiedad.

En ocasiones, los pacientes ansiosos vigilan en exceso pequeñas disfunciones corporales, temen poder sufrir alguna enfermedad grave y tienen síntomas somáticos procedentes de la hiperventilación y del arousal autónomo. Todo ello hace que se asemejen a las personas con trastornos somatoformes (Martínez, Belloch y Botella, 1996). En sentido estricto (*i.e.*, DSM), la hipocondría sólo debe diagnosticarse si no existe otro trastorno mental (por ejemplo, trastorno de pánico, trastorno por ansiedad generalizada, trastorno obsesivo compulsivo) que posibilite una mejor comprensión del desorden (APA, 1994); no obstante, según este manual, puede ser diagnosticada conjuntamente con el trastorno obsesivo compulsivo si las conductas compulsivas que exhibe el sujeto no se limitan a las relacionadas con la preocupación por la enfermedad.

En múltiples ocasiones, se ha sugerido que existe cierto paralelismo, al nivel de las características psicopatológicas, entre la hipocondría y el trastorno obsesivo compulsivo; sin embargo, opinamos que es preciso matizar esta analogía. Una diferencia importante con las obsesiones radica, precisamente, en su forma de presentación: mientras que las obsesiones tienen un carácter más bien discontinuo, interrumpiendo con su aparición el flujo normal de los pensamientos, las preocupaciones hipocondríacas son más invasivas, en el sentido de que inundan el pensamiento de un modo continuo. Por otro lado, las obsesiones adquieren el formato de ideas, pero también de imágenes y de impulsos irresistibles a realizar una acción determinada. Las preocupaciones hipocondríacas adoptan casi siempre el formato verbal, en algunas ocasiones acompañadas de imágenes (pero no sueltas o aisladas, como sí ocurre en las obsesiones) y muy rara vez de impulsos. A este respecto, es importante recordar que no se deberían confundir las conductas de comprobación que a menudo llevan a cabo los hipocondríacos, que en muchos casos se experimentan como “impulsivas”, o difíciles de controlar (y así se suelen comunicar al clínico), con un impulso obsesivo, que es una de las formas de presentación clínica de las obsesiones. Para entender mejor a qué nos referimos, resulta útil recordar la definición de preocupación (*worry*) formulada por Borkovec, Robinson, Pruzinsky y DePree (1983), que es la más aceptada y la que mejor se acerca al significado de las preocupaciones hipocondríacas:

El preocuparse consiste en una cadena de pensamientos e imágenes, negativamente cargada y relativamente incontrolable. El proceso de preocuparse representa un intento por solucionar mentalmente un problema sobre algún aspecto cuyo resultado final es incierto, pero que contiene la posibilidad de que se produzcan uno o más resultados negativos. En consecuencia, el preocuparse se relaciona muy de cerca con los procesos de miedo [p. 10].



En ocasiones, suelen confundirse las conductas compulsivas con la hipocondría.

Por último, algunos contenidos obsesivos contravienen las normas morales o éticas del paciente, mientras que preocuparse por la salud es, sin duda, algo absolutamente normal y aceptado socialmente, de ahí que, a diferencia del obsesivo, el hipocondríaco no experimente egodistonia por el contenido de tales preocupaciones (Castañeiras, 2001). Tener en cuenta estas características es fundamental no sólo de cara al diagnóstico diferencial que es preciso realizar en la práctica, sino también desde un punto de vista conceptual y psicopatológico. En muchos casos, autores de prestigio llegan a conclusiones apresuradas sobre la existencia de concomitancias excesivas entre la hipocondría y el trastorno obsesivo compulsivo poco justificadas. Cosa diferente es que, en muchos casos, puedan convivir o coexistir ambos trastornos total o parcialmente, o que compartan aspectos en común: obsesivos e hipocondríacos se parecen en aspectos tan nucleares como la necesidad constante de mantener bajo control lo que les rodea y sus propias emociones y esa necesidad está íntimamente relacionada en muchos pacientes con una configuración personal de inseguridad, miedo a la incertidumbre, hiperresponsabilidad y cierta rigidez. Paradójicamente, estos aspectos han recibido escasísima atención en las investigaciones sobre la hipocondría.

Barsky (1992) también ha descrito una serie de diferencias y semejanzas entre la fenomenología del trastorno hipocondríaco y del obsesivo compulsivo, tanto en cuanto a las cogniciones como a las conductas que les caracterizan. Resaltaremos aquí el segundo componente. Para Barsky, se aprecian algunas semejanzas entre las conductas hipocondríacas y los rituales compulsivos. En los dos casos, la persona siente el irresistible impulso de efectuar determinadas acciones con la finalidad de aminorar la ansiedad que experimenta, siendo éstas de carácter repetitivo e invariable. No obstante, existen divergencias centradas en la actitud del paciente ante las conductas que exhibe: el hipocondríaco, a diferencia del obsesivo compulsivo, no realiza intentos por resistirse a ellas puesto que estima que son adecuadas y realistas.

Desde una perspectiva cognitiva, se han resaltado las semejanzas existentes entre la hipocondría y el trastorno de pánico o por angustia. Aunque ambas condiciones se caracterizan por una tendencia a interpretar los signos y síntomas corporales como indicadores de enfermedad física y/o mental grave, existen diferencias entre el tipo de interpretaciones erróneas que se producen en cada una de ellas (Clark, 1988; Martínez, Belloch y Botella, 1996, 1999; Salkovskis, 1989; Starcevic, Kellner, Uhlenhuth y Pathak, 1992; Warwick y Salkovskis, 1990). Estas diferencias son, según Salkovskis y Clark (1993), las siguientes:

- 1) *Tipo de síntomas físicos que son mal interpretados.* Las sensaciones que con mayor frecuencia interpretan de manera errónea los pacientes con pánico son las implicadas en las reacciones de ansiedad intensas que proceden de la activación del sistema nervioso autónomo (por ejemplo, aumento de la tasa cardíaca) y que, a su vez, experimentan un incremento debido a la ansiedad adicional que pueden provocar en el sujeto. Sin embargo, las interpretaciones catastróficas que realizan los hipocondríacos afectan a una mayor diversidad de síntomas, entre los que se incluyen no sólo los que aumentan con la ansiedad, sino, también, aquellos que no están sometidos a su influencia directa (por ejemplo, bultos).
- 2) *Curso temporal que se atribuye a la catástrofe temida.* Los sujetos con pánico interpretan sus sensaciones corporales como señal de un peligro físico y/o mental que está ocurriendo ya o que sucederá en breves momentos; mientras que los hipocondríacos tienden a considerar que los síntomas representan una amenaza que tiene un curso más insidioso y progresivo. Los pacientes con pánico tienen miedo de posibles enfermedades que se manifiestan de manera súbita e inesperada (*i.e.*, un ataque al corazón); en cambio, los miedos más habituales de los hipocondríacos se refieren a enfermedades que suponen un proceso de desarrollo de largo recorrido (por ejemplo, cáncer, sida).
- 3) *Comportamientos asociados.* Las interpretaciones de las sensaciones corporales como señales de catástrofe inmediata que realizan los pacientes con pánico les conducen a exhibir conductas de escape, evitación de determinadas situaciones, así como conductas de búsqueda de seguridad. Por el contrario, las interpretaciones de los síntomas físicos como indicadores de peligro no inmediato que llevan a cabo los pacientes hipo-



condríacos provocan conductas de vigilancia, comprobación y búsqueda de información tranquilizadora.

- 4) *Creencias asociadas*. Las actitudes más características de los pacientes con trastorno de pánico se refieren principalmente a la posibilidad de que la ansiedad produzca consecuencias negativas inmediatas, mientras que las más comunes de la hipocondría aluden al significado de los síntomas físicos, la eficacia de la atención médica o cuestiones similares.

Además, la hipocondría comparte muchas semejanzas con el trastorno de ansiedad generalizada (TAG); básicamente, ambas patologías comparten la preocupación mórbida (*worry*, en el sentido que se apuntó en un párrafo precedente) como su característica patológica predominante. En ambos casos, la persona experimenta una casi permanente invasión de su pensamiento por tribulaciones y rumiaciones que capturan su atención consciente, interfiriendo así sobremanera su rendimiento en las demás áreas de la actividad cotidiana. Pero también entre ellos existen diferencias, la mayoría referidas al contenido de las preocupaciones mórbidas, más que a su forma. Así, Woody y Rachman (1994) han señalado los siguientes puntos de divergencia: 1) en la hipocondría el temor a la enfermedad se focaliza en la propia persona, en cambio, en el TAG suele referir a alguna persona querida y cercana; 2) en la hipocondría, es posible lograr seguridad a corto plazo mediante la información tranquilizadora proporcionada por el médico, mientras que en el TAG resulta más difícil lograrla debido a que la preocupación se centra en diferentes familiares y futuras amenazas a la salud; 3) en la hipocondría, la amenaza está orientada al presente (por ejemplo, “puedo tener cáncer de estómago”), mientras que en el TAG lo está hacia el futuro (“enfermaré —sobre todo, enfermarán—”); y 4) en la hipocondría los temores están más ligados a ciertos estímulos, por lo que las sensaciones corporales pueden incrementar la percepción de peligro; en cambio, en el TAG los temores no requieren activadores o precipitantes. En un estudio de Starcevic, Fallon, Uhlenhuth y Pathak (1994), en el que se comparaban los miedos y creencias hipocondríacas, tal y como éstas se evalúan con las *Illness Attitude Scales* (IAS, Kellner, 1986), de pacientes hipocondríacos y con TAG, los segundos presentaban menos síntomas hipocondríacos que, por ejemplo, pacientes con pánico (a excepción de hábitos de salud). Sólo 18% de las personas con TAG obtuvo puntajes similares a los hipocondríacos.

En nuestra opinión, estas diferencias de contenido son importantes de cara al diagnóstico diferencial entre ambas entidades y por ello hay que tenerlas en cuenta. Pero hacer recaer de modo exclusivo en el contenido las diferencias entre dos trastornos no excluye la posibilidad de que se trate de dos formas, o subtipos, de una misma entidad nosológica, con una etiopatogenia común y un abordaje psicoterapéutico análogo. En todo caso, la investigación y observación clínica cuidadosas y sistemáticas son las que deben dar respuesta a este, por ahora, simple supuesto.

Hipocondría y trastornos de la personalidad

En la actualidad, disponemos de muchos datos que indican la asociación de la hipocondría con ciertos rasgos de personalidad e incluso con trastornos de personalidad. Por otro lado, desde hace muchos años se ha intentado diferenciar entre al menos dos modalidades de hipocondría: la ocasional y la constitucional (Wollenberg, 1904, citado en Hollifield, 2001).

Con respecto a la primera, se ha tendido a considerarla, entonces, como secundaria a otros trastornos como la depresión (Kellner, Abbott, Winslow y Pathak, 1987), el trastorno de pánico (Starcevic *et al.*, 1992) o enfermedades médicas (Kellner, 1986).



En el TAG, la preocupación se centra en la salud de una persona cercana.

En cuanto a la segunda, su vinculación con la personalidad es evidente, al menos desde el punto de vista clínico: los síntomas hipocondríacos son concebidos como una parte sustantiva del sí-mismo, presentes desde etapas tempranas del desarrollo. Kellner (1986) definió la hipocondría de desarrollo como una manifestación hipocondríaca crónica que se inicia en la edad adolescente o en un periodo vital anterior. Su propuesta taxonómica para este trastorno consistía en incorporarla en la categoría de los trastornos de la personalidad del eje II del DSM-III, especificando, entre paréntesis, que se trata de hipocondría de desarrollo. De hecho, Tyrer, Fowler-Dixon, Ferguson y Keleman (1990) defienden la consideración de la hipocondría como un trastorno de personalidad y han obtenido algún apoyo empírico para su propuesta al identificar un subgrupo de personas que se ajustarían al perfil de trastorno de personalidad hipocondríaca, caracterizado por preocupación excesiva por el mantenimiento de la salud, distorsión y exageración de problemas físicos leves considerándolos como enfermedades graves que amenazan la vida, creencias rígidas sobre la salud y los estilos de vida saludables, ansiedad excesiva, dependencia elevada, y *conscientiousness*. A su vez, este trastorno formaría parte de otro más general que los autores denominaron *personalidad anancástica* (Tyrer *et al.*, 1990).

En un estudio llevado a cabo por nosotros (Belloch, Fernández-Álvarez y Castañeiras, 2004), hemos constatado un patrón de personalidad normal caracterizado por elementos prácticamente idénticos a los que configuran los criterios diagnósticos oficiales para la hipocondría. Pese a ello, es preciso reconocer que los datos disponibles hasta el momento son más bien escasos e inconsistentes, como ha recalcado Hollifield (2001), lo que avala la importancia y necesidad de profundizar en este importantísimo aspecto.

De todos los trastornos de personalidad actualmente considerados como tales, el obsesivo compulsivo es, según muchos autores, el más cercano a la hipocondría y, por tanto, debe establecerse el diagnóstico diferencial formal entre ambas entidades. Starcevic (1990) ha señalado las siguientes semejanzas y diferencias:

- 1) *Percepción excesiva de vulnerabilidad e inseguridad personal*. En la personalidad obsesivo compulsiva la amenaza se circunscribe al dominio de la ruptura de los impulsos, especialmente los agresivos; en la hipocondría ésta atañe únicamente al ámbito físico. Ambos trastornos difieren en el modo en que hacen frente al peligro percibido. Los obsesivos poseen una estructura intrapsíquica más cohesionada y mejor integrada que los hipocondríacos, lo que les proporciona una mejor defensa ante la experiencia de vulnerabilidad e inseguridad.
- 2) *Necesidad excesiva de control*. Las tentativas de mantener el control en el caso del trastorno obsesivo se extienden al conjunto del funcionamiento y de la personalidad del sujeto, afectando también a otras personas, elementos de su entorno o factores abstractos como el tiempo. En la hipocondría, las necesidades de control se concentran en el cuerpo. La manifestación obsesiva más relevante de esta búsqueda de control es la tendencia al perfeccionismo; el intento hipocondríaco más característico de mantener el control consiste en la búsqueda de información que proporcione una tranquilidad definitiva.
- 3) *Escasa tolerancia a la incertidumbre y la ambigüedad*. Los sujetos con personalidad obsesiva tienen un umbral bajo para soportar cualquier tipo de incertidumbre, ya sea o no de índole somática. Las personas hipocondríacas tienen escasa tolerancia a los síntomas corporales ambiguos.
- 4) *Estilo cognitivo específico*. Ambos trastornos tienen un funcionamiento cognitivo caracterizado por: *a)* atención centrada en los detalles y preocupación por éstos; *b)* disminución de la habilidad para desviar la atención de las señales perceptivas no deseadas, intrusas, desagradables y/o discrepantes, así como de los estímulos u otros fenómenos mentales; y *c)* construcción cognitiva global y rígida.

En todo caso, éste es uno de los muchos temas todavía pendientes de clarificación e investigación sobre el que hay muchas especulaciones no siempre bien fundamentadas y, todavía, muy pocos datos consistentes.



Epidemiología

En muchas ocasiones, resulta complicado precisar el inicio del trastorno ya que puede estar tan enraizado en el modo de ser habitual del individuo que es difícil encuadrarlo dentro de los trastornos mentales al uso (eje I), dando, más bien, la impresión de formar parte de una personalidad trastornada, como antes dijimos (eje II). Además, no son raras las ocasiones en las que su manifestación parece ser secundaria a otros trastornos y padecimientos. Una consecuencia lógica de todo ello es la carencia de datos epidemiológicos consistentes: no podemos saber cuánta gente la padece, pues tampoco sabemos a quien le cabe, en sentido estricto, su diagnóstico.

Por lo que respecta a la prevalencia, resulta extremadamente frecuente detectar en la población general preocupaciones excesivas por la salud (Castañeiras *et al.*, 2000). Todas las personas podemos, en determinadas circunstancias, sentirnos angustiadas por el temor infundado de estar sufriendo una enfermedad grave. Por fortuna, estas preocupaciones suelen ser pasajeras. De acuerdo con los datos de Fisch (1987), entre 10 y 20% de la población general presenta preocupaciones de naturaleza hipocondríaca en algún momento de su vida, pero sólo una pequeña proporción de ella cumple criterios diagnósticos para un trastorno somatoforme concreto. El DSM-IV indica una prevalencia de la hipocondría que oscila entre 4 y 9% y que es independientemente del género. Otros estudios señalan que entre 10 y 30% de las consultas a los médicos de atención primaria se realizan por personas que presentan molestias físicas sin patología orgánica que las justifique. No obstante, no todos estos pacientes recibirían el diagnóstico de hipocondría. Algunos son casos de enfermedad real difícilmente detectable; otros, son somatizaciones asociadas a algún otro trastorno psiquiátrico. Así pues, cuando se adopta una definición reducida de hipocondría, la prevalencia de este trastorno en la población normal es baja, oscilando entre 3 y 13% (Kellner, 1985).

Por lo que se refiere a las diferencias de género, aunque ya comentamos que tradicionalmente se ha considerado que la hipocondría es la “histeria masculina”, este tópico no se adecua bien con la evidencia empírica. De hecho, aunque hay datos contradictorios acerca de la presencia de síntomas hipocondríacos atendiendo al género (o tal vez por ello), el DSM-IV se ha decantado por plantear que la hipocondría afecta por igual a hombres y mujeres.

Para algunos autores, “la hipocondría es un problema esencialmente masculino”, mientras que para otros “la mayoría de los hipocondríacos son mujeres” (Baur, 1988). Estas dos posturas contradictorias podrían explicarse en términos psicológicos (Baur, 1988). Los hombres son más proclives a este trastorno porque socialmente está mejor visto padecer una enfermedad física que una psicológica (o parecer débil); además, a “ellos” les resulta supuestamente más fácil encontrar una pareja que se haga cargo de su atención y cuidado. Las mujeres serían más propensas a la hipocondría en la medida en que, desde una perspectiva social, resulta más aceptable que sean ellas las enfermas y que los hombres asuman el rol dominante en la pareja. Tal vez, hombres y mujeres se preocupan en igual medida por su bienestar físico, pero parece ser que las segundas son más asiduas de las consultas médicas. Barsky *et al.* (1986) observaron que las mujeres no diferían de los hombres en actitudes hipocondríacas, pero hacían mayor uso de los recursos sanitarios. Según Baur (1988), este hecho puede deberse a las siguientes razones: 1) que la mujer sea más propensa a padecer trastornos físicos que el hombre; 2) que ambos sean igualmente resistentes a la enfermedad, pero que la mujer está sometida a más fuentes de estrés; 3) la incidencia de la enfermedad es igual en los dos sexos,



Existen datos contradictorios acerca de la presencia de síntomas hipocondríacos atendiendo al género.

pero la mujer es más consciente de las variaciones que experimenta su cuerpo y se muestra más dispuesta a solicitar ayuda; y 4) la hipocondría es más frecuente en las mujeres que en los hombres. Tras la revisión de diversos estudios, Kellner (1986) ha afirmado que existen datos discordantes sobre las diferencias en hipocondría entre ambos sexos. No obstante, plantea que la fobia a la enfermedad (excepto la cardiofobia) es más habitual en las mujeres que en los hombres; en cambio, la neurosis hipocondríaca (con el componente de convicción de enfermedad) se da con mayor asiduidad en varones. En un estudio posterior, Hernández y Kellner (1992) exploraron las diferencias de género en las preocupaciones de carácter hipocondríaco en una población psiquiátrica (no psicótica) y en una normal, encontrando que los hombres y las mujeres no diferían en temores y creencias hipocondríacas ni respecto de otro tipo de actitudes hacia la enfermedad o los síntomas. Sin embargo, los pacientes varones psiquiátricos, en comparación con las mujeres, informaron que sus síntomas les interferían más en el ámbito laboral y de ocio. Además, hallaron que las preocupaciones hipocondríacas de ambos sexos son más frecuentes en la población psiquiátrica que en la normal. Barsky *et al.* (1990) también han informado de datos que apuntan en la misma dirección. Estos autores descubrieron que las mujeres hipocondríacas presentaban menor convicción de enfermedad que los varones hipocondríacos, pero ambos grupos no diferían en la intensidad del temor a la enfermedad, la preocupación por el cuerpo y los síntomas somáticos. En una muestra de comparación de pacientes no hipocondríacos no detectaron diferencias entre hombres y mujeres en actitudes hipocondríacas.

Otra variable epidemiológica importante es la *edad*. Hay una creencia generalizada de que las personas mayores son más proclives a la hipocondría que las jóvenes. A pesar de ello, en la literatura especializada los datos que avalan tal creencia son más bien dispares, pues oscilan entre tasas que van de 3.9 hasta 33%. Tal discrepancia puede obedecer a los problemas metodológicos habituales en la investigación con mayores, pero también a los específicamente relacionados con la hipocondría: por ejemplo, las dificultades para distinguir este trastorno de otras condiciones clínicas o los factores de confusión que pueden mediar entre la edad y la hipocondría, como la morbilidad médica (por ejemplo, empeoramiento objetivo de la salud), el estrés de vida (por ejemplo, pérdida de estatus, fallecimiento del cónyuge, aislamiento social) y la depresión (por ejemplo, depresión “enmascarada” o “somatizada”) (Barsky, Frank, Cleary, Wyshak y Klerman, 1991). Estos últimos autores no detectaron relación entre hipocondría y edad. Empleando una muestra de pacientes hipocondríacos pudieron constatar que los mayores de 65 años, en comparación con los que tenían una edad inferior, no presentaban mayor gravedad de miedos a la enfermedad, convicción de enfermedad o síntomas somáticos. En una muestra de comparación de pacientes no hipocondríacos, no detectaron diferencias en actitudes hipocondríacas entre mayores y menores de 65 años.

La siguiente variable a considerar en los estudios epidemiológicos es la *cultura*. A decir verdad, tampoco contamos con gran información sobre la presencia de la hipocondría en función del contexto cultural de pertenencia. Algunos estudios han señalado que los trastornos mentales se dan con mayor frecuencia en determinados grupos étnicos; sin embargo, este hecho puede relacionarse con el estrés que genera la pertenencia a un sector minoritario de la población y a los escasos recursos socioeconómicos que acompañan en muchas ocasiones a estas minorías (Baur, 1988).

La preferencia de algunos grupos culturales por expresar las tensiones psicológicas en términos corporales en vez de emocionales, puede ser un reflejo de las consecuencias sociales negativas que se asocian a la enfermedad mental. Por otra parte, las diferencias culturales en cuanto a las atribuciones que se realizan de los síntomas físicos y su mayor o menor preocupación por ellos puede obedecer a las creencias religiosas y a la concepción del mundo y de la naturaleza humana. Por ejemplo, los judíos, a diferencia de los protestantes o los católicos, tienden a consultar al médico por dolencias relativamente leves (Twaddle, 1979; citado en Baur, 1988).

Existen algunos factores que dificultan los estudios transculturales de los trastornos somatoformes (Janca, Isaac, Benet y Tachini, 1995). En primer lugar, como se ha mencionado, en



algunas culturas las personas expresan el malestar que les genera el estrés psicosocial en forma de quejas físicas en lugar de emocionales. Segundo, existe una gran variabilidad en la sintomatología somática que pueden presentar los pacientes con trastornos somatoformes pertenecientes a distintas culturas y algunos de los síntomas que son indicativos de estos desórdenes en una cultura pueden no serlo en otra. Tercero, algunos pacientes que creen que padecen una enfermedad concreta pueden comunicar sólo los síntomas relevantes para el diagnóstico de esa condición, ignorando y, por tanto, no informando de otro tipo de sintomatología no relacionada con ella. Cuarto, la habilidad de las personas para discriminar entre malestar físico y malestar emocional puede estar mediatizada por la actuación de los médicos locales respecto de la información que éstos proporcionan sobre las pruebas médicas a efectuar y los resultados obtenidos en ellas. Finalmente, también hay que considerar la influencia que las concepciones paramédicas y sus creencias asociadas sobre las causas de la enfermedad pueden ejercer en muchos sectores de la población de determinadas culturas.

Pese a este tipo de obstáculos, se han llevado a cabo diversos estudios que han pretendido explorar las diferencias que existen en actitudes y conductas hipocondríacas entre personas pertenecientes a diferentes culturas. Pilowsky y Spence (1977) exploraron la conducta de enfermedad de tres grupos de pacientes de medicina general de procedencia étnica distinta: griega, anglo-griega y anglosajona. Comparados con los pacientes de origen anglosajón, los de origen griego mostraron mayor preocupación hipocondríaca, convicción de estar sufriendo una grave enfermedad y percepción somática de la enfermedad. Los sujetos de procedencia anglo-griega presentaron actitudes hipocondríacas similares a los de origen griego. Pese a estos datos, los autores concluyeron que la relación que se establece entre tipo étnico y conducta de enfermedad puede estar mediatizada por variables sociodemográficas como el sexo y la edad, que no controlaron.

Ebert y Martus (1994) compararon las manifestaciones de somatización que presentan los pacientes turcos y los pacientes alemanes con diagnóstico de depresión (tipo melancólico) (DSM-III-R), encontrando que los primeros mostraban mayor preocupación somática y sintomatología hipocondríaca que los segundos, a la vez que no había diferencias en la percepción y experiencia de síntomas somáticos. De acuerdo con estos autores, los resultados pueden explicarse apelando a la tendencia de algunas culturas a usar referentes externos somáticos, en vez de referentes internos psicológicos, para la manifestación de las emociones y a elegir representaciones lingüísticas diferentes para expresar estados emocionales inespecíficos. En el estudio de Janca *et al.* (1995), se evidenció que los trastornos somatoformes poseen una serie de peculiaridades en las culturas árabes. Por ejemplo, las personas de estos países tienden a comunicar sus quejas somáticas en términos muy expresivos; además, algunos de sus idiomas (por ejemplo, el farsi en Irán) carecen de palabras para expresar en forma adecuada las experiencias subjetivas y los estados emocionales, por lo que los síntomas físicos se convierten en la única vía para manifestar el malestar psicológico.

Tras revisar diversos estudios que han analizado la influencia de la cultura en la hipocondría, Kellner (1986) concluyó que existían diferencias culturales en el umbral y tolerancia al dolor, patrones de activación, respuestas conductuales y fisiológicas a los estímulos dolorosos, así como en la tendencia a mostrar mayor o menor preocupación ante los síntomas somáticos.



Al parecer, los trastornos somatoformes poseen una serie de peculiaridades en las culturas árabes.



Explicaciones y planteamientos terapéuticos psicológicos actuales

La hipocondría como un trastorno de ansiedad

El interés en las relaciones entre hipocondría y trastornos de ansiedad se apoya en dos conjuntos de evidencias (Fava y Mangelli, 2001): el primero, es la importante comorbilidad entre ambos conjuntos de patologías. Barsky, Wyshak y Klerman (1992) encontraron una prevalencia vital de trastornos de ansiedad en la mayoría de sus pacientes hipocondríacos (en 86% de sus 42 pacientes). Noyes *et al.* (1994), constataron una comorbilidad algo menor en sus pacientes (algo menos de la mitad de ellos tenían o habían tenido algún trastorno de ansiedad), pero, en todo caso, la tasa resulta significativamente elevada. El segundo grupo de evidencias que apoya la relación entre hipocondría y ansiedad alude a la presencia de síntomas hipocondríacos en muchos pacientes con diferentes trastornos de ansiedad (Noyes, 1999; Schmidt, 1994). Hay muchos estudios que informan de tasas de comorbilidad pánico-hipocondría de entre 45 y 51% (Bach, Nutzinger y Hartl, 1996; Benedetti *et al.*, 1997; Furer, Walker, Chartier y Stein, 1997), en torno a 18% entre ansiedad generalizada e hipocondría (Starcevic *et al.*, 1994) y de 10% entre TOC e hipocondría (Savron *et al.*, 1996).

De modo paralelo, las dificultades e insuficiencias de los criterios diagnósticos oficiales han llevado a muchos autores a poner en duda la ubicación nosológica de la hipocondría como un trastorno diferente de los de ansiedad. Así, Salkovskis y Warwick (2001) sugieren sacar la hipocondría de la categoría de los trastornos somatoformes y reclasificarla como un trastorno de ansiedad. En esta misma línea, Côté, O'Leary, Barlow y Strain (1994) han aducido que la forma de hipocondría caracterizada por el temor a tener una enfermedad podría ser entendida de un modo más adecuado si se la considerase como un trastorno de ansiedad; en particular, como una modalidad de fobia específica. A su vez, Schmidt (1994) ha esgrimido varios argumentos para reubicar a la hipocondría bajo el paraguas de los trastornos de ansiedad. El primero se refiere a que el aspecto definitorio nuclear de los trastornos somatoformes, esto es, la ocurrencia de síntomas que sugieren la existencia de un problema orgánico sin que se haya demostrado patología orgánica, no siempre es aplicable a la hipocondría. En efecto, en ocasiones, los hipocondríacos se preocupan por síntomas físicos benignos (por ejemplo, irregularidades leves de la piel) que difícilmente pueden catalogarse como "síntomas" o por sintomatología con base orgánica justificada (por ejemplo, un resfriado). Además, ya señalamos que la presencia de síntomas físicos no explicados médicamente no es una característica definitoria de la hipocondría. El segundo argumento alude a que la hipocondría comparte con algunos trastornos de ansiedad su característica definitoria principal: el miedo patológico. Al tenor de estas consideraciones, Schmidt ha sugerido que la hipocondría podría ser englobada en el grupo de los trastornos de ansiedad como una categoría independiente que incluiría los siguientes subtipos:

- 1) *Hipocondría general*. Miedo a las enfermedades graves en general. Los temores específicos (miedo a una enfermedad en particular) aparecen asociados a factores externos o síntomas físicos concretos y puede experimentar variaciones a lo largo de la evolución del problema.
- 2) *Fobia a la enfermedad*. Temor de larga duración a padecer una enfermedad concreta. Esta categoría incluye las definiciones planteadas por Marks (1987) y Wesner y Noyes (1991).
- 3) *Trastorno de pánico*. Preocupación hipocondríaca focalizada en las sensaciones fisiológicas respiratorias o cardíacas ("miedo al miedo") en la que se considera que la enfermedad orgánica temida tiene un curso de desarrollo agudo (por ejemplo, hemorragia cerebral).



- 4) *Hipocondría transitoria*. Actitud sobreprotectora hacia la salud de carácter intenso, permanente y general. Cuando se combina esta actitud con determinados acontecimientos (por ejemplo, síntomas físicos pasajeros), puede desembocar en actitudes hipocondríacas recurrentes y transitorias que no cumplirían el criterio de duración temporal del DSM, puesto que su duración sería inferior a los 6 meses. Aquí, se incluiría el concepto de hipocondría transitoria de Barsky, Wyshak y Klerman (1990a).

Clark, Watson y Reynolds (1995) han insistido también en que la definición de los trastornos somatoformes del DSM-IV no justificaría la inclusión de trastornos como la hipocondría o el trastorno dismórfico corporal, en los cuales la sintomatología física no representa el aspecto nuclear. Por ello, abogan por la incorporación de las percepciones erróneas que tiene una persona acerca de sus sensaciones somáticas y sus características físicas en la conceptualización de este grupo de alteraciones, lo que permitiría, entonces, incorporar a la hipocondría sin demasiados problemas.

Otro aspecto que vincula la hipocondría con la ansiedad patológica más que con las somatizaciones, es su caracterización como preocupación mórbida. En un apartado anterior ya aludimos a las semejanzas que este elemento guarda con el concepto de *worry*, que se considera nuclear para la explicación de trastornos como la ansiedad generalizada (TAG), además de mantener algunos paralelismos con el trastorno obsesivo compulsivo.

Con respecto de la ansiedad generalizada, cabe recordar que, de manera explícita, en el DSM-IV-TR se señala que, cuando las preocupaciones del paciente versan sobre la salud, hay que pensar, más bien, en el diagnóstico de hipocondría. Ciertamente, el TAG es un enigma diagnóstico en muchos sentidos. Para empezar, no tenía entidad diagnóstica en el DSM-III, sino que se definía como un trastorno residual de ansiedad básica, asimilable, en muchos sentidos, al concepto de rasgo de ansiedad. Por tanto, se trataba de un trastorno caracterizado por una sintomatología ansiosa difusa, de naturaleza subyacente y más cercano a un trastorno de personalidad (eje II) que a un trastorno episódico (eje I) (Sandín y Chorot, 1995). A pesar de esta indefinición, el TAG fue objeto de un especial interés por parte de los investigadores en la década de 1980, lo que seguramente indujo a su consideración como un trastorno con entidad propia y diferenciada dentro de la categoría general de la patología ansiosa en las posteriores ediciones del DSM. La característica nuclear del trastorno se situó en la “expectativa aprehensiva” o preocupación que, a diferencia de la que se produce, por ejemplo, en el pánico, o en la fobia social, no es tanto de tipo anticipatorio como crónico e inespecífico. A todo ello, Borkovec y su grupo le añadieron el componente de incontrolable. La ansiedad del TAG quedaba así definida como preocupación excesiva por diversos temas de la vida cotidiana, cuyo control (el referido al grado y la persistencia de la preocupación) escapan al control consciente y voluntario del paciente. Todo ello se acompaña de síntomas y molestias físicas muy inespecíficas, que se supone secundarias al estado de tensión e hiperactivación del paciente (inquietud, fatiga, dificultades para concentrarse, tensión muscular, alteraciones del sueño, irritabilidad). Así, la pregunta que nos asalta es: ¿Dónde radican las diferencias con la hipocondría? Básicamente en el contenido de las preocupaciones y, como consecuencia, en el miedo a la muerte. Pero esto último con una salvedad: piénsese en el caso de las preocupaciones que un paciente con TAG puede tener sobre la posibilidad de que su hija tenga un accidente y, como consecuencia, enferme de gravedad o pueda morir. En este caso (nada infrecuente en la práctica), las diferencias entre TAG e hipocondría quedarían reducidas a la temática que ocupa la mente del paciente: en el caso del TAG, casi cualquier cosa (excepto las enfermedades) y casi en exclusiva sobre las enfermedades en el caso de la hipocondría.



Hay situaciones en las que es muy difícil definir la diferencia entre un paciente con TAG y uno con hipocondría.

Para concluir, aunque, sin duda, la validez del diagnóstico de hipocondría como un trastorno primariamente somatoforme y no de ansiedad, o a la inversa, es un tema de debate abierto, lo cierto es que tanto desde el punto de vista de la caracterización fenomenológica y clínica, como desde los enfoques de tratamiento, los datos disponibles por ahora indican que la hipocondría tal y como se define en el DSM, y tal y como se presenta en la realidad, guarda muchos más paralelismos con los trastornos de ansiedad que con los somatoformes. Y, dentro de los primeros, el TAG es, en nuestra opinión, la patología más cercana a la hipocondría. Ambos comparten aspectos tan nucleares como la preocupación mórbida (definida en términos de *worry*, como se comentó en líneas anteriores) e incontrolable, los síntomas físicos y cognitivos, el carácter de ser trastornos de larga evolución, la presencia de indicios del trastorno en etapas relativamente tempranas de la vida y una elevada impregnación en el estilo de vida habitual de los pacientes, lo que, a su vez, acerca ambos trastornos a los de personalidad.

La hipocondría como una interpretación errónea: la aportación de Kellner

Kellner (1985, 1986, 1989) diseñó un esquema de los elementos implicados en la reacción hipocondríaca y de su evolución hacia la hipocondría, que se representa en la figura 24.1. De acuerdo con su propuesta, factores como los constitucionales o ciertas experiencias tempranas que hacen propenso al individuo a centrar su atención sobre los síntomas corporales (por ejemplo, haber tenido durante la infancia familiares enfermos), le predisponen a desarrollar una reacción hipocondríaca. Igualmente, eventos como presenciar la muerte de una persona u otras experiencias que acentúen su concepción de vulnerabilidad física, pueden precipitar esa reacción. Asimismo, pueden actuar como factores desencadenantes otros trastornos psicológicos, como un trastorno de adaptación o cualquier otro que se acompañe de sintomatología física. Una vez que la persona ha percibido los síntomas físicos, puede empezar a pensar que padece una enfermedad. Si esta idea persiste, debido a que los síntomas permanecen y a que la información tranquilizadora no resulta eficaz, puede comenzar a experimentar ansiedad y preocupación por las futuras consecuencias de la enfermedad orgánica, lo que, a su vez, le lleva a percibir de forma selectiva las sensaciones somáticas, de tal manera que llegan a convertirse en el elemento dominante de su campo perceptivo. Así, lo que comienza siendo una reacción inocua puede desembocar en una hipocondría.

Una vez que el individuo ha empezado a interpretar en términos erróneos la naturaleza de los síntomas que advierte, las explicaciones que le proporciona el médico acerca de que no le ocurre nada, lejos de tranquilizarle, afianzan su idea de que sufre una enfermedad física que todavía no le han diagnosticado. Desde el momento en que empieza a creer que está físicamente enfermo, asigna un valor amenazador a sus sensaciones somáticas. Este tipo de experiencias ocasiona que desarrolle sus estrategias de percepción de síntomas y que la focalización de la atención en su cuerpo se convierta en un hábito sobreaprendido. Además, la ansiedad puede llegar a estar condicionada a la percepción de sensaciones somáticas o pensamientos relacionados con la enfermedad, de tal modo que los incrementos de la ansiedad pueden producir más sensaciones corporales que, a su vez, aumentan la ansiedad y la percepción selectiva, estableciéndose así un círculo vicioso.

Kellner y su grupo (Kellner, 1986; Kellner, Abbott, Pathak, Winslow y Umland, 1984) desarrollaron uno de los instrumentos psicométricos de evaluación de la hipocondría más interesantes y útiles en la práctica clínica, las escalas de actitudes hacia la enfermedad (Illness Attitude Scales, IAS). Este inventario consta de 27 ítems que fueron redactados a partir de las afirmaciones que de su estado hacían pacientes hipocondríacos y personas con conducta anormal de enfermedad. Los ítems fueron agrupados en 9 subescalas teóricas (*i.e.*, no derivadas empíricamente): preocupación por la enfermedad, preocupación por el dolor, hábitos de salud, creencias hipocondríacas, tanatofobia, nosofobia, preocupación por el cuerpo, experiencia con los tratamientos y efectos de los síntomas. Las IAS han demostrado tener buenas propiedades psicométricas (estabilidad, consistencia interna y validez) y se han aplicado en



multitud de investigaciones. En un estudio llevado a cabo en nuestro contexto, los pacientes hipocondríacos obtuvieron puntuaciones significativamente superiores tanto en la puntuación total como en cada una de las subescalas a las de controles clínicos (deprimidos, ansiosos), enfermos médicos (pacientes con enfermedades digestivas crónicas) y controles no clínicos. Además, los hipocondríacos registraron significativamente más que otros pacientes somatoformes en la puntuación total y en todas las subescalas, a excepción de las de hábitos de salud y creencias hipocondríacas (Castañeiras, 2001).

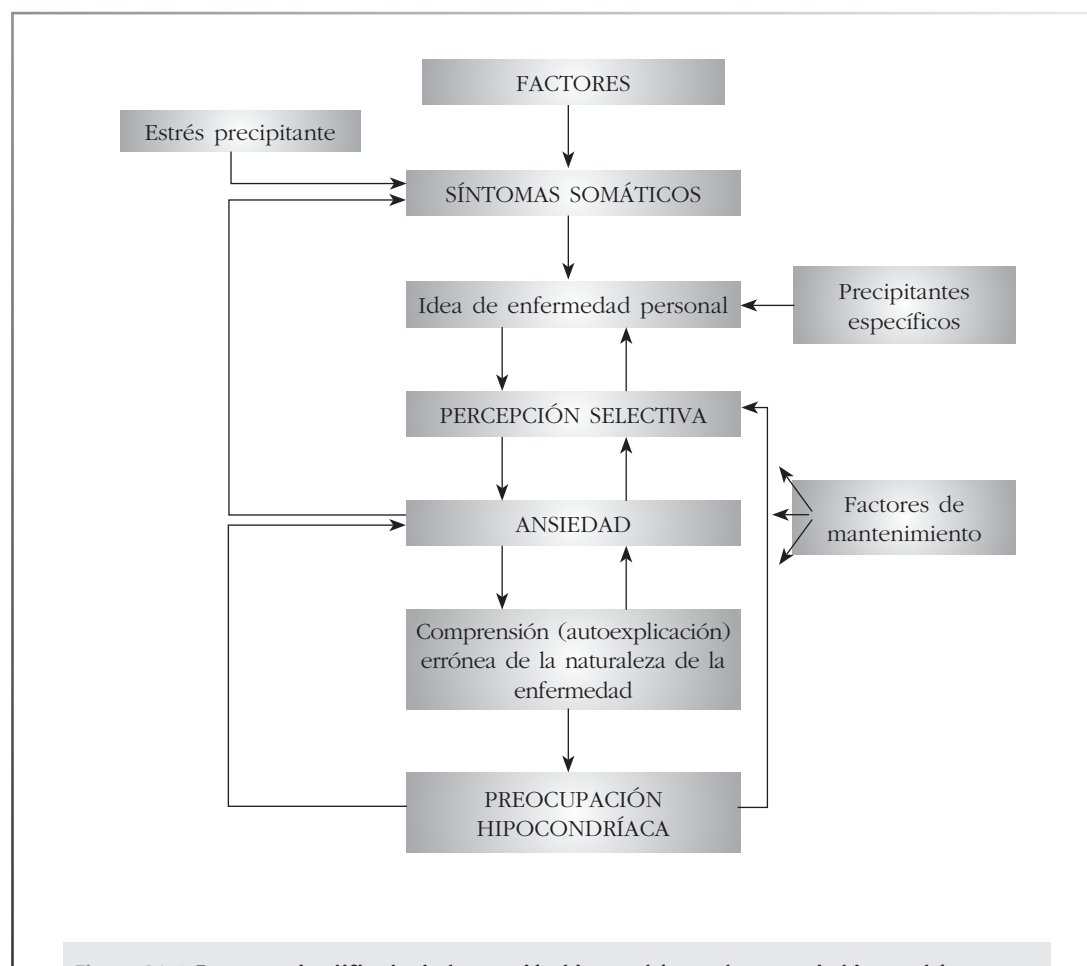


Figura 24.1 Esquema simplificado de la reacción hipocondríaca y la neurosis hipocondríaca (Kellner, 1985).

La hipocondría como amplificación de indicios corporales: la aportación de Barsky

Barsky y su grupo (Barsky, 1979, 1992b, 2001; Barsky, Wyshak y Klerman, 1990b) vienen planteando desde finales de la década de 1970 la idea de que la hipocondría, definida como miedos, creencias infundadas y preocupaciones excesivas por la posibilidad de padecer una enfermedad, se produce como consecuencia de que la persona interpreta (percibe) en forma errónea sus síntomas corporales benignos y sus sensaciones corporales normales como indicadores de una enfermedad grave. Es, por tanto, la experiencia sensorial la que favorece y promueve la interpretación equivocada; es decir, la percepción errónea. A este respecto, con-



viene recordar que la percepción no consiste en el registro pasivo del material estimular, sino que es un proceso activo (un proceso de conocimiento), que conlleva seleccionar, evaluar y asignar significados a los estímulos que registra nuestro sistema sensorial. Este proceso de atribución de significados está, a su vez, bajo la influencia de factores cognitivos como las creencias acerca del significado de nuestros preceptos, nuestras sensaciones, etcétera.

La pregunta que se formulan los autores a partir de aquí es: ¿cómo es esta experiencia sensorial en los hipocondríacos?, ¿en qué difiere de la experiencia sensorial de los no hipocondríacos? Su respuesta es que los pacientes hipocondríacos son especialmente sensibles para capturar sus señales somáticas normales o, dicho en otros términos, que poseen un umbral sensorial más bajo de lo normal para los estímulos procedentes de su propio cuerpo. Esta hipersensibilidad es denominada por los autores como “amplificación somato-sensorial”, y utilizan este concepto para definir la hipocondría como un trastorno de la amplificación corporal (Barsky, 2001).

La tendencia a la amplificación no es exclusiva de los hipocondríacos, puesto que también puede aparecer asociada a otras psicopatologías (somatización, dolor somatoforme, depresión, pánico); resulta también de utilidad para explicar las diferencias individuales en el umbral de tolerancia al dolor entre personas con patologías médicas e, incluso, estaría en la base de otras alteraciones mentales en las que se producen distorsiones importantes de la imagen y la percepción del propio cuerpo (desde la dismorfofobia hasta los delirios parasitarios, pasando por la anorexia), sin olvidar su posible interacción causal con el afecto negativo que, como se sabe, además de ser una fuente de diferencias individuales, se asocia a un aumento de sensaciones y síntomas físicos. Por tanto, en este sentido, la amplificación puede desempeñar un papel importante en procesos no patológicos y transitorios de somatización secundarios a situaciones estresantes, en especial cuando se relaciona con una elevada afectividad negativa.

De cualquier modo, Barsky considera que, en su rol más específico, la amplificación constituye el mecanismo patogénico primario de la hipocondría. Según su planteamiento, los hipocondríacos amplifican las sensaciones somáticas y viscerales, es decir, tienden a experimentar tales sensaciones como más intensas, nocivas, amenazadoras y perturbadoras que los no hipocondríacos. Además, pueden amplificar una gama muy variada de síntomas: sensaciones fisiológicas y anatómicas normales (por ejemplo, movimientos peristálticos intestinales, hipotensión postural, variaciones en la tasa cardíaca), disfunciones benignas y enfermedades leves (por ejemplo, zumbidos pasajeros, contracciones nerviosas de los párpados, sequedad de la piel) y concomitantes viscerales o somáticos de un estado emocional (por ejemplo, activación fisiológica que acompaña a la ansiedad).

Este “estilo perceptivo amplificador”, característico del hipocondríaco, incluye tres elementos: 1) hipervigilancia corporal, lo que conlleva un aumento del autoescrutinio y de la focalización de la atención en las sensaciones corporales desagradables; 2) tendencia a seleccionar y centrarse en ciertas sensaciones relativamente infrecuentes o tenues, y 3) propensión a valorar las sensaciones somáticas y viscerales como anómalas, patológicas e indicadoras de enfermedad en lugar de percibir las como normales.

Como quiera que estas personas experimentan sus sensaciones corporales de esta manera tan intensa y perturbadora, están más inclinados a interpretarlas erróneamen-



Los hipocondríacos tienden a amplificar una gama muy variada de síntomas.



te y a atribuir las a una enfermedad grave en lugar de a una causa no patológica (por ejemplo, la falta de ejercicio físico, haber dormido poco o el exceso de trabajo). Una vez que sospechan que pueden estar enfermos, vigilan su cuerpo, examinan sus percepciones somáticas, atienden selectivamente a aquellas que confirman su hipótesis explicativa de los síntomas e ignoran las que la contradicen. Además, el incremento de la ansiedad provoca nuevas sensaciones corporales benignas que los sujetos pueden considerar, entonces, como evidencia de la presencia del trastorno físico. Toda esta serie de hechos desembocan en una intensificación de la alarma, configurándose así un círculo. El resto de las características clínicas de la hipocondría se consideran consecuencias derivadas de la amplificación somática.

La amplificación, tal y como es conceptualizada por el grupo de Barsky, puede ser un rasgo estable o un estado transitorio. Como rasgo, se considera un estilo perceptivo persistente adquirido durante la infancia mediante experiencias formativas y educativas o un factor constitucional instalado en el sistema nervioso desde el nacimiento. Como estado, la amplificación hace referencia al grado en que un individuo amplifica una determinada sensación en un momento determinado. Esta segunda caracterización de la amplificación como estado puede verse influida por diversos factores como las cogniciones (información y conocimientos, opinión y creencias, y atribuciones etiológicas), el contexto situacional (*feedback* de otras personas y expectativas futuras), la atención y el estado de ánimo (ansiedad y depresión) (Barsky, 1992b).

Barsky *et al.* (1990b) desarrollaron la escala de amplificación somatosensorial (SSAS) para evaluar la tendencia a amplificar sensaciones corporales. Se trata de una escala breve y de fácil aplicación (sólo 10 ítems), que ha sido usada para poner a prueba la hipótesis de este grupo en pacientes hipocondríacos y que ha sido adaptada para su uso en poblaciones hispano-hablantes por nuestro grupo (Belloch, Ayllón, Martínez, Castañeiras y Jiménez, 1999; Martínez *et al.*, 1999). Nosotros hallamos que los 10 ítems se distribuían en dos factores bien diferenciados: uno referido a una elevada sensibilidad ante estímulos corporales (latidos, magulladuras, pinchazos) y otro relacionado con hipersensibilidad a estímulos molestos del ambiente (olores, humos, etcétera). En nuestro estudio, al igual que en la mayoría de los publicados por el equipo de Barsky, la SSAS ha demostrado buenas propiedades psicométricas básicas (fiabilidad), pero una utilidad clínica limitada, dada su escasa capacidad para diferenciar pacientes hipocondríacos de otros grupos clínicos, en especial con patologías ansiosas y depresivas asociadas a la hipocondría. En el estudio de Castañeiras (2001), el primer factor de la escala (hipersensibilidad a señales corporales) distinguió de manera adecuada entre hipocondríacos, otros pacientes somatoformes, con trastornos de ansiedad y con depresión, pero no sucedió lo mismo con el segundo, que ni siquiera distinguió a los hipocondríacos de la población no clínica.

Por lo que hace a la propuesta terapéutica derivada de este planteamiento, parte de asumir una concepción de la hipocondría como un trastorno primariamente cognitivo (con un énfasis en el proceso perceptivo), según el cual el “estilo somático amplificador” de los pacientes es el responsable primario de que experimenten las sensaciones corporales benignas de una manera tan intensa y perturbadora que acaban atribuyéndolas a alguna enfermedad grave. Su planteamiento terapéutico es de tipo psico-educativo y se lleva a cabo en grupos reducidos de entre 6 y 8 pacientes una vez cada 7 días, durante 6 semanas consecutivas. El tratamiento se presenta como un “curso” sobre percepción de síntomas físicos en el que la relación terapéutica clínico-paciente no es la tradicional, sino que se asemeja a la existente entre profesor-alumno. El curso se centra en el análisis de los factores que pueden ser responsables de que se amplifiquen o atenúen los síntomas somáticos (Barsky, Geringer y Wool, 1988):

- 1) *Papel de la atención y uso de la relajación.* Partiendo de la consideración de que la atención puede amplificar las sensaciones físicas, se presenta material educativo de estudios que apoyan esta afirmación y se anima a los pacientes a que, partiendo de sus propias observaciones, relaten hechos que ilustren este fenómeno. También, se discute y ejemplifica el efecto paliativo de la distracción en las sensaciones de dolor. Además,



aprovechando la gran sensibilidad de los hipocondríacos a las sensaciones corporales, se les enseña a centrar su atención en las sensaciones de relajación y bienestar y a ignorar los síntomas desagradables mediante la relajación progresiva, respiración e imaginación visual. Finalmente, se les enseñan ejercicios de yoga y se les asignan tareas para casa con el fin de que practiquen las técnicas aprendidas.

- 2) *Cognición y reatribución de síntomas benignos.* Se ofrecen dos posibles interpretaciones de las sensaciones corporales: el modelo cognitivo-perceptivo y el modelo de estrés. En cuanto al primero, se sugiere a los pacientes que consideren su sistema nervioso como un receptor de radio de tal sensibilidad, que cualquier señal que perciba se amplifica tanto que se convierte en molesta. Se discute e ilustra el modo en que las atribuciones etiológicas afectan a las sensaciones somáticas y los efectos secundarios de las cogniciones en las percepciones. Respecto del segundo modelo, se expone el concepto de estrés y las técnicas para su reducción, se proporciona material didáctico acerca de las manifestaciones somáticas del estrés y sus consecuencias sobre el sistema inmunológico, y se solicita a los sujetos que valoren los estresores existentes en su vida e identifiquen sus propias estrategias de afrontamiento.
- 3) *Contexto situacional.* A través de diversos ejemplos, se muestra cómo las circunstancias y contexto que rodean a una persona pueden amplificar o reducir sus síntomas somáticos, influir en la percepción de éstos y en la creación de expectativas en cuanto a lo que uno debería sentir. Se les pide que relaten datos de su propia experiencia que permitan analizar los efectos del contexto situacional. La discusión de todos estos asuntos permite ofrecerles un nuevo marco en el que puedan ubicar sus síntomas corporales: en lugar de percibirlos dentro de un contexto de enfermedad grave no diagnosticada, se busca que los acepten y que intenten afrontarlos.
- 4) *Papel del afecto y los conflictos de dependencia.* Con la precaución de no sugerir que el malestar emocional es la causa de las molestias físicas de los pacientes, se les plantea que ciertas condiciones emocionales negativas como la ansiedad y la depresión pueden afectar la percepción de las sensaciones físicas. Se solicita a los participantes que exploren los estados emocionales que agravan sus síntomas, lo que con frecuencia pone de manifiesto la existencia de conflictos de dependencia.

Hipocondría y supuestos disfuncionales sobre la salud y la enfermedad: la aportación de Salkovskis y Warwick

Estos autores son especialmente críticos con el planteamiento diagnóstico que el DSM hace de la hipocondría y han dedicado gran parte de sus trabajos a demostrar cómo este trastorno se puede conceptualizar (y tratar) de un modo mucho más adecuado si se le considera como un trastorno de ansiedad (patológica) por la salud. Para ellos, la característica principal de la hipocondría es de naturaleza cognitiva: se produce por una tendencia habitual (estable) a malinterpretar los síntomas físicos, las variaciones corporales, y cualquier otra información que se considere relevante para la salud como indicadores de una enfermedad física grave.

Según el conocido modelo cognitivo de A.T. Beck para la explicación de los trastornos emocionales, el hecho mismo de malinterpretar un estímulo o situación ambiguos como más amenazantes de lo que son en realidad es condición suficiente para que se inicie el ciclo de un trastorno de ansiedad. Ahora bien, el impacto de esa interpretación defectuosa sobre la estabilidad emocional depende de lo grave que resulte la amenaza en cuestión para una persona y, a su vez, la gravedad de la amenaza depende de al menos cuatro factores relacionados, dos de los cuales son negativos y los otros dos moduladores más positivos o protectores. Los dos negativos son: la probabilidad percibida de que se produzca la enfermedad y los costos o consecuencias negativas asociadas al hecho de padecerla (por ejemplo, pérdida de estatus, problemas para los allegados, entre otros). En cuanto a los protectores, los autores indican la capacidad percibida para afrontar la enfermedad y la posibilidad de que cier-



tos factores externos puedan servir de ayuda para resolver el problema o atenuar su malestar (“factores de rescate”) (Salkovskis y Warwick, 2001). Así, de la interacción y el peso relativo de estos cuatro elementos dependen que se desarrolle o no una hipocondría (ansiedad por la salud, según su terminología). Los autores proponen una ecuación en la que integran estos cuatro factores:

$$\text{Ansiedad} = \frac{\text{Probabilidad de enfermar} \times \text{Coste negativo derivado de la enfermedad}}{\text{Capacidad percibida para afrontar la enfermedad} + \text{Percepción de factores externos de ayuda (factores de rescate)}}$$

Teniendo en cuenta tales elementos, proponen un esquema procesal mediante el cual ilustran cómo llega a desarrollarse la hipocondría (Warwick y Salkovskis, 1989, 1990) (véase la figura 24.2), y que puede resumirse así: las experiencias previas relativas a la enfermedad (propia o de otros) y los errores médicos, conducen a la formación de creencias o supuestos disfuncionales acerca de los síntomas, la salud y la enfermedad (por ejemplo, “los cambios corporales habitualmente son una señal de enfermedad grave, ya que todo síntoma debe tener una causa física identificable”). Tales creencias pueden provocar que el sujeto focalice su atención en la información que es coherente con la idea de que su estado de salud no es bueno y que ignore o reste importancia a aquella información que no lo es. Estos supuestos pueden permanecer relativamente inactivos hasta que un incidente crítico (por ejemplo, notar una sensación física, la muerte de algún familiar o conocido) los “moviliza”. Todo ello origina la aparición de pensamientos automáticos negativos e imágenes desagradables, cuyo contenido implica una interpretación catastrófica de las sensaciones o signos corporales (por ejemplo, “mis dolores de estómago significan que tengo un cáncer que no me han detectado”), lo que, finalmente, desencadena la ansiedad por la salud que viene acompañada de sus correspondientes correlatos fisiológicos (por ejemplo, incremento del arousal fisiológico), cognitivos (por ejemplo, atención autofocalizada), afectivos (por ejemplo, ansiedad) y conductuales (por ejemplo, búsqueda de información tranquilizadora).



Los supuestos del hipocondríaco pueden permanecer inactivos hasta que un incidente crítico (por ejemplo, la muerte de algún familiar o conocido) los “moviliza”.

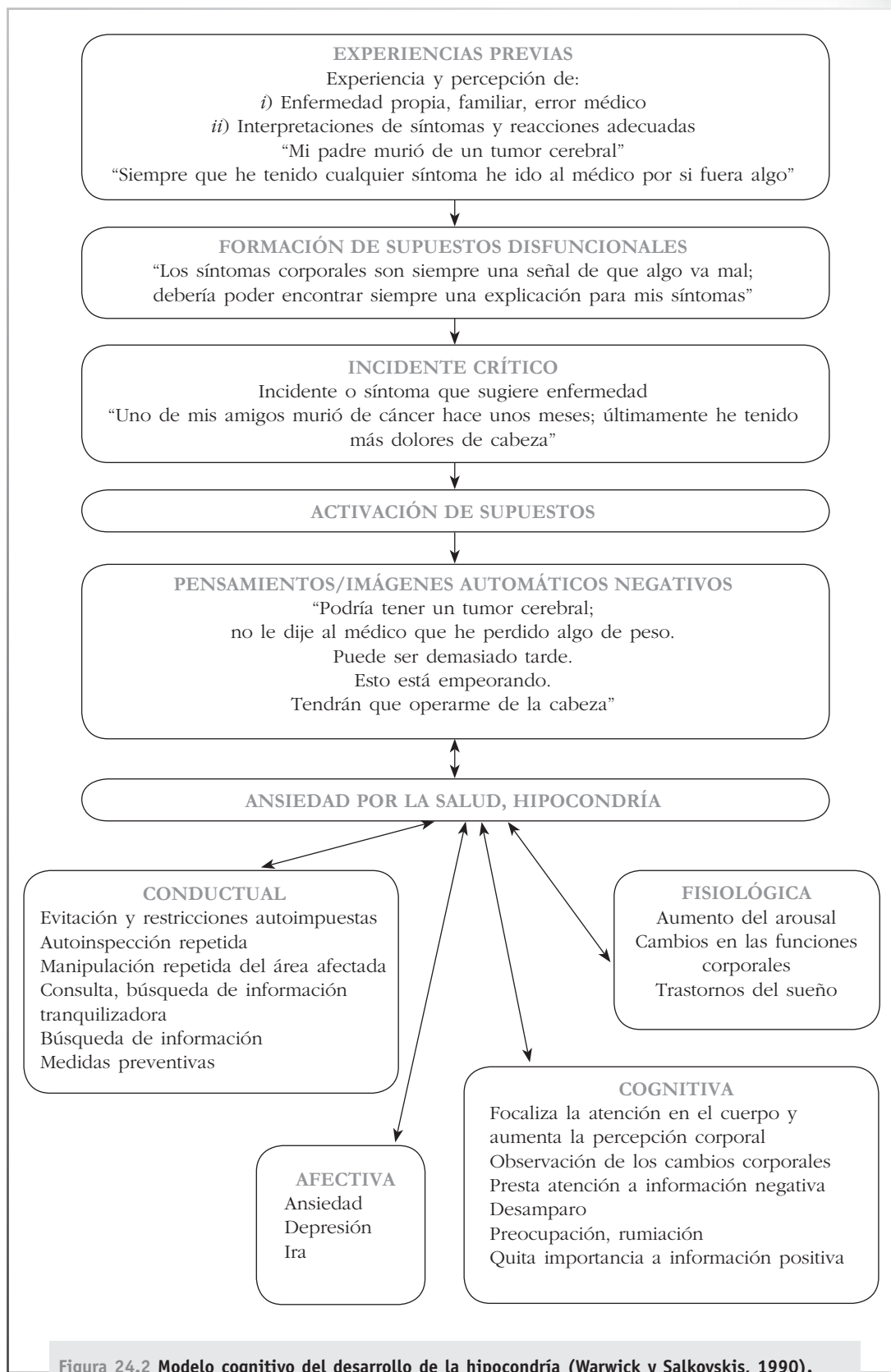


Figura 24.2 Modelo cognitivo del desarrollo de la hipocondría (Warwick y Salkovskis, 1990).



Una vez desarrollado el problema, existen una serie de factores que permiten mantener y/o aumentar la ansiedad patológica por la salud (Salkovskis y Warwick, 2001). La existencia de un estímulo desencadenante (por ejemplo, recibir información sobre una enfermedad) que el sujeto evalúa como amenazante, conduce a que éste experimente miedo o aprensión. Esta reacción desencadena una serie de manifestaciones en un nivel fisiológico, cognitivo y conductual. En primer lugar, el incremento del arousal fisiológico provoca un aumento de las sensaciones mediadas por el sistema nervioso autónomo, lo que puede originar que el sujeto las considere como manifestación de enfermedad física. En segundo término, la atención focalizada en el cuerpo puede hacer que la persona se percate de variaciones (normales) de su función corporal o aspectos de su apariencia física, que de otro modo le habrían pasado inadvertidos y los interprete como anómalos. Por último, las conductas de evitación de autoinspección corporal de las zonas problemáticas y de búsqueda de información tranquilizadora de fuentes médicas y/o no médicas, también representan elementos que contribuyen a fomentar la ansiedad por la salud. Estas conductas funcionan de manera similar a como lo hacen los rituales compulsivos en el trastorno obsesivo compulsivo, ya que producen una disminución transitoria de la ansiedad que viene seguida, posteriormente, por un incremento de la misma. Este tipo de conductas impide que el sujeto aprenda que aquello que teme no le está ocurriendo, provoca que continúe prestando atención a sus pensamientos negativos, e incluso, que algunas de ellas influyan directamente en los cambios corporales que ocasionaron sus pensamientos iniciales.

Los tres mecanismos descritos (arousal fisiológico, focalización de la atención y conductas de evitación) conducen al sujeto a preocuparse por las sensaciones físicas percibidas como patológicas y a valorarlas como señales de la presencia de una enfermedad grave, lo que a su vez aumenta la percepción de peligro, estableciéndose, de este modo, un círculo vicioso que prolonga la hipocondría.

Hasta el momento, la evidencia empírica que avala este modelo proviene, básicamente, de su transformación en un programa de intervención terapéutica de corte cognitivo-conductual, en el que se combinan técnicas comunes de reestructuración cognitiva y terapia cognitivo-conductual (exposición con prevención de respuesta, redistribución atencional, entre otras), que ofrece resultados en general satisfactorios y muy prometedores para el tratamiento psicológico de la hipocondría.

El núcleo principal del programa refiere a la interpretación catastrófica de las sensaciones y signos físicos. A partir de su modelo explicativo, elabora un programa estructurado de tratamiento que consiste en ayudar al paciente a identificar y modificar los pensamientos automáticos negativos sobre sus síntomas corporales, los supuestos disfuncionales acerca de la salud y la enfermedad y las conductas inadecuadas. Los componentes esenciales de este programa de tratamiento son los siguientes:

- 1) *Evaluación del problema y obtención del compromiso del paciente.* Se consigue proponiendo al paciente la posibilidad de abordar su problema desde una perspectiva distinta a la que hasta ahora había adoptado, es decir, considerar durante un periodo limitado (aproximadamente 4 meses) que sus síntomas no son indicadores de una enfermedad grave (antigua hipótesis), sino de un problema de ansiedad (nueva hipótesis). Se anima al paciente a que considere esta última como una hipótesis provisional que debe ser constatada por medio de la acumulación de la evidencia correspondiente.
- 2) *Autoobservación de los episodios de ansiedad excesiva por la salud.* Se enseña al paciente a registrar los estímulos que desencadenan un episodio de preocupación excesiva por la salud y a detectar los pensamientos automáticos negativos y las conductas que lleva a cabo.
- 3) *Identificación y reatribución de los pensamientos automáticos negativos sobre los síntomas.* La principal estrategia de intervención se centra en la modificación de las interpretaciones negativas relativas a la naturaleza de las sensaciones corporales y las posibles consecuencias que puedan derivarse de las mismas. Esta fase requiere la identificación de los pensamientos negativos y la evidencia en la que se apoyan, así

como la elaboración y puesta a prueba de explicaciones alternativas de los síntomas. Esto último se efectúa a través de técnicas verbales como proporcionar esquemas explicativos de la información existente, adoptar el punto de vista de otra persona, entre otras, y experimentos comportamentales del tipo de prestar atención al propio cuerpo, manipular conductas que pueden provocar síntomas, etcétera. También, se utilizan estrategias de *role-playing* e inducción experimental en la sesión de pensamientos catastróficos.

- 4) Cambio de las conductas desadaptativas. Se realiza demostrando el papel que desempeña la conducta en el mantenimiento de las preocupaciones por la salud por medio de preguntas, demostraciones directas y experimentos con conductas implicadas en el problema. Asimismo, se contempla la prevención de las conductas rituales de comprobación corporal y de solicitud de información tranquilizadora, así como la retirada de la atención a las preguntas y comentarios acerca de los síntomas.
- 5) Modificación de las creencias disfuncionales sobre la salud/enfermedad. Para ello, se emplean técnicas de reatribución y experimentos comportamentales.
- 6) Modificación de los factores de mantenimiento y prevención de recaídas. Aquí, se usan técnicas como la exposición con prevención de respuesta y estrategias cognitivas de reatribución.

El programa cuenta con algunas evidencias a favor de su eficacia. Hasta el momento, se ha presentado la descripción de diversos casos en los que se mostraba su utilidad (Warwick y Salkovskis, 1989; Martínez y Botella, 1995), y se ha informado de un trabajo en el que se comparó un grupo experimental (al que se le aplicó el tratamiento) con un grupo control (lista de espera), observándose que los pacientes tratados obtuvieron mejorías significativas que se mantuvieron en el seguimiento (3 meses) (Warwick, Clark, Cobb y Salkovskis, 1996). Otros estudios controlados (Clark *et al.*, 1998, Martínez, 1997) también han presentado resultados satisfactorios, así como su aplicación en formato de grupo (Avia *et al.*, 1996).

Para terminar este punto, en el cuadro 24.3 se recogen algunos de los programas terapéuticos para la hipocondría basados en las propuestas de estos autores, así como en las de Kellner y el grupo de Barsky. Para un estudio más detallado de los mismos, remitimos al lector a las referencias correspondientes, así como a Botella y Martínez (1997) y Martínez y Botella (1995, 1996).

Cuadro 24.3 Tratamientos cognitivo conductuales de la hipocondría (modificado por Martínez y Botella, 1996)

Autores	Elementos específicos del tratamiento
Barsky, Geringer y Wool (1988)	Rol de la atención y uso de la relajación Cognición y reatribución de síntomas benignos Contexto situacional Rol del afecto y los conflictos de dependencia
Warwick y Salkovskis (2001)	Obtención del compromiso del paciente Autoobservación de los episodios de ansiedad por la salud Reatribución de los síntomas Cambio de las conductas desadaptativas Modificación de las creencias disfuncionales sobre la salud/ enfermedad

(continúa)



**Cuadro 24.3 Tratamientos cognitivo conductuales de la hipocondría
(modificado por Martínez y Botella, 1996) (continuación)**

<p>Stern y Fernández (1991)</p>	<p>1ª sesión: Presentación del curso de manejo del estrés; negociación 2ª sesión: Rol de la focalización de la atención 3ª sesión: Ejercicios de relajación; identificar pensamientos negativos 4ª sesión: Creencias disfuncionales; información tranquilizadora 5ª sesión: Familiares e información tranquilizadora; “dudas” 6ª sesión: Rol de la depresión; detectar pensamientos negativos depresivos 7ª sesión: Revisión de las tareas 8ª sesión: Posibilidad del cambio 9ª sesión: Revisión y resumen del tratamiento</p>
<p>Sharpe, Peveler, y Mayou (1992)</p>	<p>Tratamiento de la angustia y trastorno psiquiátrico Reducción de los métodos de afrontamiento “disfuncionales” Restablecimiento de la conducta normal Reevaluación del significado de los síntomas Demostración del efecto de la atención Modificación de los factores interpersonales</p>
<p>Avia <i>et al.</i> (1996)</p>	<p>Exposición <i>in vivo</i> a las diversas sensaciones corporales Entrenamiento en técnicas de manejo de la ansiedad Inundación (imaginación <i>in vivo</i>) ante posibilidad de enfermedad grave/muerte Mejora de la autoestima y entrenamiento en técnicas de aserción Abordaje de áreas conflictivas de la vida del paciente</p>
<p>Speckens, Spinhoven, Hawton, Bolk y Van Hemert (1996)</p>	<p>Identificación y modificación de las cogniciones disfuncionales Exposición en imaginación y técnicas de distracción Planificación de actividades, exposición <i>in vivo</i> y prevención de respuesta Entrenamiento en relajación, ejercicios de respiración y ejercicios físicos Entrenamiento en solución de problemas o habilidades sociales</p>

La intervención psicoterapéutica en la hipocondría

Posiblemente, una de las características que con mayor asiduidad se ha atribuido a la hipocondría es su gran resistencia al cambio. La “leyenda negra” que acompaña a este trastorno tiene una larga tradición. Varias son las razones que suelen aducirse para respaldar esta sombría impresión. En primer lugar, los hipocondríacos suelen responder a las intervenciones médicas desarrollando complicaciones, exacerbando los síntomas o presentando nuevas quejas que sustituyen a las anteriores. En segundo término, muestran una gran resistencia a recibir tratamiento psicológico o psiquiátrico dado que entienden que su problema es única y exclusivamente físico. Por último, resultan ser pacientes que, por un lado, son apegados y dependientes de sus médicos y, por otro, hostiles y con tendencia a rechazar los ofrecimientos de ayuda de éstos, lo que inevitablemente dificulta el establecimiento de una adecuada alianza terapéutica.

Por otra parte, aceptando incluso la veracidad de la dificultad implícita al abordaje terapéutico de la hipocondría, también hay que admitir que la escasa atención que algunos profesionales de la salud han mostrado hacia este trastorno ha contribuido a reforzar la idea de que la hipocondría es un desorden refractario al tratamiento. No obstante, es de justicia reconocer que se han realizado intentos por ofertar algún tipo de ayuda a los pacientes aquejados de un trastorno hipocondríaco, aunque, por desgracia, por el momento no existe una alternativa claramente consolidada que asegure la resolución definitiva del problema.



Como sucede en el abordaje terapéutico de cualquier trastorno mental, hay una serie de principios que deben considerarse al momento de diseñar y planificar la intervención psicoterapéutica con un paciente hipocondríaco.

Como sucede en el abordaje terapéutico de cualquier trastorno mental, hay una serie de principios que deben ser tenidos en cuenta al momento de diseñar y planificar la intervención psicoterapéutica con un paciente hipocondríaco: la forma que adquiere la demanda, el curso y la evolución del problema, las características específicas del paciente, el tipo de relación terapéutica que es más apropiada y las intervenciones concretas para reorganizar la experiencia de tal manera que ésta deje de ser disfuncional. Analizaremos cada uno de estos aspectos por separado.

La demanda

La aparición de un episodio hipocondríaco tiene la forma de un sentimiento devastador que se instala en la vida del paciente y trastorna sus hábitos cotidianos. El individuo se ve arrasado por una situación que modifica sus rutinas, pues el temor a morir modifica sus planes por completo. La alteración que produce la irrupción del sentimiento hipocondríaco es global y afecta al guión vital en su totalidad. Lo que la persona planeaba para su vida deja de tener sentido pues *ya no habrá tiempo para realizarlo*. En ese aspecto, guarda una semejanza estrecha con lo que les ocurre a las personas que han tenido un accidente del que se han derivado consecuencias negativas para sí mismos o para sus allegados o que han experimentado algún problema cardíaco de cierta gravedad.

Este estrechamiento del horizonte vital conduce, en primera instancia, al desarrollo de un sentimiento depresivo muy intenso: de ahí, la frecuente coexistencia de ambos trastornos, la hipocondría y la depresión, que ya mencionamos antes. Pero, además, ese estrechamiento vital puede presentarse acompañado de un componente ansioso, o bien, puede adquirir la forma de una experiencia invasiva de indefensión. En el primer caso, el paciente suele intentar un papel activo para atacar el problema, mientras que, en el segundo, es más probable que deposite en otros esa tarea.

No es fácil identificar los motivos que desencadenan un episodio hipocondríaco. Aunque muchas veces puede aparecer consecutivo a un problema grave de salud que afectó a alguna persona allegada al paciente o a él mismo, es posible encontrar en su historia vital otros acontecimientos similares que no dispararon esa reacción. Eso hace pensar que la noticia sólo tiene un efecto disparador de una condición latente que se debe explicar por otros motivos.

Características de los pacientes

Para tratar de profundizar en esos motivos, conviene detenerse en algunas características de personalidad que muestran estos pacientes. Suelen ser personas que manifiestan comportamientos muy autosuficientes, hasta el punto de presentar en ocasiones rasgos de tipo narcisista. Semejante cuota de omnipotencia se puede traducir en conductas de muy distinto tipo:



controles obsesivos, sujeción a las normas, rigidez ideativa, exacerbación de la autoimportancia, etcétera. Asimismo, pueden ser personas susceptibles, desconfiadas y tener poca tolerancia a la incertidumbre. Además, tienen un estilo de manejo de la ira y la violencia muy controlado: suelen mostrar comportamientos en extremo pacíficos y contemporizadores y sólo desdargan su ira y agresividad en situaciones excepcionales.

Otro aspecto importante para la terapia deriva del modo de vincularse que tienen estos pacientes y, por ende, del sistema de relaciones interpersonales que tienden a establecer. Lo que caracteriza el temor del hipocondríaco es el hecho de que, a juicio de los demás su aprehensión física y su temor al dolor, son exagerados. Es decir, los demás no ven razones suficientes para que el paciente esté tan temeroso de lo que le ocurre, o bien, creen que experimenta un sufrimiento excesivo. Por tanto, el paciente acaba siendo caracterizado como una persona miedosa y él acepta esa etiqueta.

La relación terapéutica

Una de las razones que hace difícil el tratamiento psicológico de estos pacientes es que, por lo regular, resulta difícil establecer una buena alianza de trabajo. La relación terapéutica se ve afectada negativamente, con frecuencia debido a las dificultades que despiertan en el propio terapeuta. Solemos ver a los pacientes hipocondríacos como “no cooperativos”, “difíciles”, “demandantes”, “que reclaman atención” o “manipuladores”. Pero eso no es todo. Ellos tienen, también habitualmente, una mala imagen de los terapeutas, a quienes ven como “despreocupados”, “irrespetuosos”, “no efectivos”, “rechazantes”, “no contenedores”, “poco profesionales” e “inaccesibles”. Starcevic (2002) ha presentado una descripción de esas dificultades y de factores a tener en cuenta para superar el pesimismo terapéutico correspondiente. Lo primero es realizar un cambio de paradigma, dejando de lado nuestra habitual manera de pensar si el paciente reúne los criterios específicos para determinado tratamiento. En su lugar, debemos preguntarnos si el terapeuta reúne los criterios necesarios para tratar pacientes hipocondríacos. Sostiene que son idóneos para tratar a estos pacientes los terapeutas que puedan responderse a preguntas como las siguientes:

¿Estoy en condiciones de tolerar que el paciente se “cuelgue” de sus síntomas?

¿Estoy en condiciones de tolerar que el paciente rechace mi juicio de que no tiene una enfermedad real?

¿Puedo tolerar la aparente falta de voluntad del paciente para estar mejor?

¿Puedo continuar tratando de ayudar al paciente pese a que rechace mi ayuda?

¿Estoy en condiciones de aceptar que puedo ser más útil para el paciente sosteniéndolo y explicándole cosas, en lugar de con intervenciones dirigidas y estructuradas?

¿Estoy en condiciones de soportar el desafío que el paciente haga de mi autoridad profesional?

¿Estoy dispuesto a resistir la tentación de rechazar al paciente?

En síntesis, existe una serie de condiciones que los terapeutas deben reunir para el tratamiento de estos pacientes, entre las cuales destacamos cuatro: empatía, aceptación, comprensión y disposición para dedicar tiempo a la explicación-educación. Asimismo, nuestro comportamiento como terapeutas debe cuidar especialmente aspectos como la accesibilidad a las demandas del paciente, la consistencia en nuestro comportamiento con él (en el sentido de ser predecibles y fiables), la flexibilidad para comprender sus cambios de humor, sus temores y su tendencia a desconfiar de nuestras explicaciones, y la claridad a la hora de exponer lo que creemos que verdaderamente explica mejor su situación.

En definitiva, si bien los programas estructurados de tratamiento (en especial, los de corte cognitivo-conductual) son, hoy por hoy, las herramientas más útiles de las que disponemos para afrontar la psicoterapia de la hipocondría, ello no significa que una aplicación rígida y descontextualizada de esos programas sea, por sí misma, suficiente. Dicho en otros términos: nuestra intervención debe ir encaminada a reorganizar la experiencia de sufrimien-



to del paciente y para ello debemos promover y facilitar el desarrollo de proyectos vitales que permitan reducir sus sentimientos de acortamiento vital, así como permitir la elaboración y resignificación de sus sentimientos de culpa y de su miedo a la muerte. En la actualidad, disponemos de un buen “arsenal” de técnicas y estrategias para ayudar eficazmente a estos pacientes. Pero, como terapeutas, debemos preguntarnos si estamos suficientemente preparados para ir más allá de las técnicas; es decir, debemos estar preparados para embarcarnos en un proceso psicoterapéutico que pondrá a prueba nuestra paciencia en muchas ocasiones, cuyo resultado es, a menudo, incierto y que nos recuerda continuamente nuestras limitaciones.



El cáncer de próstata localizado, la calidad de vida y el ajuste marital

Mónica María Novoa Gómez¹ y Karen Wilde Winz²

Pontificia Universidad Javeriana

El cáncer es una enfermedad que aqueja a un gran número de personas en todo el mundo y ha ido aumentando de manera progresiva a lo largo del presente siglo (Bayés, 1984; Instituto Nacional de Cancerología (INC), 2001). Existen aproximadamente 200 variedades de cáncer, de acuerdo con el INC (2002). Uno de los tipos de cáncer más frecuentes en el hombre es el de próstata con 3 172 nuevos casos cada año, lo cual lo convierte en la segunda causa de mortalidad en la población masculina, después del cáncer del pulmón.

El cáncer de próstata se caracteriza por la presencia de un tumor maligno en una glándula del sistema reproductivo masculino que rodea al cuello de la vejiga y la uretra. Sus causas son aún desconocidas; sin embargo, existen ciertos factores de riesgo, como la edad avanzada, la historia familiar de este tipo de cáncer, tener una dieta alta en grasas y la inactividad física. Según el Gray Cancer Institute (GCI, 2001), 60% de los cánceres de próstata son localizados, es decir, se diagnostican en sus etapas tempranas, cuando aún no se han extendido a otras partes del cuerpo. Sólo los pacientes con cáncer de próstata localizado son susceptibles de ser curados con alguno de los siguientes tratamientos:

- *Prostatectomía radical o cirugía*, consiste en la extirpación total de la próstata y las vesículas seminales, posteriormente se sutura la uretra al cuello de la vejiga. Esta cirugía es curativa siempre y cuando el informe definitivo de patología confirme que el cáncer estaba completamente confinado a la próstata.
- *Radioterapia*, consiste en irradiar la próstata con fotones de alta energía, hoy día se realiza con aceleradores lineales; no hay necesidad de cirugía, la mayoría de los pacientes la toleran bien. A pesar de que la radiación mata las células de cáncer, su desventaja principal es que deja la próstata en su puesto por lo que, en algunos casos, el cáncer puede reaparecer en años posteriores.

¹ Pontificia Universidad Javeriana, enviar correspondencia a mmnovoa@javeriana.edu.co. Coordinadora de la Línea de Investigación en Psicología y Salud de la Facultad de Psicología de la Pontificia Universidad Javeriana.

² Psicóloga adscrita a la Línea de Investigación en Psicología y Salud de la Facultad de Psicología de la Pontificia Universidad Javeriana.

- *Hormonoterapia*, tratamiento antiandrogénico (ADT) se logra de tres formas: primero, mediante la extirpación de los testículos (orquidectomía bilateral); segundo, por medio de medicamentos análogos de la LHRH (factor liberador de la hormona luteinizante) que van a frenar la producción de testosterona por parte de los testículos y, por último, a través de bloqueadores de los receptores antiandrogénicos de las células tumorales. La eficacia de este tratamiento obedece al grado de dependencia hormonal del tumor; si el tumor está compuesto por células andrógeno-dependientes, la intervención de supresión de andrógenos será efectiva; por el contrario, si el tumor está compuesto por células andrógeno-independientes, no lo será.
- *Braquiterapia*, consiste en irradiar el interior de la próstata, ya sea mediante la implantación de semillas radiactivas (llamada braquiterapia de baja tasa de dosis) o la irradiación con iridio 192 a través de la implantación temporal de agujas dentro de la próstata (llamada braquiterapia de alta tasa de dosis). Puesto que son técnicas modernas, aún no se conocen muy bien los resultados de los beneficios y de los riesgos a largo plazo de este tratamiento.
- *Observación médica*, en este caso no se da ningún tratamiento al paciente, sino que, con periodicidad, se le hacen exámenes, entre ellos el PSA y el DRE, gammagrafía ósea y evaluación de los síntomas para determinar si el tumor está en metástasis. El paciente tiene la opción de elegir que sólo lo observen, en el caso de no estar dispuesto a someterse a algún otro tratamiento; no obstante, si se presenta un incremento del PSA, hay invasión de otros órganos o se presenta dolor, lo más seguro será recurrir a la hormonoterapia. Esto no es recomendable en pacientes jóvenes con tumores mal diferenciados que tienen índices de Gleason altos.

Al momento de elegir el tratamiento, la persona debe considerar la dualidad que optimice calidad y cantidad de vida; además, es indispensable que el paciente tome la decisión después de haber obtenido información clara, inteligible y suficiente por parte de los médicos y de la literatura que él y su familia pudieran consultar y, si fuera necesario, después de alguna ayuda psicológica.

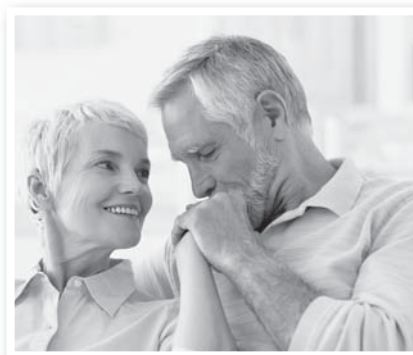
Todos los tratamientos posibles tienen sus ventajas y desventajas; las recomendaciones que se hacen para su elección se sustentan en factores como la edad del paciente, expectativas de vida, condiciones generales de salud, preferencias personales y el estado y grado del cáncer.

Existen diferentes efectos que pueden presentarse en el paciente después de los tratamientos, los principales se dan en la función sexual, urinaria e intestinal (Pickett *et al.*, 2000; Brink y Fischman, 2000).

Efectos en la función sexual

- *Impotencia sexual*: es la inhabilidad para lograr o mantener una erección del pene y sostener una relación sexual.
- *Aneyaculación*: se da cuando no es posible la eyaculación; pueden presentarse orgasmos secos en los cuales existe el placer sexual, pero sin eyaculación. Este síntoma se da entre 75 y 80% de los casos.

Con dependencia en su edad y en muchos otros factores, el paciente puede presentar síntomas progresivos de disminución del deseo sexual y disfunción eréctil antes del tratamiento; sin embargo, por lo general, tales síntomas son más notorios luego de algún tipo de tratamiento.



Dependiendo de su edad y de muchos otros factores, el paciente puede presentar síntomas progresivos de disminución del deseo sexual y disfunción eréctil antes del tratamiento.



Efectos en la función urinaria

- *Polaquiuria*: es el aumento de la frecuencia urinaria durante la vigilia. La mayoría de las personas normales tienen una frecuencia urinaria de 3 a 4 micciones al día. No obstante, hay personas cuya frecuencia puede estar modificada, pero esto no es indicador de patología, ya que puede ser causada por factores como el frío, la ingesta de bebidas como el café y el té, el incremento notable de ingesta de líquidos, el estrés, entre otros. Por el contrario, el calor, la sudoración y el ejercicio pueden reducir la frecuencia urinaria; lo importante sería, entonces, investigar si el paciente ha notado un incremento inusual de su frecuencia urinaria teniendo en cuenta los factores mencionados. Si es así, se considera una indicación de que existe patología.
- *Nicturia*: son las micciones que ocurren durante la noche, en las cuales el deseo de orinar despierta al paciente. En algunos casos la micción nocturna que interrumpe el sueño es un hábito. Para saber si este síntoma es patológico hay que considerar el número de veces y el tiempo de ocurrencia.
- *Urgencia urinaria*: es la sensación apremiante de orinar, en la cual el paciente teme que, si no va de inmediato al baño, podría orinar en forma involuntaria, como efectivamente ocurre en algunos pacientes.
- *Tenesmo vesical*: es el efecto que describe la sensación de tener nuevamente micción a pesar de haberla terminado. A veces también se describe como la sensación de evacuación incompleta de la vejiga.
- *Disuria de esfuerzo*: consiste en que el paciente tiene dificultad y debe hacer algún esfuerzo (pujar) para comenzar la micción. En algunos pacientes este efecto se traduce en una demora para iniciar la micción.
- *Incontinencia urinaria de esfuerzo*: definida como el escape involuntario de la orina que se da cuando la persona efectúa alguna actividad física como toser, estornudar o reírse.
- *Incontinencia severa*: se presenta cuando hay un escape de orina continuo.

Efectos en la función intestinal

- *Disfunción intestinal*: se manifiesta mediante diarrea, urgencia rectal y/o hemorragia (sangre en las deposiciones).
- *Proctitis*: definida como la inflamación del recto que produce dolor.

En el caso específico de un tratamiento hormonal, se pueden presentar los siguientes efectos secundarios: reducción o abolición del deseo sexual, impotencia sexual, calores, letargo, que consiste en cansancio generalizado, diarrea, incremento de las pruebas de función hepática, dolor y crecimiento de las glándulas mamarias, conocido como ginecomastia.

Las complicaciones mencionadas pueden tener una incidencia negativa en los diferentes dominios de la calidad de vida del paciente debido a la disminución del sentido de bienestar físico, psicológico, mental y social (Pickett, Watkins, Joseph y Burggraf, 2000; Litwin, McGuigan, Shpall y Dhanani, 1999).

La calidad de vida

El concepto de calidad de vida lo componen diversos dominios; Andreson (1992) afirma que es una medida integrada por factores que se refieren tanto a la satisfacción global como a los componentes específicos relacionados con la salud, el matrimonio, la familia, el trabajo, la situación financiera, la autoestima y la confianza, entre otros. Por su parte, la Organización



Mundial de la Salud (OMS, 2000) advierte que la calidad de vida abarca los siguientes indicadores: a) Estatus funcional, el cual mide la presencia y grado de interferencia de daños físicos en la realización de actividades diarias, de autocuidado, movilidad, actividades físicas propias y cotidianas. Síntomas, tanto físicos particulares como efectos secundarios de tratamientos. b) Estatus psicológico: definido por los dominios actuales en regulación emocional, solución de problemas y toma de decisiones. c) Funcionalidad social, se refiere a redes de apoyo formales (EPS y tipo de vinculación laboral) y a redes de apoyo informales (apoyo emocional, físico y económico recibido por parte del cónyuge, familia o amigos). Asimismo, alude a las creencias religiosas de las personas y al funcionamiento global en el cual se resumen las evaluaciones realizadas por la persona acerca de su bienestar y estado de satisfacción general.

En este orden de ideas, Clark, Rieker y Talcott (1999) exploraron los efectos sexuales, urinarios e intestinales producidos por los tratamientos en la calidad de vida de los pacientes con cáncer de próstata. Se observó a un grupo de hombres que presentaban efectos y a otro que no los mostraba. Los resultados indicaron que el primer grupo tenía puntajes considerablemente más bajos en el inventario de calidad de vida (SF-36) en comparación con el segundo grupo; los resultados no revelaron diferencias significativas de acuerdo con el tipo de tratamiento. Fue manifiesto que las complicaciones físicas producidas por los tratamientos generaban estrés emocional, disminución de la vitalidad, limitación en las principales actividades o en las interacciones sociales y reducción de la salud emocional (ansiedad, depresión). Los resultados sugirieron que la vitalidad y la percepción de la salud en general fueron los aspectos más sensibles a los síntomas urológicos.

En el aspecto emocional pueden darse cambios, ya que cuando el individuo sabe que tiene cáncer de próstata, surgen sentimientos de inutilidad o de carga familiar, pérdida de la capacidad para disfrutar, tendencias al aislamiento social, falta de interés y de colaboración con el tratamiento, sentimientos de ira o irritabilidad (Palmero y Fernández, 1998).

En términos psicológicos, el paciente puede verse afectado dadas las reacciones emocionales negativas, como la vergüenza, en el caso de la incontinencia urinaria y la disfunción intestinal. En cuanto a la impotencia sexual, es posible que el hombre se sienta incómodo con su pareja y evite ciertas conductas de intimidad y privacidad que posteriormente lleven a una relación sexual.

De igual forma, es posible que la percepción de masculinidad que de sí mismo tiene el paciente se vea afectada, si se tiene en cuenta que los efectos secundarios pueden ocasionar un debilitamiento y carencia del control del propio cuerpo en el funcionamiento sexual. La creencia de que el hombre siempre debe satisfacer a la mujer en el acto sexual también se relaciona con lo anterior. Según Corsi (1999), en nuestra cultura se enseña a los hombres

un “modelo de sexo de fantasía”, un conjunto de expectativas irreales, idealistas, que se traducen en intensas presiones respecto a su rendimiento; así, cuando éstas no se cumplen, se puede generar una disminución en la autoestima del individuo y en la credibilidad de sí mismo que llevan al debilitamiento de la imagen de su masculinidad.

En un nivel social es posible que se manifiesten cambios en las relaciones interpersonales del paciente, dado el estado de tensión y tristeza en el que puede encontrarse. Por esta razón, puede intentar aislarse y perder el interés en el establecimiento y mantenimiento de vínculos satisfactorios con quienes lo rodean. Este aspecto es importante ya que, como lo menciona Rodríguez (1995), la red de apoyo social constituye una pauta de lazos continuos e intermitentes que desempeñan un papel significativo en la integridad psicológica y física de las personas a lo largo del tiempo; entre las diferentes funciones que cumplen las



En nuestra cultura se enseña a los hombres un conjunto de expectativas irreales, idealistas, que se traducen en intensas presiones respecto a su rendimiento.



relaciones interpersonales se encuentran: proporcionar intimidad, prevenir el aislamiento, definir las competencias mutuas, brindar elementos de referencia, compartir problemas comunes y ofrecer asistencia en las crisis. Así, cuando las relaciones sociales del paciente se ven alteradas, el proceso de afrontamiento puede disminuir.

Este proceso es fundamental en el manejo de la enfermedad y se refiere a los esfuerzos del individuo por resistir y superar las demandas excesivas que le plantea su vida cotidiana, por reestablecer el equilibrio perdido y poder adaptarse a la nueva situación, consiguiendo así un óptimo nivel de vida. Como se señaló, la red social con que el paciente cuenta desempeña un papel vital en este proceso, pues representa una auténtica necesidad para lograr un desarrollo adecuado y expansivo del ser humano.

Weihs *et al.* (2002) argumentan que las relaciones familiares, a diferencia de otras relaciones sociales, presentan una gran intensidad emocional que se asocia de manera directa con el manejo de la enfermedad. Desde esta perspectiva, la familia es entendida como un grupo íntimo con fuertes lazos emocionales de identificación, apego, lealtad, reciprocidad y solidaridad que tienen una historia y un futuro como grupo. Dentro de ésta se encuentran los padres, la cónyuge y otras personas a quienes se consideran muy cercanas. Así, las relaciones familiares se caracterizan por la duración en el tiempo, su intensa emocionalidad y el involucramiento de altos niveles de intimidad en el día a día de la vida. De esta forma, los miembros de la familia crean una parte de la realidad social que se halla enlazada con la salud y es dentro de este ambiente donde el manejo de la enfermedad toma lugar. En este marco de referencia, la pareja puede constituirse en un recurso fundamental de seguridad y apoyo, que facilita en gran parte el proceso psicológico que demanda la enfermedad como tal. Así, la pareja puede ser un predictor positivo en la recuperación y mejora funcional de la enfermedad, influyendo de manera directa o indirecta en el estado de ánimo del paciente, en la forma como se percibe a sí mismo, al medio que le rodea y a su futuro, además, en las interpretaciones que se van construyendo alrededor de la situación como tal. De ese modo, la pareja permite satisfacer distintas necesidades importantes las cuales varían de persona a persona en las diversas etapas de la vida: de contacto físico, de relaciones sexuales, de estabilidad, de proyección, de exclusividad y de confianza, entre otras.

El ajuste marital se define como el reporte subjetivo de los miembros de la pareja en cuanto al nivel de satisfacción con la relación en el compartimiento de intereses, objetivos, valores y puntos de vista. Existen cuatro áreas que inciden en el ajuste marital: *a)* consenso, grado de acuerdo existente entre ambos miembros de la pareja en aspectos importantes de la relación; *b)* cohesión, grado en que la pareja se involucra en actividades conjuntas; *c)* satisfacción, indica el grado de satisfacción de la pareja con la relación en el momento presente y su grado de compromiso para continuar en dicha relación, y *d)* expresión de afecto, señala el grado en que la pareja está satisfecha con la expresión del afecto dentro de la relación y con la satisfacción que deriva de la relación sexual (Cáceres, 1996).

Por su parte, Martínez (1995) identifica ciertas variables que determinan la situación de la relación de pareja (satisfacción, insatisfacción y conflicto). Éstas se han clasificado en individuales y de interacción; las primeras incluyen habilidades de comunicación (conjunto de conductas verbales y no verbales mediante las cuales los miembros de la pareja transmiten sus pensamientos y emociones), factores cognoscitivos (aspectos que se presentan en el desarrollo y mantenimiento del conflicto marital) y factores emocionales (dependen de la forma en que las personas manejan o manifiestan sus emociones y cogniciones). Las segundas se refieren a la reciprocidad (intercambio mutuo de consecuencias positivas o negativas entre los esposos) y a la violencia.

En términos generales, las exploraciones teóricas efectuadas acerca del tema aluden al impacto que causa el cáncer de próstata localizado en la calidad de vida de los pacientes que han sido tratados y a la relación con los efectos producidos por los tratamientos (Clark, Rieker y Talkott, 1999; Litwin, Flanders y Pasta, 1999; Shrader-Bogen, Kjellberg, McPherson y Murray, 1997; Kornblith, Herr, Ofman, Scher y Holland, 1994); sin embargo, no existen estudios que se centren en la posible relación entre los efectos secundarios de los tratamientos,



la calidad de vida y el ajuste marital en pacientes con cáncer de próstata localizado (Kornblith, Herr, Ofman, Scher y Holland, 1994).

Dados los anteriores vacíos, la investigación llevada a cabo por Novoa, Cruz, Rojas y Wilde (2003) pretendió profundizar en esta última temática, con el fin de ampliar la perspectiva biológica que predomina en los estudios acerca del tema e integrar una visión biopsicosocial. Este estudio analizó la relación entre los efectos secundarios del tratamiento antineoplásico, la calidad de vida y el ajuste marital en hombres que han sufrido cáncer de próstata localizado mediante una entrevista estructurada para la recolección de datos sociodemográficos, el inventario QLQ-C30. v3, diseñado para evaluar la calidad de vida en pacientes oncológicos, el inventario QLQ-PR25, un módulo complementario del inventario anterior, enfocado en específico en la evaluación de los efectos secundarios de los tratamientos del cáncer de próstata, y la escala de ajuste diádico (DAS) empleada para la evaluación del ajuste marital. Así, se seleccionaron 50 pacientes con diagnóstico de cáncer de próstata localizado que recibieron tratamientos antineoplásicos como prostatectomía radical y/o radioterapia y/u hormonoterapia y/o braquiterapia y que, desde el momento del tratamiento, hubieran transcurrido entre seis meses y dos años.



El interés que tiene el hombre por el sexo disminuye debido a los efectos inmediatos de los tratamientos y ello llega a afectar su estado emocional y su propio autoconcepto.

Los hallazgos mostraron la disminución en el interés que tiene el hombre por el sexo debido a los efectos inmediatos de los tratamientos y que tal desinterés llega a afectar su estado emocional y su propio autoconcepto. Esto se relaciona con la incomodidad que el paciente percibe al estar en intimidad sexual y se asocia con lo descubierto en el estudio de Clark, Rieker y Talcott (1999) en donde la percepción de la salud general es uno de los aspectos de la calidad de vida más sensibles a los síntomas sexuales que se dan como consecuencia de los tratamientos antineoplásicos. Respecto del área de satisfacción marital, se concluyeron varias cosas. En primer lugar, las personas que manifiestan que el sexo es poco satisfactorio son las mismas que informan que las cosas con la pareja, después del tratamiento, nunca o raramente iban bien. En este caso, si para el hombre la agradabilidad en el sexo es un factor determinante en su relación de pareja y los síntomas sexuales lo abolieron o disminuyeron, entonces la evaluación de la satisfacción marital suele ser negativa. En tal sentido, los planteamientos de P. Bornstein y M. Bornstein (1986) sobre las expectativas o creencias de las personas acerca de que “el nivel sexual nunca debe decaer” acarrea frustraciones personales que, de no manejarse en forma adecuada en la pareja, facilitan el deterioro de la relación. En este estudio ningún paciente puntuó dentro de la categoría de parejas armoniosas, estando la mayor parte de la población distribuida en el rango categorial de parejas desajustadas. Este hallazgo se relaciona estrechamente con los aspectos de

las áreas que se encontraron muy afectados. Como lo enuncia Spanier (1976), el ajuste de la pareja es un proceso que tiene en cuenta las diferencias personales que molestan al compañero, las tensiones interpersonales y la ansiedad personal, la satisfacción, la cohesión y el consenso en la importancia de los problemas para el funcionamiento diádico.

Al recopilar las correspondencias que se dieron entre el ajuste marital del paciente después de haber sido tratado y los efectos del tratamiento, se concluye que los síntomas sexuales son los que más desajuste producen en las diversas áreas de interacción. Ello se evidencia no sólo a través de las correlaciones que se dieron, sino, también, a partir de los reportes personales de los pacientes. Los siguientes comentarios fueron los más comunes: “Después del tratamiento no he vuelto a tener relaciones sexuales”; “El tratamiento me ha afectado la relación; antes, yo era activo sexualmente”; “La parte de la sexualidad es traumatizante”; “Mi relación de pareja se vio afectada por la impotencia”; “La disfunción eréctil ha afectado la relación”; “Sexualmente se afecta la relación”; “La relación cambia en la sexualidad”; “En la sexualidad me he visto muy afectado con mi pareja, a veces tenemos conflictos por eso, es



duro psicológicamente”; “Prácticamente se acaba la relación de pareja porque la erección se acaba”; “Hicimos una separación de cuartos por la impotencia sexual, para así estar tranquilos”. Así, los síntomas relacionados con el funcionamiento sexual como la impotencia, las dificultades para eyacular, la incomodidad en el acto sexual o la disminución del deseo tuvieron un impacto fuerte en todas las áreas de interacción de la pareja, en especial en la satisfacción y expresión de afecto. Por otro lado, los síntomas urinarios como la incontinencia, la polaquiuria y la nicturia llegaron a afectar de modo significativo las áreas de satisfacción, consenso y cohesión. Las disfunciones intestinales afectaron el área de cohesión y algunos síntomas asociados como la fatiga, el cansancio y la debilidad se relacionaron con las áreas de expresión de afecto y cohesión.

Respecto de la relación entre ajuste marital y calidad de vida se confirmó que el ajuste marital tiene un impacto considerable en la calidad de vida. En general, se concluye que la hipótesis planteada es consistente con los datos encontrados ya que las áreas específicas de la calidad de vida tuvieron una relación significativa con las áreas del ajuste marital. Algunos síntomas evaluados en el cuestionario de calidad de vida, como el cansancio, la irritabilidad y la funcionalidad emocional, se relacionaron con las áreas de cohesión, satisfacción y, sobre todo, con la de expresión de afecto. La funcionalidad social tuvo un fuerte impacto en el área de cohesión y satisfacción y la funcionalidad de rol se relacionó de modo significativo con aspectos de la satisfacción de la pareja y la cohesión. El funcionamiento físico y el cognoscitivo no se relacionaron significativamente con algún aspecto evaluado en el instrumento de ajuste marital.

Por último, un aspecto interesante identificado en la investigación a través de los reportes de los pacientes fue la utilización de drogas para contrarrestar los síntomas sexuales. Al respecto se halló que en la mayoría de los pacientes con impotencia, este tipo de ayuda no les había dado resultado.

Conclusiones

A partir de lo expuesto en este capítulo, se concluye que la cantidad de emociones que experimentan los pacientes con cáncer de próstata, como ira, confusión, depresión y especialmente temor, interfieren en la vida de una persona, así como en las relaciones de pareja. Esto refuerza lo que afirman Hanover (1999) y Kaps (1994) cuando argumentan que el cáncer de próstata cambia un matrimonio, ya sea de manera negativa o positiva, puesto que algunas parejas manifiestan, por un lado, que después de la enfermedad del cáncer de próstata la relación se deterioró en algún sentido. Por otro, algunas parejas sugieren que, pese a lo difícil de la situación, se habían unido más.

Asimismo, es indispensable que las parejas sepan que la satisfacción en la sexualidad no hace referencia exclusiva a la penetración, ya que, como lo menciona FEFOC (2002), ésta se puede alcanzar sin coito, sin orgasmos, sin erecciones y/o eyaculación, pues el ser abrazado y acariciado es una parte esencial de toda intimidad sexual que proporciona comodidad y seguridad, ya que saber que uno es aceptado y amado es un buen camino para ayudar a una persona a manejar el cáncer. Muchos hombres pueden estar excitados, sentir placer y llegar al orgasmo sin eyacular, esto se conoce como “orgasmo seco”.

De esta manera, un buen apoyo por parte de la pareja es de suma importancia, puesto que se asocia, como lo dice Rodríguez (1995), con niveles más bajos de depresión y ansiedad, teniendo efectos moderadores que incrementan las conductas de afrontamiento. Por



Un buen apoyo por parte de la pareja es de suma importancia, puesto que se asocia con niveles más bajos de depresión y ansiedad.

este motivo, es fundamental que la pareja desarrolle habilidades para la resolución de los conflictos que puedan surgir.

Tales aspectos reiteran nuevamente la necesidad de llevar a cabo un trabajo integrado entre el paciente y su medio familiar y social más cercano, dando, además, una mirada interdisciplinaria que permita manejar de manera oportuna y acertada las múltiples circunstancias que los tratamientos traen consigo. Muestra, también, que la población masculina no está exenta de requerir trabajo psicológico, aspecto casi siempre minimizado tanto por los usuarios o pacientes, como por el personal de salud, debido a los estereotipos que existen en cuanto a la masculinidad.

Con base en lo anterior, se proponen ciertos aspectos a considerar en el trabajo con este tipo de población:

- Fortalecimiento de la información que se le suministra al paciente. El médico, aparte de tener una preparación especializada, técnica y científica para tratar al paciente y de mencionarle los posibles síntomas físicos que puede presentar después del tratamiento, debe tener en cuenta cómo puede llegar a sentir, sufrir y temer el paciente acerca de lo que estos síntomas pueden desencadenar en su vida si se considera que él es un ser psicológico, cultural y social. De esta forma, la “consulta médica” debe ser un encuentro interpersonal en el que el médico presente una disposición afectiva que integre no sólo una destreza clínica, sino también terapéutica. Lo anterior le ayudaría al hombre a saber de antemano las posibles alteraciones psicológicas y emocionales que puede enfrentar y lograría así un proceso de adaptación más adecuado que disminuiría la posibilidad de afectación en su calidad de vida y en su relación de pareja. Asimismo, sería útil que el médico, al comprender las implicaciones que entrañan los efectos secundarios de los tratamientos en la vida del paciente, pueda hacer que los encuentros incluyan a los dos miembros de la pareja.
- Es fundamental pensar en la creación de un espacio de intervención psicológica centrado en:
 - El desarrollo de habilidades en la resolución de conflictos que se pueden presentar al interior de la pareja, incluyendo la sexualidad, la expresión de afecto y la comunicación, entre otros, con el fin de que el proceso de adaptación a la nueva situación sea apropiado y les permita mantener un alto grado de satisfacción.
 - El manejo de las problemáticas relacionadas con el funcionamiento emocional de los pacientes tales como frustración, sentimientos de irritabilidad, miedo, ira y depresión, que le permitan tener una mejor calidad de vida.
 - El fortalecimiento de la autoestima del paciente, destacando la valoración de la imagen que tiene de sí mismo y la desmitificación del concepto de masculinidad de la sociedad actual, ya que el concepto tradicional del rol masculino genera un impacto negativo en el hombre.
 - El fortalecimiento de la función social brindando herramientas al paciente para el establecimiento y mantenimiento de las relaciones interpersonales.
 - Para futuras investigaciones se recomienda incluir a la pareja dentro del proceso evaluativo, pues eso podría complementar de manera importante los aspectos relacionados con el ajuste marital.
 - De igual modo, con estos resultados se propone desarrollar programas de intervención dirigidos a cubrir las tres fases del proceso por el cual pasan los pacientes; a saber, el diagnóstico y pretratamiento, tratamiento y los efectos posteriores a los mismos.



Es recomendable incluir a la pareja dentro del proceso evaluativo para complementar de manera importante los aspectos relacionados con el ajuste marital.



Bibliografía

1. INTRODUCCIÓN A LA PSICOLOGÍA DE LA SALUD

- Ader, R. y N. Cohen (1982). "Behaviorally conditioned immunosuppression." *Psychosomatic Medicine*, 37, pp. 333-340.
- Alexander, F. (1950). *Psychosomatic Medicine*. Nueva York: Norton.
- Amigo, I., C. Fernández y M. Pérez (1998). *Manual de psicología de la salud*. Madrid: Pirámide.
- Bakal, D. A. (1996). *Psicología y salud*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Bandura, A. (1997). *Self-Efficacy. The Exercise of Control*. Nueva York: W. H. Freeman and Company.
- Becoña, E., F. L. Vázquez y L. A. Oblitas (2000). "Psicología de la salud: Antecedentes, desarrollo, estado actual y perspectivas" en L. A. Oblitas y E. Becoña (eds.). *Psicología de la salud*. México: Plaza y Valdés.
- Belloc, N. (1973). "Relationship of health practices and mortality." *Preventive Medicine*, 2, pp. 67-81.
- Birk, L. (1973). *Biofeedback: Behavioral Medicine*. Nueva York: Grunne y Stratton.
- Brenner, P. y J. Wrubel (1989). *The Primacy of Caring: Stress and Coping in Health and Illness*. Don Mills, Ontario: Addison-Wesley.
- Carlson, J. G., R. C. Harrigan y Z. C. Seely (1997). "The wellness behavior interactions model." *International Journal of Stress Management*, 4, 3, pp. 145-169.
- Cassel, E. J. (1982). "The nature of suffering and the goals of medicine." *The New England Journal of Medicine*, 306, pp. 639-645.
- Centers of Disease Control (1993). "Smoking-attributable mortality and years of potential life lost-time withdrawal among adolescent and young adult tobacco users-U.S." (1991). *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 43, pp. 745-750.
- Donker, F. J. (1991). "Medicina conductual y psicología de la salud" en G. Buena-Casal y V. E. Caballo (comps.), *Manual de psicología clínica aplicada*. Madrid: Siglo XXI.
- Dubos, R. (1975). *El espejismo de la salud*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Engel, G. L. (1977). "The need for a new medical model. A challenge for biomedicine." *Science*, 196, pp. 129-136.
- Fein, G., C. Van Dyke, L. Davenport, B. Turetsky, M. Brant-Zawadzki, L. Zatz, W. Dillon y P. Valk (1990). "Preservation of normal cognitive functioning in elderly subjects with extensive white-matter lesions of long duration." *Archives of General Psychiatry*, 47, pp. 220-223.
- Freixa, E. (1991). "Psiconeuroinmunología: El condicionamiento de las respuestas inmunitarias" en G. Buena-Casal y V. E. Caballo (comps.) *Manual de psicología clínica aplicada*. Madrid: Siglo XXI.
- Fred, S. (1959). *Collected papers* (vols. I-V). Nueva York: Basic Books.
- García, M. P. y E. Becoña (1994). "Manuales de autoayuda para dejar de fumar." *Adicciones*, 6, pp. 73-89.
- Gatchel, R. J. (1993). "Psychophysiological disorders: Past and present perspectives" en R. J. Gatchel y E. B. Blanchard. *Psychophysiological Disorders*. Washington: APA.
- Gil, F., J. M. León y L. Jarana (1995). *Habilidades sociales y salud*. Madrid: Barcelona.
- Graham, D. T. (1972). "Psychosomatic medicine" en N. S. Greenfield y R. A. Sternbach (eds.). *Handbook of Psychophysiology*. Nueva York: Holt, Rinehart y Winston.

- , J. A. Stern y G. Winokur (1958). "Experimental investigation of the specificity hypothesis in psychosomatic disease." *Psychosomatic Medicine*, 20, pp. 446-457.
- Green, E. y A. Green (1979). *Beyond Biofeedback*. Nueva York: Dell Publishing Co., Inc.
- Heiby, E. y J. G. Carlson (1986). "The health compliance model." *The Journal of Compliance in Health Care*, 1, pp. 136-152.
- Kaplan, R. M. (1990). "Behavior as the central outcome in health care." *American Psychologist*, 45, pp. 1211-1220.
- Kazdin, A. E. (1994). "Methodology, design, and evaluation in psychotherapy research" en A. E. Bergin y S. L. Garfield (eds.). *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change*, 4a. ed. Nueva York: Wiley.
- Kristal, J. (1988). *Integration and Self-Healing: Affect, Trauma, Alexithymia*. Hillsdale: Analytic Press.
- Labrador, F., M. Muñoz y J. Cruzado (1990). "Medicina conductual" en F. Fuentenebro y C. Vázquez (eds.). *Psicología médica, psicopatología y psiquiatría*. Madrid: McGraw-Hill Interamericana, pp. 641-651.
- Leventhal, H., D. R. Nerenz y D. J. Steele (1984). "Illness representations and coping with health threats" en A. Baum, S. E. Taylor y J. E. Singer (eds.). *Handbook of Psychology and Health*, vol. 4: *Social psychological aspects of health*. Hillsdale: Erlbaum.
- Lipowski, Z. J. (1986). "Psychosomatic medicine: Past and present, Part 1. Historical background." *Canadian Journal of Psychiatry*, 31, pp. 2-7.
- Matarazzo, J. D. (1980). "Behavioral Health and Behavioral Medicine: Frontiers for a New Health psychology." *American Psychologist*, 35, pp. 807-817.
- McKeown, T. (1971). *The Role of Medicine: Dream, Mirage or Nemesis*. Londres: Nuffield Provincial Hospital Trust.
- Meyer, A. (1957). *Psychobiology: A Science of Man*. Springfield, Il.: Charles C. Thomas.
- Moscoso, M. S. y L. A. Oblitas (1994). "Hacia una psicología de la salud en el año 2000: Retos y promesas." *Psicología contemporánea*, 1, pp. 7-15.
- Nemiah, J. C. (1973). "Psychology and psychosomatic illness: Reflections in theory and research methodology" en J. Freyberger (ed.), *Topics of Psychosomatic Research: Proceedings of the 9th European Conference on Psychosomatic Research*. Basel: Karger.
- (1976). "Alexithymia: A review of the Psychosomatic Process" en O. Hill (ed.), *Modern trends in psychosomatic medicine*. Londres: Butterworths, 3, pp. 430-439.
- OMS (1983). *Nuevas políticas para la educación sanitaria en Atención Primaria de Salud*. Copenhague, Oficina Europea de la OMS.
- Rascio, M. A. (2000). "La educación ambiental. La enseñanza de valores ambientales. Caso de estudio: Huerta de Valencia" en A. J. Diéguez (coord.) *La intervención comunitaria*. Buenos Aires: Espacio Ed., pp. 203-247.
- Ruiz, M. P. (2000). "Infección por VIH y Sida" en A. Frías Osuna, *Salud pública y educación*. Barcelona: Masson.
- San Martín, H. (1982). *La crisis mundial de la salud: problemas actuales de la medicina social*. Madrid: Karpos.
- Schwartz, G. E. y S. M. Weiss (1978). "Yale Conference in Behavioral Medicine: A proposal definition and statement of goals." *Journal of Behavioral Medicine*, 1, pp. 3-12.
- Sifneos, P. E. (1967). "Clinical observations in some patients suffering from a variety of psychosomatic diseases." *Proceedings of the 7th European Conference on Psychosomatic Research*. Basel: Karger.
- (1973). "The presence of Alexithymic characteristics in psychosomatic patients." *Psychotherapy and Psychosomatics*, 22, pp. 225-262.
- (1988). "Alexithymia and its relationship to hemispheric specialization. Affect and creativity." *Psych. Clin. North. Am.*, 11, pp. 287-292.
- Sivak, R. y A. Wiater (1997). *Alexitimia. La dificultad para verbalizar afectos*. Buenos Aires: Paidós.
- Soler, M. y A. Abad (2000). "Medio ambiente y salud" en A. Frías Osuna: *Salud pública y educación para la salud*. Barcelona: Masson, pp. 37-57.
- Sovalson, H. B., V. K. Ghanta y R. N. Hiramoto (1988). "Conditioned augmentation of natural killer cell activity: Independence from nociceptive effects dependence on interferon-beta." *Journal of Immunology*, 1140, pp. 661-665.
- Sperry, R. W. (1987). "Structure and significance of the consciousness revolution." *The Journal of Mind and Behavior*, 8, pp. 37-65.
- Stachnik, T. J., B. E. Stoffelmayr y R. B. Hoppe (1983). "Prevention, behavior change and chronic disease" en T. G. Burish y L. A. Bradley (eds.). *Coping with Chronic Disease: Research and Applications*. Nueva York: Academic Press.

- Stokols, D. (1992). "Establishing and maintaining healthy environments." *American Psychologist*, 47, pp. 6-22.
- Stone, G. C., F. Cohen y N. E. Adler (1979). *Health Psychology*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Taylor, G. J. (1984). "Alexithymia: Concept, measurement, and implication for treatment." *American Journal of Psychiatry*, 141, pp. 725-732.
- Tenhouten, W., D. Walter, K. Hoppe y C. Bogen (1987). "Alexithymia and the split brain. EEG alpha band. Interhemispheric coherence analysis." *Psychotherapy and Psychosomatics*, 47, (1), pp. 1-10.
- Terris, M. (1985). "La epidemiología como guía para las políticas de salud." *Annual Review Public Health*, 1.
- Torío, J. y M. C. A. García (2000). "Causalidad y estrategias de prevención" en A. Frías Osuna: *Salud pública y educación para la salud*. Barcelona: Masson, pp. 203-215.
- Wolff, H. G. (1953). *Stress and Disease*. Springfield, Il.: Charles C. Thomas.

2. COMPORTAMIENTO Y SALUD

- Abel, T. (1991). Measuring health lifestyles in a comparative analysis: theoretical issues and empirical findings. *Social Science and Medicine*, 32, pp. 899-908.
- Ader, R., D. L. Felten y N. Cohen (eds.) (1991). *Psychoneuroimmunology*, 2a. ed. Nueva York: Academic Press, Inc.
- y N. Cohen (1975). "Behaviorally conditioned immunosuppression." *Psychosomatic Medicine*, 37, pp. 333-343.
- y N. Cohen (1993). "Psychoneuroimmunology: conditioning and stress." *Ann. Rev. Psychology*, 14, pp. 53-85.
- Ajzen, I. y M. Fishbein (1980). *Understanding Attitudes and Predicting Social Behavior*. Englewood Cliffs, N. J.: Prentice Hall.
- Amirkhan, J. H., R. T. Rinisnger y R. Swickert (1995). "Extraversion: A 'hidden' personality factor in coping?" *Journal of Personality*, 63, pp. 189-212.
- Antoni, M.H. (1987). "Neuroendocrine influences in psychoimmunology and neoplasia: A review." *Psychology and Health*, 1, pp. 3-24.
- , N. Schneiderman, M. A. Fletcher, D. A. Goldstein, G. Ironson y A. Ilperriere (1990). "Psychoneuroimmunology and HIV-1." *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 58, 38-49.
- Ardell, D. (1979). "The nature and implication of high level wellness, or why 'normal health' is a rather sorry state of existence." *Health Values*, 3, pp. 17-24.
- Ballenger, Post, Jimerson, Lake, Murphy, M. Zuckerman y Corin (1983). "Biochemical correlates of personality traits in normals: An exploratory study." *Personality and Individual Differences*, 4, pp. 615-625.
- Baroni, C., N. Fabris y G. Bertoli (1969). "Effects of hormones on development and function of lymphoid tissues: Synergistic action of thyroxin and somatotropic hormone in pituitary dwarf mouse." *Immunology*, 17, pp. 303-314.
- Basedovsky, H., E. Sorkin, D. Felix y H. Haas (1977). "Hypothalamic changes during the immune response." *European Journal of Immunology*, 7, pp. 323-325.
- Bayés, R. (1985). *Psicología oncológica*. Barcelona: Martínez Roca.
- (1991). "Psiconeuroinmunología" en J. L. González de Rivera (ed.). *Medicina psicosomática*. Madrid: Jarpyo, pp. 41-46.
- (1994). "Psiconeuroinmunología, salud y enfermedad." *Cuadernos de medicina psicosomática*, 30, pp. 28-34.
- (1995). *Sida y psicología*. Barcelona: Martínez Roca.
- Benschop, R. J., L. Jabaaij, F. G. Oostveen, J. J. M. Vingerhoets y R. E. Baillieux (1998). "The influence of psychological stress in immunoregulation of latent Epstein-Barr virus." *Stress Medicine*, 14, pp. 21-29.
- Bernton, E. W., J. E. Beach y J. W. Holaday (1991). "Prolactin and immune function" en R. Ader, D. L. Felten y N. Cohen (eds). *Psychneuroimmunology*, 2a. ed. Nueva York: Academic Press.
- Berczi, I. y E. Nagy (1991). "Effects of hypophysectomy on immune function" en R. Ader, D.L. Felten y N. Cohen (eds.). *Psychneuroimmunology*, 2a. ed. Nueva York: Academic Press.
- Biozzi, G., M., Siqueira, C. Stiffel, O. M. Ibañez, D. Mouton y V. C. A. Ferreira (1980). "Genetic Selections for relevant immunological functions" en Fougereau y Dausset (eds.). *Immunology*, 80. Londres: Academic Press, pp. 432-457.

- Borysenko, M. (1987). "The immune system: An overview." *Annals of Behavioral Medicine*, 9, pp. 3-10.
- Borrás, F. X. (1995). "Psiconeuroinmunología: Efectos del estrés psicológico sobre la función inmune en sujetos humanos sanos." *Ansiedad y estrés*, 1, pp. 21-35.
- , R. Bayés y J. M. Casas (1993). "Efectos del estrés prequirúrgico en algunas subpoblaciones de leucocitos." *Medicina clínica*, 100, p. 356.
- Broadbent, D. E., M. H. Broadbent, R. J. Phillpotts y J. Wallace (1984). "Some further studies on the prediction of experimental colds in volunteers by psychological factors." *Journal of Psychosomatic Research*, 28, pp. 511-523.
- Celada, A. (1994). "Iniciación de la respuesta inmune" en J. Peña Martínez (ed.) *Inmunología. Bases moleculares y celulares*. Madrid: Pirámide, pp. 76-99.
- Christensen, A. J., D. L. Edwards, J. S. Wiebe, E. G. Benotsch, L. McKelvey, M. Andrews y D. M. Lubaroff (1996). "Effect of verbal self-disclosure on natural killer cell activity: Moderating influence of cynical hostility." *Psychosomatic Medicine*, 58, pp. 150-155.
- Cohen, Sh., D. A. J. Tyrrell y A. P. Smith (1993). "Negative life events, perceived stress, negative affect, and susceptibility to the common cold." *J. Personality and Social Psychology*, 64 (1), pp. 131-140.
- , M. A. H., Russell, M. J. Jarvis y A. P. Smith (1993). "Smoking alcohol consumption, and susceptibility to the common cold." *American Journal of Public Health*, 83, pp. 1277-1283.
- y G. M. Williamson (1991). "Stress and infectious disease in humans." *Psychological Bulletin*, 109 (1), pp. 5-24.
- y T. B. Herbert (1996). "Health Psychology: Psychological factors and physical disease from the perspective of human psychoneuroimmunology." *Annual Rev. Psychology*, 47, pp. 113-142.
- Contrada, R. J., M. Leventhal y A. O'Leary (1990). "Personality and Health" en L. Pervin (ed.). *Handbook of Personality. Theory and Research*. Londres: Guilford Press, pp. 638-669.
- Cross, R. J., J. C. Jackson, D. L. Sparks, W. R. Markesbery y T. L. Roszman (1986). "Neuroimmunomodulation: Impairment of humoral immune responsiveness by 6-hydroxydopamine treatment." *Immunology*, 57, pp. 145-152.
- , W. H. Brooks, T. L. Roszman y W. R. Markesbery (1982). "Hypothalamic-immune interactions. Effect of hypophysectomy on neuroimmunomodulation." *Journal of Neurological Sciences*, 53, pp. 557-566.
- , W.R. Markesbery, W. H. Brooks y T. L. Roszman (1980). "Hypothalamic immune interactions. The acute effect of anterior hypothalamic lesions on the immune response." *Brain Research*, 196, pp. 79-87.
- Daruna, J. H. (1996). "Neuroticism predicts normal variability in the number of circulating leucocytes." *Personality and Individual Differences*, 20 (1), pp. 103-108.
- Dykema, J., K. Bergbower y C. Peterson (1995). "Pessimistic explanatory style, stress, and illness." *Journal of Social and Clinical Psychology*, 14 (4), pp. 357-371.
- Edwards, W. (1961). "Behavioral decision theory." *Annual Review of Psychology*, 12, pp. 473-498.
- Esterling, B. A., J. K. Kiecolt-Glaser y R. Glaser (1996). "Psychological modulation of cytokine-induced natural killer cell activity in older adults." *Psychosomatic Medicine*, 58, pp. 264-272.
- , M. H. Antoni, M. A. Fletcher, S. Margulies y N. Schneiderman (1994). "Emotional disclosure through writing or speaking modulates latent Epstein-Barr virus antibody titers." *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 62, pp. 130-140.
- Eysenck, H. J. (1973). *Handbook of Abnormal Psychology*. Londres: Pitman.
- (1985). "Personality, cancer and cardiovascular disease: A causal analysis." *Personality and Indiv. Differences*, 6 (5), 535-556.
- Fainboim, L. y M. L. Satz (1994). *Introducción a la inmunología humana*. Barcelona: Doyma libros.
- Fauman, M. A. (1982). "The central nervous system and the immune system." *Biological Psychiatry*, 17 (12), pp. 1459-1482.
- Felten, D. L., N. Cohen, R. Ader, S. Y. Felten, S. L. Carlson y T. L. Roszman (1991). "Central neural circuits involved in neural-immune interactions" en R. Ader, D. L. Felten y N. Cohen (eds.). *Psychoneuroimmunology*, 2a. ed. Nueva York: Academic Press.
- Fox, B. H. (1978). "Premorbid psychological factors as related to cancer incidence." *J. of Behavioral Medicine*, 1, pp. 45-133.
- Fusté, A. (1997). *Personalidad y respuesta inmune al antígeno de la hepatitis A y B desde una perspectiva psicoinmunológica*. Tesis doctoral microfichada, núm. 3075. Barcelona: Publicaciones Universidad de Barcelona.

- y J. M. Tous (1995). "Some evidence of relationship between personality, self-perceived activation and coping." *Journal of European Assessment*, 11, p. 55.
- y J. M. Tous (1998). "Personalidad y sistema inmune. ¿Es posible una relación?" en M. P. Sánchez y M. A. Quiroga (eds.). *Perspectivas actuales en la investigación psicológica de las diferencias individuales*. Madrid: Centro de Estudios Ramón Areces, pp. 115-118.
- Gil Roales-Nieto, J. (1998). *Manual de psicología de la salud. Volumen I. Aproximación histórica y conceptual*. Granada: Némesis.
- y F. López Ríos (2000). "Estrés y Salud" en J. Gil Roales-Nieto (ed.). *Manual de Psicología de la salud. Volumen II. Comportamiento y salud/enfermedad*. Granada: Némesis.
- Glaser, R., G. R. Pearson, R. H. Bonneau, B. A. Esterling, C. Atkinson y J. K. Kiecolt-Glaser (1991). "Stress and the memory t-cell responses to the Epstein-Barr virus in health medical students." *Health Psychology*, 12 (6), pp. 435-442.
- Heisel, J. S., S. E. Locke, L. J. Kraus y R. M. Williams (1986). "Natural killer cell activity and MMPI scores of a cohort of college students." *American Journal of Psychiatry*, 143, pp. 1382-1386.
- Herbert, B. T., S. Cohen, A. L. Marsland, E. A. Bachen, B. S. Rabin *et al.* (1994). "Cardiovascular reactivity and the course of immune response to an acute psychological stressor." *Psychosomatic Medicine*, 56, pp. 337-344.
- y S. Cohen (1993). "Depression and immunity: A meta-analytic review." *Psychological Bulletin*, 113, pp. 472-486.
- Holmes, D. S. (1983). "An alternative perspective concerning the differential responsivity of personal with type A and type B behaviors patterns." *Journal of Research in Personality*, 17, pp. 40-47.
- Holmes, T. H. y R.H. Rahe (1967). "The social readjustment rating scale." *Journal of Psychosomatic Research*, 11, pp. 213-218.
- Ibáñez, E., R. Romero y Y. Andreu (1992). "Personalidad tipo C. Una revisión crítica." *Boletín de Psicología*, 35, pp. 49-79.
- Irwin, M., A. Mascovich, J. C. Gillin, R. Willoughby, J. Pike y T. L. Smith (1994). "Partial sleep deprivation reduces natural killer cell activity in humans." *Psychosomatic Medicine*, 56, pp. 493-498.
- , M. Daniels, E. T. Bloom y H. Weiner (1986). "Life events, depression, and natural killer cell activity." *Psychopharmacology Bulletin*, 22, pp. 1093-1096.
- Ishigami, T. (1918). "The influence of psychic acts on the progress of pulmonary tuberculosis." *Rev. Tuber*, 2, pp. 470-484.
- Jankovic, B. D. y K. Isakovic (1973). "Neruo-endocrine correlates of immune response. I. Effect of brain lesions on antibody production, Arthus reactivity and delayed hypersensitivity in the rat." *International Archives Allergy Applied Immunology*, 45, pp. 360-372.
- Janz, N. y M. Becker (1984). "The healthbelief model: A decade later." *Health Education Quarterly*, 11, pp. 1-47.
- Jemmott, J. B. III, M. Borysenko, R. Chapman, J. Z. Borysenko, D. C. McClelland, H. Benson y D. Meyer (1983). "Academic stress, power motivation, and decrease in secretion rate of salivary secretory immunoglobulin A." *The Lancet*, 1 (II), pp. 1400-1402.
- Jemmott, J. B. y S. E. Locke (1984). "Psychosocial factor, immunologic mediation, and human susceptibility to infectious diseases: How much do we know?" *Psychological Bulletin*, 95, pp. 78-108.
- Jensen, M. M. y A. F. Rasmussen (1963). "Stress and susceptibility to viral infection." *J. Immunol.* 90, pp. 17-20.
- Jenicke, H. y R. Cléroux (1990). *Epidemiología. Principios, técnicas, aplicaciones*. Barcelona: Salvat.
- Kamen-Siegel, L. Rodin, M. E. P. Seligman y J. Dwyer (1991). "Explanatory style and cell-mediated immunity in elderly men and women." *Health Psychology*, 10 (4), pp. 229-235.
- Kelley, K. W. (1991). "Growth hormone in immunobiology" en R. Ader, D. L. Felten y N. Cohen (eds.). *Psychoneuroimmunology*, 2a. ed. Nueva York: Academic Press.
- Kemeny, M. E. y L. Dean (1995). "Effects of AIDS-related bereavement on HIV progression among gay men in New York city." *AIDS Education and Prevention*, 7, pp. 36-47.
- y M. L. Laudenslanger (1999). "Beyond stress: The role of individual difference factors in psychoneuroimmunology." *Brain, Behavior and Immunity*, 13 (2), pp. 73-75.
- Kiecolt-Glaser, J. K. (1999). "Stress, personal relationships, and immune function: Health implications." *Brain, Behavior and Immunity*, 13, pp. 61-72.
- Krantz, D. S. y L. A. Durel (1983). "Psychobiological substrates of the type A behavior pattern." *Health Psychology*, 2, pp. 393-411.
- Kusaka, Y., H. Kondou y K. Morimoto (1992). "Healthy lifestyles are associated with higher natural killer cell activity." *Preventive Medicine*, 21, pp. 602-615.

- Kwang, L. J., L. Ch. Han, P. D. Byung, K. B. Seok, N. Chul, L. Y. Sik, Ch. J. Yeon, N. B. Woo, L. K. Hong y Ch. D. San (1998). "Circulating natural killer cell in neurotic patients." *International Medical Journal*, 5 (2), pp. 121-126.
- Labrador, F. J., M. Crespo, J. A. Cruzado y M. A. Vallejo (1995). "Evaluación y tratamiento de los problemas de estrés" en J. M. Buceta y A. M. Bueno (eds.). *Psicología y salud: control del estrés y trastornos asociados*. Madrid: Dykinson, pp. 77-127.
- Lazarus, R. (1990). "Stress, coping and illness" en H. S. Friedman (ed.). *Personality and Disease*. Nueva York: Willey & Sons, pp. 97-120.
- y S. Folkman (1986). *Estrés y procesos cognitivos*. Barcelona: Martínez-Roca.
- Lindstrom, T. Ch. (1997a). "Immunity and somatic health in bereavement. A prospective study of 39 Norwegian widows." *Omega*, 35 (2), pp. 231-241.
- Maier, S. F., L. R. Watkins y M. Fleshner (1994). "Psychoneuroimmunology. The interface between behavior, brain and immunity." *American Psychologist*, 49 (12), pp. 1004-1017.
- Masek, K., O. Kadlecova y P. Petrovicky (1983). "The effect of brain stem lesions on the immune response" en J. W. Hadden, L. Chedid, P. Dukor, F. Spreafico y D. Willoughby (eds.). *Advances in Immunopharmacology*. Nueva York: Pergamon Press.
- Matarazzo, J. D. (1984). "Behavioral Health: A 1990 Challenge for the Health Services Professions" en J. D. Matarazzo, S. M. Weiss, J. A. Herd, N. E. Miller y S. M. Weiss (eds.). *Behavioral Health. A Handbook of Health Enhancement and Disease Prevention*. Nueva York: John Wiley & Sons.
- McClelland, D. C., G. Ross y V. Patel (1985). "The effect of an academic examination on salivary norepinephrine and immunoglobulin levels." *Journal of Human stress*, 11, pp. 52-59.
- McCrae, R. R. y P. T. Costa (1986). "Personality, coping and coping effectiveness in an adult sample." *Journal of Personality*, 54, pp. 385-405.
- Mechanic, D. (1986). "Health and Illness Behavior" en J. M. Last (ed.). *Maxcy-Rosenau Public Health and Preventive Medicine*, 12a. ed. Norwalk, Conn.: Appleton-Century-Crofts.
- Meyer, Ph. (1985). *Fisiología humana*. Barcelona: Salvat.
- Millar, M. y K. Millar (1993). "Affective and cognitive responses to disease detection and health promotion behaviors." *Journal of Behavioral Medicine*, 16, pp. 1-23.
- Mouton, Ch., L. Fillion, E. Tawadros y R. Tessier (1989). "Salivary IgA is a weak stress marker." *Behavioral Medicine*, 15 (4), pp. 179-185.
- Munck, A. y P. M. Guyre (1991). "Glucocorticoides and immune function" en R. Ader, D. L. Felten y N. Cohen (eds.). *Psychoneuroimmunology*, 2a. ed., Nueva York: Academic Press.
- Naliboff, B. C., G. F. Solomon, J. L. Gilmore, J. L. Fahey, D. Benton y J. Pine (1995). "Rapid changes in cellular immunity following a confrontational role-play stressor." *Brain, Behavior and Immunity*, 9, pp. 207-219.
- Neveu, P. J. (1992). "Cerebral lateralisation and immunity" en H. J. Schmoll, U. Tewes y N. P. Plotnikoff (eds.). *Psychoneuroimmunology. Interactions Between Brain, Nervous System, Behavior, Endocrine and Immune System*. Nueva York: Hogrefe and Huber Publishers.
- O'Leary, A. (1990). "Stress, emotion and immune function." *Psychological Bulletin*, 108(3), pp. 363-382.
- Pettingale, K. W., M. Hussein, W. Inayat y E. H. Tee (1994). "Changes in immune status following conjugal Bereavement." *Stress Medicine*, 10 (3), pp. 145-150.
- Prentice-Dunn, S. y R. Rogers (1986). "Protection motivation theory and preventive health: Beyond the health belief model." *Health Education Research*, 1, pp. 153-161.
- Reichlin, S. (1993). "Neuroendocrine-immune interactions." *The New England Journal of Medicine*, 329 (17), pp. 1246-1253.
- Roitt, I. (1988): *Immunología esencial*. Barcelona: Jims.
- Roark, G. E. (1971). "Psychosomatic factors in the epidemiology of infectious mononucleosis." *Psychosomatics*, 12, pp. 402-411.
- Roszman, Th. L. y W. H. Brooks (1985). "Neural modulation on immune function." *J. of Neuroimmunology*, 10, pp. 59-69.
- Short, R. y J. Horn (1984). "Some notes on factor analysis of behavior data." *Behavior*, 90, pp. 203-214.
- Singer, J. (1982). "The need to measure life style." *International Review of Applied Psychology*, p. 31.
- Sklar, L. S. y H. Anisman (1991). "Cáncer y estrés" en J. Gil-Roales Nieto y T. Ayllón (eds.). *Medicina Conductual. Intervenciones conductuales en problemas médicos y de salud*. Granada: Servicio de Publicaciones, Universidad de Granada, pp. 305-371. Original de 1981 publicado en *Psychological Bulletin*, 89, pp. 369-406.
- Smith, C. A. y R. S. Lazarus (1990). "Emotion and adaptation" en L. A. Pervin (ed.). *Handbook of Personality. Theory and Research*. Nueva York: Guilford Press, pp. 244-276.

- Smith, G. R., C. Conger, D. F. O'Rourke, R. W. Steele, R. K. Charlton y S. S. Smith (1992). "Psychological modulation of the delayed type hypersensitivity skin test." *Psychosomatics*, 33, pp. 444-451.
- Solomon, G. F. (1993). "Whither psychoneuroimmunology? A new era of immunology of psychosomatic medicine and of neuroscience." *Brain, Behavior and Immunity*, 7, pp. 352-366.
- y R. H. Moos (1964). "Emotions, immunity and disease: A speculative theoretical integration." *Archives General Psychiatry*, 11, pp. 657-674.
- Sokhey, G., P. Vasudeva y L. Kumar (1989). "Certain personality correlates of the allergic population with different levels of skin reactivity." *Journal of Personality and Clinical Studies*, 5 (2), pp. 227-231.
- Stein, M., S. E. Keller y S. J. Schleifer (1985). "Stress and immunomodulation: The role of depression and neuroendocrine function." *J. Immunol*, 135, p. 827s.
- , S. J. Schleifer y S. E. Keller (1981). "Hypothalamic influences on immune responses" en R. Ader, D. L. Felten y N. Cohen (eds.). *Psychoneuroimmunology*, 2a. ed. Nueva York: Academic Press.
- Stites, D. P., H. H. Fundenberg, J. D. Stobo y J. V. Wells (1985). *Inmunología básica y clínica*, 5a. ed. México: Manual Moderno.
- , A. J. Terr y T. G. Parslow (1994). *Basic & Clinical Immunology*, 8a. ed. Londres: Prentice Hall International.
- Suls, J. y J. D. Rittenhouse (1990). "Models of linkages between personality and disease" en H. S. Friedman (ed). *Personality and Disease*. Nueva York: Wiley & Sons.
- Totman, R., J. Kiff, S. E. Reed y J. W. Craig (1980). "Predicting experimental colds in volunteers from different measures of recent life stress." *Journal of Psychosomatic Research*, 24, pp. 155-163.
- Tous, J. M. (1986). *Psicología de la personalidad*. Barcelona: PPU.
- Ursin, H., R. Mykletum, O. Tonder, R. Vaernes, G. Relling, L. Isaksen y R. Murison (1984). "Psychological stress-factors and concentrations of immunoglobulins and complement components in humans." *Scandinavian Journal of Psychology*, 25, pp. 340-347.
- Vaernes, R. J., G. Myhre, H. Aas, T. Homnes, I. Hansen y O. Tonder (1991). "Relationships between stress, psychological factors, health, and immune levels among military aviators." *Work and Stress*, 5 (1), pp. 5-16.
- Vassend, O. y R. Halvorsen (1987). "Personality, examination stress and serum concentrations of immunoglobulins." *Scandinavian Journal of Psychology*, 28 (3), pp. 233-241.
- Vidal, J. (1990). "Influence of central and peripheral norepinephrine on the antibody response." *Allergología et Immunopathología*, 18, pp. 41-46.
- y J. M. Tous (1990). "Psicoimmunología: Dimensiones de personalidad y respuesta inmune." *Revista Psicología General y Aplicada*, 43 (3), pp. 339-342.
- Vingerhoets, A. J., A. Jeninga, L. Jabaaij, J. Ratliff-Crain, P. Moleman y L. Menges (1990). "The study of chronic stress: A psychobiological approach" en L. Schmith, P. Schmenkmezger, J. Weiman y S. Maes (eds.). *Theoretical and Applied Aspects of Health Psychology*. Londres: Harwood Academic Publ., pp. 161-167.
- Vollrath, M., S. Torgersen y R. Alnaes (1995). "Personality as long-term predictor of coping." *Personality and Individual Differences*, 18, pp. 117-125.

3. CONDUCTAS DE LA SALUD

- Amigo, I. y C. Fernández (1998). *Manual de psicología de la salud*. Madrid: Pirámide.
- Bakker, F., H. Whiting y H. van der Brug (1993). *Psicología del deporte. Conceptos y aplicaciones*. Madrid: Morata.
- Bandura, A. (1980). *Teoría del Aprendizaje Social*. Madrid: Espasa-Calpe.
- (1988). *Pensamiento y acción*. Barcelona: Martínez Roca.
- (1990). "Reflections on nonability determinants of competence" en J. Sternberg y J. Kolligian (eds.). *Competence Considered*. New Haven: Yale University Press.
- Becker, M. y L. Maiman (1975). "Sociobehavioral determinants of compliance with health and medical care recommendations." *Medical Care*, 13, pp. 10-24.
- Belloc, N. y L. Breslow (1972). "Relationship of health practices and mortality." *Preventive Medicine*, 2, pp. 67-81.
- Bishop, G. (1994). *Health Psychology*. Boston: Allyn and Bacon.

- Bonaldi, P. (1998). "Debilitamiento del tejido social y muertes violentas de jóvenes argentinos" en R. Sidicaro y E. Fanfani. *La Argentina de los jóvenes. Entre la indiferencia y la indignación*. Buenos Aires: Losada.
- Cantón, E. (1998). "Motivación en la actividad física y deportiva." *Revista Electrónica de Motivación y Emoción*. Valencia: Universidad de Valencia, 3, pp. 5-6.
- (1999). "Motivación en el deporte, ¿de qué estamos hablando?" *Revista de Psicología del Deporte*, 8 (2), pp. 277-283.
- , M. C. Sánchez y L. Mayor (1995). "Estrategias psicológicas y práctica física en la prevención de la infección por VIH." *Anales de psicología*, 11 (2), pp. 175-182.
- y M. C. Sánchez-Gombau (1999). "Estrategias de cambio de actitudes: La 'intervención mediada' psicológicamente en el entrenamiento deportivo" en G. Nieto y E. Garcés (coords.) *VII Congreso Nacional de Psicología de la Actividad Física y del Deporte*. Murcia: Sociedad Murciana de Psicología de la Actividad Física y el Deporte. I, pp. 60-68.
- Campbell, S., B. de Vellis, V. Strecher, A. Ammemman, R. de Vellis y R. Sandler (1994). "Improving dietary behavior: The effectiveness of tailored messages in primary care settings." *American Journal of Public Health*, 84, pp. 783-787.
- Cevallos, J., J. Ochoa y E. Cortez (2000). "Depresión en la adolescencia. Su relación con la actividad deportiva y consumo de drogas." *Revista de Medicina del IMSS*, 38 (5), pp. 371-379.
- Csikszentmihalyi, M. (1992). *Flow: The psychology of Happiness*. Londres: Rider.
- Colón, A. (1998). "La comunicación en proyectos de promoción y protección de la salud en Costa Rica." *Revista Latina de Comunicación Social*, 12, La Laguna, Tenerife.
- Costa, M. y E. López (1996). *Educación para la salud*. Madrid: Pirámide.
- Dallongeville, J., N. Marécaux, J. Fruchart y P. Amouyel (1998). "Cigarette Smoking is Associated with Unhealthy Patterns of Nutrient Intake: A Meta-analysis." *The Journal of Nutrition*, 128 (9), pp. 1450-1457.
- Delucchi, G. y F. Marmisolle (2001). "La Psico-oncología también existe. Alcmeón." *Revista Argentina de Clínica Neuropsiquiátrica*, año XII, vol. 10, núm. 1.
- Dunn, S., P. Patterson, P. Butow, H. Amartt (1993). "Cancer by another name: A randomised trial of the effects of euphemism and uncertainty in communicating with cancer patients." *Journal of Clinical Oncology*, 11 (5), pp. 989-996.
- Fazio, R. (1989). "On the power and functionality of attitudes: The role of attitude accessibility" en Pratkanis, A., S. Breckler y A. Greenwald (eds.). *Attitude, Structure and Function*. Hillsdale: Erlbaum.
- Fernández, M. y M. Vera (1996). "Evaluación y tratamiento de la obesidad" en J. Buceta y A. Bueno (eds.). *Tratamiento Psicológico de Hábitos y Enfermedades*. Madrid: Pirámide.
- Fishbein, M. y I. Azjen (1975). *Belief, Attitude, Intention and Behavior: An Introduction to Theory and Research*. Reading, MA.: Addison-Wesley.
- Fraga, I. (1991). "Efectos de estatus del modelo sobre la conducta de fumar y las actitudes hacia el tabaco." *Libro de comunicaciones del III Congreso Nacional de Psicología Social*. Santiago de Compostela, vol. 1, pp. 185-190.
- Frías, A. (2000). *Salud pública y educación para la salud*. Barcelona: Masson.
- Garnier y Waysfeld (1995). *Alimentación y práctica deportiva*. Hispano Europea.
- Garrido, I. (1996). "Motivación: Funcionalidad y mecanismos reguladores de la acción" en I. Garrido (ed.). *Psicología de la motivación*. Madrid: Síntesis.
- Gil, J. (1996). *Proyecto docente e investigador*. Universidad de Almería.
- Gil, F., J. León y L. Jarana (1995). *Habilidades sociales y salud*. Madrid: Pirámide.
- Glanz, K., R. Patterson, A. Kristal, C. di Clemente, J. Heimendinger, L. Linnana y D. McLerran (1994). "Stages of changes in adopting healthy diets: Fat, fiber, and correlates of nutrient intake." *Health Education Quarterly*, 21, pp. 499-519.
- Kasl, D. y S. Cobb (1966). "Health behavior, illness behavior, and sick role behavior I. Health and Illness behavior." *Archives of Environmental Health*, 12, pp. 246-266.
- Lerman, C. y B. Rimer (1993). "Psychological impact of cancer screening." *Oncology*, 7 (4), pp. 67-72.
- Leventhal, H., T. Prochaska y R. Hirschman (1985). "Preventive health behavior across the life-span" en J. Rosen y L. Solomon (eds.). *Prevention in Health Psychology*. Hanover: University Press of New England.
- Marcus, B. y L. Simkin (1994). "The transtheoretical model: Applications to exercise behavior." *Medicine Science Sports Exercise*, 26, pp. 1400-1404.

- Matarazzo, J. (1984). "Behavioral health: A 1990 challenge for the health sciences professions" en J. Matarazzo, S. Weiss, J. Herd y N. Miller (eds.). *Behavioral Health: An Handbook of Health Enhancement and Disease Prevention*. Nueva York: Wiley.
- Mayor, L. y E. Cantón (1995). "Direcciones y problemas del análisis de la motivación y emoción en la actividad física y deportiva." *Revista de Psicología del Deporte*, 7-8, pp. 99-112.
- Meichenbaum, D. (1974). "The clinical potential and pitfalls on modifying what clients say to themselves" en J. Mahoney y C. Thorensen (eds.). *Self-control: Power to the Persons*. Monterey, CA: Brooks/Cole.
- Ockene, J. e I. Ockene (1993). *Cómo ayudar a los pacientes a reducir su riesgo de cardiopatía coronaria: Una visión general*. Barcelona: Ekida Med.
- Prochaska, J., C. Redding, L. Hariow, J. Rossi y W. Velicer (1994). "The transtheoretical model of change and HIV prevention: A review." *Health Education Quarterly*, 21, pp. 471- 486.
- y C. di Clemente (1992). *The Transtheoretical Approach: Crossing Traditional Boundaries of Therapy*. Chicago: Dow Jones Irwin.
- y J. Norcross (1992). "In search of how people change." *American Psychologist*, 47, pp. 1102-1114.
- Reynaga, P. (2001). "Actividad física y salud mental." *Revista Digital*. Buenos Aires, año 7, núm. 40.
- Saldaña C. y R. Rosell (1988). *Obesidad*. Barcelona: Martínez Roca.
- Sánchez, F. (1996). *La actividad física orientada hacia la salud*. Madrid: Biblioteca Nueva.
- Sánchez-Gombau, M. C. y E. Cantón (1999). "La práctica deportiva como herramienta de ajuste psicosocial" en G. Nieto y E. J. Garcés (coord.). *VII Congreso Nacional de Psicología de la Actividad Física y del Deporte*. Murcia: Sociedad Murciana de Psicología de la Actividad Física y el Deporte. I, pp. 159-165.
- Schwarzer, R. y R. Fuchs (1999). "Modificación de las conductas de riesgo y adopción de conductas saludables: El rol de las creencias de autoeficacia" en A. Bandura (ed.) *Autoeficacia: Cómo afrontamos los cambios de la sociedad actual*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Skinner, C., V. Strecher y H. Hospers (1994). "Physicians' recommendations for mammography: Do tailored messages make a difference?" *American Journal of Public Health*, 84, pp. 43-49.
- Smith, R. y I. Pless (1994). "Prevención de los traumatismos en los niños." *British Medical Journal*, 9, pp. 499-500.
- Stokols, D. (1992). "Establishing and Maintaining healthy environments." *American Psychologist*, 47, pp. 6-22.
- Taylor, S. (1989). *Positive Illusions: Creative Self-Deception and the Healthy Mind*. Nueva York: Basic Books.
- Turabián, J. (1993). "Evaluación de programas de promoción de la salud en la atención primaria." *Revista Atención Primaria*, 9, pp. 616-619.
- Vera, M. y C. Fernández (1989). *Prevención y tratamiento de la obesidad*. Barcelona: Martínez Roca.

4. PROMOCIÓN DE ESTILOS DE VIDA SALUDABLES

- Adler, N. y K. Matthews (1994). "Health psychology: Why do some people get sick and some stay well?" *Annual Review of Psychology*, 45, pp. 229-259.
- Ajzen, I. y M. Fishbein (1980). *Understanding Attitudes and Predicting Social Behavior*. Englewood Cliffs: Prentice Hall.
- Anderson, N. B. (1995). "Behavioral and sociocultural perspectives on ethnicity and health: Introduction to the special issue." *Health Psychology*, 14, pp. 589-591.
- Bannerman, R. H., J. Burton y Ch. Wen-chieh (eds.) (1983). *Médecine traditionnelle et couverture des soins de santé*. Ginebra: Organisation Mondiale de la Santé.
- Bayés, R. (1979). *Psicología y medicina*. Barcelona: Fontanella.
- (1985). *Psicología oncológica*. Barcelona: Martínez Roca.
- (1991). *Psicología oncológica* (2a. ed.). Barcelona: Martínez Roca.
- Becker, M. H. y L. A. Maiman (1975). "Sociobehavioral determinants of compliance with health and medical care recommendations." *Medical Care*, 13, pp. 10-24.
- Becoña, E. (1986). *La relación actitud-conducta*. Santiago de Compostela: Grial.
- (1989). *Medicina popular*. Vigo: Ir Indo.
- (1994). "La recaída y la prevención de la recaída en los ex fumadores." *Psicología Contemporánea*, 1, pp. 29-38.

- (1994). "Tratamiento del tabaquismo" en J. L. Graña (ed.). *Conductas adictivas*. Madrid: Debate.
- (1995). "Drogodependencias" en A. Belloc, B. Sandín y F. Ramos (eds.). *Manual de psicopatología*. Madrid: McGraw-Hill.
- (en prensa). "Terapia cognitivo-conductual" en L. Oblitas (ed.). *Enfoques psicoterapéuticos contemporáneos*. México: El Manual Moderno.
- , A. Palomares y M. P. García (1994). *Tabaco y salud. Guía de prevención y tratamiento del tabaquismo*. Madrid: Pirámide.
- F. Velázquez y L. Oblitas (1995). "Antecedentes y desarrollo de la psicología de la salud." *Psicología contemporánea*, 2, pp. 4-15.
- , Vázquez y Oblitas (1995). "Estado actual y perspectivas de la psicología de la salud." *Psicología contemporánea*, 2, pp. 100-111.
- y F. L. Vázquez (1996). "El modelo de cambio de Prochaska y DiClemente para modificar con éxito las conductas problema." *Psicología contemporánea*.
- Belloc, N. B. (1973). "Relationship of health practices and mortality." *Preventive Medicine*, 2, pp. 67-81.
- y L. Breslow (1972). "Relationships of physical health status and health practices." *Preventive Medicine*, 1, pp. 409-421.
- Benfari, R. C. y R. Sherwin (eds.) (1981). "Forum: The Multiple Risk Factor Intervention Trial (MRFIT). The methods and impact of intervention over four years." *Preventive Medicine*, 10, pp. 387-546.
- Bermúdez, J. (1993). "Psicología de la salud. Programas preventivos de intervención comunitaria" en M. A. Vallejo y M. A. Ruiz (coord.). *Manual práctico de modificación de conducta*. Madrid: Fundación Universidad-Empresa, vol. 2, pp. 747-780.
- Bishop, G. D. (1994). *Health Psychology: Integrating Mind and Body*. Singapore: Allyn y Bacon.
- Blumenthal, J. A. y J. A. McCubbin (1987). "Physical exercise as stress management" en A. Baum y J. E. Singer (eds.) *Handbook of Psychology and Health*, vol. 5. Hillsdale: Erlbaum.
- Bonifacio, S. (1995). "El estrés" en A. Belloc, B. Sandín y F. Ramos (eds.). *Manual de psicopatología*. Madrid: McGraw-Hill Interamericana de España, vol. 2, pp. 3-52.
- Brannon, L. y J. Feist (1992). *Health psychology. An introduction to behavior and health* (2a. ed.). California: Brooks/Cole.
- Breslow, L. y J. E. Enstrom (1980). "Persistence of health habits and their relationship to mortality." *Preventive Medicine*, 9, pp. 469-483.
- Brody, H. (1973). "The systems view of man: Implications of medicine, science and ethics." *Perspectives in Biology and Medicine*, 17, pp. 71-79.
- Brown, R. I. F. (1988). "Reversal theory and subjective experience in the explanation of addiction and relapse" en M. J. Apter, J. H. Kerr y M. P. Cowles (eds.). *Progress in reversal theory*. North, Holanda: Elsevier Science Publishers, pp. 191-211.
- Buceta, J. M., F. Gutiérrez, F. J. Catejón y A. M. Bueno (1995). "Tratamiento psicológico del comportamiento sedentario" en J. M. Buceta y A. M. Bueno (comp.). *Tratamiento psicológico de hábitos y enfermedades*. Madrid: Pirámide, pp. 21-104.
- y A. M. Bueno (comp.) (1995). *Tratamiento psicológico de hábitos y enfermedades*. Madrid: Pirámide.
- Caballo, V. (comp.) (1991). *Manual de técnicas de terapia y modificación de conducta*. Madrid: Siglo XXI.
- Cáceres, J. y V. Escudero (1994). *Relación de pareja en jóvenes y embarazos no deseados*. Madrid: Pirámide.
- Caplan, G. (1980). *Principios de la psiquiatría preventiva*. Buenos Aires: Paidós (original 1964).
- Centers for Disease Control (1991). "Smoking-attributable mortality and years of potential life lost -United States, 1988." *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 40, pp. 62-71.
- (1992). "The HIV/AIDS epidemic: The first 10 years." *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 40, pp. 357-369.
- Cohen, S. y G. M. Williamson (1991). "Stress and infectious disease in humans." *Psychological Bulletin*, 109, pp. 5-24.
- Costa, M. y E. López (1986). *Salud comunitaria*. Barcelona: Martínez Roca.
- Cuttler, J. A., J. D. Neaton, S. B. Hulley, L. Kuller, P. Oglesby y J. Stamler (1985). "Coronary heart disease and all-causes mortality in the Multiple Risk Factor Intervention Trial: Subgroup findings and comparisons with other trials." *Preventive Medicine*, 14, pp. 293-311.
- Dermabre, V. (1994). "Adherencia terapéutica: Una asignatura pendiente en el campo de la psicología de la salud." *Anuario de psicología*, 61, pp. 71-77.

- Di Pardo, R. B. (1993). "Los patrones socioculturales de alcoholización en México." *Jano*, 44, pp. 44-54.
- Doll, R. y R. Peto (1989). *Las causas del cáncer*. Barcelona: Salvat.
- Engel, G. L. (1977). "The need for a new medical model: A challenge for biomedicine." *Science*, 196 (4286), pp. 129-136.
- Epstein, L. H. y P. A. Cluss (1982). "A behavioral medicine perspective on adherence to long-term medical regimens." *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 50, pp. 950-971.
- Fielding, J. E. (1978). "Successes of prevention." *Milbank Memorial Fund Quarterly*, 56, pp. 274-302.
- Fiore, M. C., T. E. Novotny, J. P. Pierce *et al.* (1989). "Trends in cigarette smoking in the United States: The changing influence of gender and race." *JAMA*, 261, pp. 49-55.
- Folkens, C. E. y W. E. Sime (1981). "Physical fitness training and mental health." *American Psychologist*, 36, pp. 373-389.
- Gerberding, J. L. y M. A. Sande (1989). "Human immunodeficiency virus: Issues in infection control" en I. B. Corless y M. Pittman-Linderman (eds.). *AIDS: Principles, Practices and Politics*. Nueva York: Hemisphere.
- Glass, D. C. (1977). *Behavior Patterns, Stress, and Coronary Heart Disease*. Hillsdale: Erlbaum.
- González de Rivera, J. L. y A. Morera (1983). "La valoración de sucesos vitales: La adaptación española de la escala de Holmes y Rahe." *Psiquis*, 4, pp. 7-11.
- Green, L. W., W. K. Marshall, G. D. Sigrid y B. P. Kay (1980). *Health Education Planning: A Diagnostic Approach*. Palo Alto, CA: Mayfield Publishing, Co.
- Greene, W. y B. Simons-Morton (1988). *Educación para la salud*. México: McGraw-Hill Interamericana (publicación original: 1984).
- Gruman, J. y W. Lynn (1993). "Worksite and community intervention for tobacco control" en C. T. Orleans y J. Slade (eds.). *Nicotine Addiction. Principles and Management*. Nueva York: Oxford University Press, pp. 396-411.
- Haddon, W. y S. Baker (1981). "Injury control" en D. Clark y B. MacMahon (eds.). *Preventive and Community Medicine*. Boston: Little, Brown y Co.
- Haskell, W. L. (1984). "Overview: Health benefits of exercise" en J. D. Matarazzo, S. M. Weiss, J. A. Herd y N. E. Miller (eds.). *Behavioral Health: A Handbook of Health Enhancement and Disease Prevention*. Nueva York: Wiley.
- Hegsted, D. M. (1984). "What is a healthful diet?" en J. D. Matarazzo, S. M. Weiss, J. A. Herd, N. E. Miller y S. M. Weiss (eds.). *Behavioral Health: A Handbook of Health Enhancement and Disease Prevention*. Nueva York: Wiley.
- Hernández, J. R. y J. Terciado (1994). "Tabaquismo pasivo." *Revista Clínica Española*, 194, pp. 492-497.
- Holum, J. R. (1987). *Elements of General and Biological Chemistry* (7a. ed.). Nueva York: Wiley.
- Hughes, G. J., N. Hymowitz, J. K. Ockene, N. Simon y T. Vogt (1981). "The multiple risk factor intervention trial (MRFIT). V. Intervention on smoking." *Preventive Medicine*, 10, pp. 476-500.
- Janoski, M. L. y G. E. Schwartz (1985). "A synchronous systems model for health." *American Behavioral Scientist*, 28, pp. 468-485.
- Kaplan, H. S. (1987). *The Real Truth about Women and AIDS*. Nueva York: Simon y Schuster.
- Kasl, S. V. y S. Cobb (1966). "Health behavior, illness behavior, and sick role behavior." *Archives of Environmental Health*, 12, pp. 246-266.
- Kazdin, A. E. (1983). *Historia de la modificación de conducta*. Bilbao: Desclée de Brouwer (publicación original: 1978).
- Kirscht, J. P. (1983). "Preventive health behavior: A review of research and issues." *Health Psychology*, 2, pp. 277-301.
- Korhonen, H. J., H. Niemensivu, T. Piha, K. Koskela, J. Wiio, C. A. Johnson y P. Puska (1992). "National TV smoking cessation program and contest in Finland." *Preventive Medicine*, 21, pp. 74-87.
- Labrador, F. J. (1992). *El estrés*. Madrid: Temas de Hoy.
- , J. A. Cruzado y M. Muñoz (1993). *Manual de técnicas de modificación y terapia de conducta*. Madrid: Pirámide.
- , M. Muñoz y J. A. Cruzado (1990). "Medicina conductual" en F. Fuentenebro y C. Vázquez (eds.). *Psicología médica, psicopatología y psiquiatría*. Madrid: McGraw-Hill Interamericana, pp. 641-651.
- Lancaster, H. O. (1990). *Expectations of Life: A Study in the Demography, Statistics, and History of World Mortality*. Nueva York: Springer-Verlag.
- Lau, R. R. y K. A. Hartman, (1983). "Common sense representations of common illnesses." *Health Psychology*, 2, pp. 167-185.

- Lazarus, R. S. y S. Folkman (1986). *Estrés y procesos cognitivos*. Barcelona: Martínez Roca (publicación original: 1984).
- Leventhal, H., D. R. Nerenz y D. J. Steele (1984). "Illness representations and coping with health threats" en A. Baum, S. E. Taylor y J. E. Singer (eds.). *Handbook of Psychology and Health*, vol. 4: *Social Psychological Aspects of Health*. Hillsdale: Erlbaum.
- , T. R. Prochaska y R. S. Hirschman (1985). "Preventive health behavior across the life-span" en J. C. Rosen y L. J. Solomon (eds.). *Prevention in Health Psychology*. Hanover: University Press of New England.
- López, A. D. (1990). "Competing causes of death: A review of recent trends in industrialized countries with special reference to cancer." *Annals of the New York Academy of Sciences*, 609, pp. 58-74.
- Matarazzo, J. D. (1984). "Behavioral health: A 1990 challenge for the health services professions" en J. D. Matarazzo, J. A. Herd, N. E. Miller y S. M. Weiss (eds.). *Behavioral health: A Handbook of Health Enhancement and Disease Prevention*. Nueva York: Wiley.
- (1984). "Behavior immunogens and pathogens in health and illness" en B. L. Hammonds y C. J. Scheirer (eds.). *Psychology and Health: The Masters Lecture Series* (vol. 3). Washington, D. C.: American Psychological Association.
- (1995). "Conducta y salud: Integración de la ciencia y la práctica en psicología y medicina, un siglo después." *Psicología contemporánea*, 2, pp. 16-31.
- , J. A. Herd, N. E. Miller y S. M. Weiss (eds.) (1984). *Behavioral Health: A Handbook of Health Enhancement and Disease Prevention*. Nueva York: Wiley.
- McAlister, A. L. (1981). "Social and environmental influences of health behavior." *Health Education Quarterly*, 8, pp. 25-31.
- Mechanic, D. (1978). *Medical Sociology* (2a. ed.). Nueva York: Free Press.
- Meichenbaum, D. y D. C. Turk (1987). *Facilitating Treatment Adherence. A Practitioner's Guidebook*. Nueva York: Plenum Press.
- Méndez, F. X., D. Maciá y J. Olivares (comp.) (1993). *Intervención conductual en contextos comunitarios I. Programas aplicados de prevención*. Madrid: Pirámide.
- Miller, A. B. (1980). "Nutrition and cancer." *Preventive Medicine*, 9, 189-196.
- Moscoso, M. S. y L. A. Oblitas (1994). "Hacia una psicología de la salud en el año 2000: Retos y promesas." *Psicología contemporánea*, 1, pp. 7-15.
- National Center for Health Statistics (1989). *Health, United States, 1988*. Washington, D. C.: Public Health Service.
- Nelson, G. E. (1984). *Biological Principles with Human Perspectives* (2a. ed.). Nueva York: Wiley.
- Newcomb, M. D. y L. L. Harlow (1986). "Life events and substance use among adolescents: Mediating effects of perceived loss of control and meaninglessness in life." *Journal of Personality and Social Psychology*, 51, pp. 564-577.
- Oblitas, L. A. (1989). "Características del hábito de fumar en una población universitaria." *Revista Intercontinental de Psicología y Educación*, 2, pp. 165-175.
- Ockene, J. K., N. Hymowitz, J. P. Lagus y B. J. Shaten (1991). "Comparison of smoking behavior change for special intervention and usual care study groups." *Preventive Medicine*, 20, pp. 564-573.
- Ockene, J., B. J. Shaten y J. D. Neaton (1991). "Monograph: Cigarette smoking in the Multiple Risk Factor Intervention Trial (MRFIT)." *Preventive Medicine*, 20, pp. 549-551.
- O'Neill, P. (1983). *La salud en peligro el año 2000*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo.
- Pantoja, L. y L. Guridi (eds.) (1995). *Drogas, desarrollo y estado de derecho*. Bilbao: Universidad de Deusto.
- Parish, S., R. Collins, R. Peto *et al.* (1995). "Cigarette smoking, tar yields, and non-fatal myocardial infarction: 14,000 cases and 32,000 controls in the United Kingdom." *British Medical Journal*, 311, pp. 471-477.
- Peto, R., A. López, J. Boreham, M. Thun y C. Heath (1992). "Mortality from tobacco in developed countries: Indirect estimation from national vital statistics." *Lancet*, 339, pp. 1268-1278.
- , A. López, J. Boreham, M. Thun y C. Heath (1994). *Mortality from Smoking in Developed Countries 1950-2000*. Oxford, R. U.: Oxford University Press.
- Piédrola, G. (1988). "Concepto de medicina preventiva y salud pública" en G. Piédrola *et al.* (eds.). *Medicina preventiva y salud pública*. Barcelona: Salvat, pp. 3-14.
- Prochaska, J. O., C. C. DiClemente y J. C. Norcross (1992). "In search of how people change. Applications to addictive behaviors" *American Psychologist*, 47, pp. 1102-1114.
- , C. C. DiClemente y J. C. Norcross (1994). *Chaging for good*. Nueva York: William Morrow and Cia.

- , W. F. Velicer, J. S. Rossi, M. G. Goldstein, B. H. Marcus, W. Rakowski, C. Fiore, L. L. Harlow, C. A. Redding, D. Rosenbloom y S. Rossi (1994). "Stages of change and decisional balance for 12 problem behaviors." *Health Psychology*, 13, pp. 39-46.
- y C. C. DiClemente (1983). "Stages and processes of self-change of smoking: Toward an integrative model of change." *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 51, pp. 390-395.
- y C. C. DiClemente (1984). *The Transtheoretical Approach: Crossing Traditional Boundaries of Change*. Homewood: Dow Jones/Irwin.
- y C. C. DiClemente (1992). "Stages of change in the modification of problem behaviors" en M. Hersen, R. M. Eisler y P. M. Miller (eds.). *Progress in Behavior Modification*. Sycamore, IL: Sycamore Press, pp. 184-214.
- y J. M. Prochaska, (1993). "Modelo transteórico de cambio para conductas adictivas" en M. Casas y M. Gossop (eds.). *Tratamientos psicológicos en drogodependencias: Recaída y prevención de recaídas*. Sitges: Ediciones Neurociencias, pp. 85-136.
- Prokop, C. K., L. A. Bradley, K. O. Burish, K. O. Anderson y J. E. Fox (1991). *Health Psychology. Clinical Methods and Research*. Nueva York: McMillan.
- Puska, P., A. McAlister, J. Pakkola y K. Koskela (1981). "Television in health promotion: Evaluation of a national programme in Finland." *International Journal of Health Education*, 24, pp. 2-14.
- Rao, M. (1993). "Política y programas para la vejez: Nuevo siglo, nuevas esperanzas, nuevos retos." *Revista de Gerontología*, 3, pp. 35-44.
- Robertson, L. S. (1984). "Behavior and injury prevention: Whose behavior?" en J. D. Matarazzo, S. M. Weiss, H. A. Herd y N. E. Miller (eds.). *Behavioral Health: A Handbook of Health Enhancement and Disease Prevention*. Nueva York: Wiley.
- Rokeach, M. (1966). "Attitude change and behavior change." *Public Opinion Quarterly*, 30, p. 529.
- (1970). *Beliefs, Attitudes, and Values*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Saldaña, C., D. Sánchez-Carracedo y E. García (1994). "La obesidad y sus problemas: Marco conceptual y factores implicados" en J. L. Graña (comp.). *Conductas adictivas. Teoría, evaluación y tratamiento*. Madrid: Debate, pp. 591-631.
- Salleras, L., J. L. Taberner, R. Fernández, R. Prats, R. Guayta, P. Garrido, P. Plans y J. L. Pedragosa (1994). "Consejos para la prevención de accidentes." *Medicina clínica*, 102 (Supl.) 1, pp. 127-131.
- Santacreu, J., J. L. Zaccagnini y M. O. Márquez (1992). *El problema de "la droga". Un análisis desde la psicología de la salud*. Valencia: Promolibro.
- Sarafino, E. P. (1994). *Health Psychology: Biopsychosocial Interactions* (2a. ed.). Nueva York: John Wiley & Sons.
- Schachter, S. (1982). "Recidivism and self-cure of smoking and obesity." *American Psychologist*, 37, pp. 436-444.
- Schuckit, M. A. (1995). *Drug and Alcohol Abuse: A Clinical Guide to Diagnosis and Treatment* (3a. ed.). Nueva York: Plenum Press.
- Selye, H. (1936). "A syndrome produced by diverse noxious agents." *Nature*, 138, p. 32.
- (1956). *The stress of life*. Nueva York: McGraw-Hill.
- Sime, W. E. (1984). "Psychological benefits of exercise training in the healthy individual" en J. D. Matarazzo, S. M. Weiss, H. A. Herd y N. E. Miller (eds.). *Behavioral Health: A Handbook of Health Enhancement and Disease Prevention*. Nueva York: Wiley.
- Stone, G. C. (1979). "Health and the health system: A historical overview and conceptual framework" en G. C. Stone, F. Cohen y N. E. Adler (eds.). *Health psychology*. San Francisco, CA: Jossey-Bass, pp. 1-17.
- U.S. Bureau of the Census (USBC) (1990). *Statistical abstracts of the United States: 1990* (110a. ed.). Washington, D.C.: U.S. Government Printing Office.
- U.S.D.H.H.S. (1983). *The Health Consequences of Smoking: Cardiovascular Disease*. Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Services, Office on Smoking and Health.
- (1984). *The Health Consequences of Smoking: Chronic Obstructive Lung Disease*. Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Services, Office on Smoking and Health.
- (1988). *Nicotine Addiction*. Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Services, Office on Smoking and Health.
- (1989). *Reducing the Health Consequences of Smoking: 25 Years of Progress*. Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Services, Office on Smoking and Health.
- (1994). *Preventing Tobacco use Among Young People. A Report of the Surgeon General*. Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Services, Public Health Service.
- Valdés, M. y T. Flores (1985). *Psicobiología del estrés*. Barcelona: Martínez Roca.

- Velicer, W. F., J. I. Fava, J. O. Prochaska, D.B. Abrams, K.M. Emmons y J. P. Pierce (1995). "Distribution of smokers by stage in three representative samples." *Preventive Medicine*, 24, pp. 401-411.
- , J. O. Prochaska, J. S. Rossi y M. G. Snow (1992). "Assessing outcome in smoking cessation studies." *Psychological Bulletin*, 111, pp. 23-41.
- Waller, J. A. (1987). "Injury: Conceptual shifts and preventive implications" en L. Breslow, J. E. Fielding y L. B. Lave (eds.). *Annual Review of Public Health* (vol. 8). Palo Alto, CA: Annual Reviews.
- Wallston, B. S., S. W. Alagna, B. M. DeVellis y R. F. DeVellis (1983). "Social support and physical health." *Health Psychology*, 2, pp. 367-391.
- Weber, J. N. y R. A. Weiss (1988). "HIV infection: The cellular picture." *Scientific American*, 259, pp. 81-87
- Weinstein, N. D. (1982). "Unrealistic optimism about susceptibility to health problems." *Journal of Behavioral Medicine*, 5, pp. 441-460.
- Wiebe, D. J. y D. M. McCallum (1986). "Health practices and hardiness as mediators in the stress-illness relationship." *Health Psychology*, 5, pp. 425-438.
- Witnett, R. A., A. L. King y D. G. Altman (1989). *Health Psychology and Public Health. An Integrative Approach*. Elmsford, N. Y.: Pergamon Press, Inc.
- World Health Organization (1947). Constitution of the World Health Organization. *Chronicle of WHO* 1 (1947): 1.

5. ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES, HIPERTENSIÓN, DIABETES Y CÁNCER

- Barefoot, J. C., G. Dahlstrom y R. B. Williams (1983). "Hostility, CHD incidence, and total mortality: A 25 year follow-up study of 255 physicians." *Psychosomatic Medicine*, 45, pp. 59-63.
- Cannon, W. B. y D. de la Paz (1991). "Emotional stimulation of adrenal secretion." *American Journal of Physiology*, 28, pp. 64-70.
- Cano-Vindel, A., A. Sirgn y G. Pérez Manga (1994). "Cáncer y estilo represivo de afrontamiento." *Ansiedad y estrés*, 0, pp. 101-112.
- Cutrona, C. E. y D. W. Russell (1990). "Type of social support and specific stress: Toward a theory of optimal matching" en B. R. Sarason, I. G. Sarason y G. R. Pierce (eds.). *Social Support: an Interactional View*. Nueva York: Wiley.
- DiMatteo, R. y R. Hays (1981). "Social support and serious illness" en B. Gottlieb (ed.). *Social Networks and Social Support*. Beverly Hills, C.A.: Sage.
- Eddlstein, J. y M. W. Linn (1985). "The influence of the family on control of diabetes." *Social Science and Medicine*, 21, pp. 541-545.
- Fernández-Abascal, E. G. y A. Pozo (1990). "El tratamiento de la HTA en la atención primaria." *II Congreso del Colegio Oficial de Psicólogos*, Valencia.
- Friedman, M., C. Thoresen y J. J. Gill (1982). "Feasibility of altering Type A behavior pattern after myocardial infarction: Recurrent coronary prevention project study. Methods, baseline results and preliminary findings". *Circulation*, 66, pp. 83-92.
- y R. H. Rosenman (1974). *Type A Behavior and your Heart*. Nueva York: Knopf.
- Gentry, W. D. y T. L. Haney (1975). "Emotional and behavioral reaction to acute myocardial infarction." *Heart and Lung*, 4, pp. 738-745.
- Gottlieb, B. (1991). "Advances in research on social support and issues applying to adolescents at risk" en G. A. Albrecht y H. Otto (eds.). *Prevention and the Social Sciences. Theoretical Controversies, Research Problems and Evaluation Strategies*. Nueva York: Hemisphere.
- Grossarth-Maticek, R. y H. J. Eysenck (1991). "Personality, stress and motivational factors in drinking as determinants of risk for cancer and coronary heart disease." *Psychological Reports*, 69, pp. 1027-1045.
- Hanson, C. L., S. W. Henggeler y G. A. Burghen (1987). "Social competence and parental support as mediators of the link between stress and metabolic control in adolescents with insulin-dependent diabetes mellitus." *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 55, pp. 529-533.
- Hauser, S. T., J. DiPlacido, A. M. Jacobson, E. Paul, R. Bliss, J. Milley, P. Lavori, M. A. Vieyra, J. I. Wolfsdorf, R. D. Herskowitz, J. B. Willett, C. Cole y D. Wertlieb (1992). "The family and the onset of its youngster's insulin-dependent diabetes: Ways of coping" en R. E. Cole y D. Reiss (eds.). *How do Families Cope, with Chronic Illness?* Hillsdale: Lawrence Erlbaum.
- Haynes, R. B., D. W. Taylor y D. L. Sackett (1979). *Compliance in Health Care*. Baltimore: John Hopkins University Press.

- Hobfoll, S. E. (1988). *The Ecology of Stress*. Washington, D.C.: Hemisphere.
- y M. A. Parris (1990). "Social support during extreme stress consequences and intervention" en B. R. Sarason, I. G. Sarason y G. R. Pierce (eds.). *Social Support: An Interactional View*. Nueva York: Wiley.
- y M. Lerman (1989). "Predicting receipt of social support: A longitudinal study of parents' reactions to their child's illness." *Health Psychology*, 8 (1), pp. 61-77.
- Hoffman-Goetz, I. y B. Klarlund (1994). "Exercise and the immune system: A model of the stress response?" *Immunology Today*, 15, 8, pp. 382-387.
- Holland, J. C. (1990). "Behavioral and psychosocial risk factors in cancer: Human studies" en J. C. Holland y J. E. Rowland (eds.). *Handbook of Psychooncology: Psychological Care of the Patient with Cancer*. Nueva York: Oxford University Press, pp. 705-726.
- Hombrados, M. I., C. Martimportugués, F. Perles y L. Cómez (1993). "Efectos sobre el apoyo social de un programa educativo para jóvenes diabéticos insulino-dependientes" en J. M. León y S. Barriga (eds.). *Psicología de la salud*. Sevilla: Eudema.
- Ibáñez, E., R. Romero y Y. Andreu (1992). "Personalidad tipo C: Una revisión crítica." *Boletín de Psicología*, 35, pp. 49-79.
- Jacobson, E. (1974). *Progressive Relaxation*. Chicago: The University of Chicago Press, Midway Reprint, J. Wolpe (1974). *The Practice of Behavior Therapy*. Nueva York: Feramon Press, 1969.
- Kaplan, Ii. II., C. Robbins y S. S. Martín (1983). "Antecedents of psychological stress in young adults: Self rejection, deprivation of social support and life events." *Journal of Health and Social Behavior*, 24, pp. 230-244.
- Kaplan, R. D., E. A. Robinson, J. R. French, J. R. Caldwell y M. Shinn (1976). *Adhering Medical Regimens: Pilot Experiments in Patient Education and Social Support*. University of Michigan: Ann Arbor.
- Kaplan, R. M. (1985). "Social support and social health" en I. G. Sarason y B. R. Sarason (eds.). *Social Support: Theory, Research and Applications*. Dordrecht: Martinus Nijhoff Publishers.
- Kune, G. A., S. Kune, L. F. Watson y C. B. Bahnson (1991). "Personality as a risk factor in large bowel cancer." *Psychological Medicine*, 21, pp. 29-41.
- Levenson, J. y C. Bemis (1991). "The role of psychosomatics, 32, pp. 124-132.
- Moss, A. J. y S. Goldstein (1970). "The pre-hospital phase of acute myocardial infarction." *Circulation*, 41, pp. 737-742.
- Orth-Gomér, C. y A. Undén (1987). "The measurement of social support in population surveys." *Science and Social Medicine*, 24, pp. 83-94.
- Pennebaker, J. W., L. Gonder-Frederick, H. Stewart, L. Elfman y J. A. Skelton (1982). "Physical symptoms associated with blood pressure." *Psychophysiology*, 19, pp. 201-210.
- Rabin, C., S. Amir, R. Nardi y H. Ovadia (1986). "Compliance and control: Issues in group training for diabetics." *Health and Social Work*, 11, pp. 141-151.
- Rahe, R. M., H. W. Ward y V. Hayes (1979). "Brief group therapy in myocardial infarction rehabilitation: Three to four year follow-up of a controlled trial." *Psychosomatic Medicine*, 41, pp. 229-242.
- Sandín, B. (1995). "El estrés" en A. Relloch, B. Sandín y F. Ramos (eds.). *Manual de psicopatología*, vol. II. Madrid: McGraw-Hill, pp. 3-53.
- y col. (1995). "Trastornos psicopatológicos" en A. Relloch, B. Sandín y F. Ramos (eds.). *Manual de psicopatología*, vol. II. Madrid: McGraw-Hill, pp. 401-473.
- Seevers, R. T. (1991). "Diabetes support groups: structure, function, and professional roles." *The Diabetes Educator*, 17, pp. 401-406.
- Suinn, R. M. y L. J. Bloom (1978). "Anxiety management for Type A person." *Journal of Behavioral Medicine*, 1, pp. 25-35.

6. ADICCIONES Y SALUD

- American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (4a. ed.). Washington, D.C.: American Psychiatric Association.
- Beck, A. T., F. D. Wright, C. F. Newman y B. S. Liese (1993). *Cognitive Therapy of Substance Abuse*. Nueva York: Guilford Press (trad. Barcelona: Trillas, 1999).
- Becoña, E. (1996). *La ludopatía*. Madrid: Aguilar.
- (1996). "Tratamiento del juego patológico" en J. M. Buceta y A. M. Bueno (eds.). *Tratamiento psicológico de hábitos y enfermedades*. Madrid: Pirámide, pp. 249-278.

- (1998). “Alcoholismo” en M. A. Vallejo (ed.). *Manual de terapia de conducta*. Madrid: Dykinson, vol. II, pp. 75-141.
- (1998). “Conductas adictivas. ¿El problema del siglo XXI?” *Psicología contemporánea*, 5, pp. 4-15.
- (1999). *Bases teóricas que sustentan los programas de prevención de drogas*. Madrid: Plan Nacional sobre Drogas.
- (2001). “Tratamiento psicológico de las conductas adictivas” en J. M. Buceta, A. M. Bueno y B. Mas (eds.). *Intervención psicológica y salud: Control del estrés y conductas de riesgo*. Madrid: Dykinson, pp. 423-462.
- y F. L. Vázquez (1998). *Tratamiento del tabaquismo*. Madrid: Dykinson.
- y F. L. Vázquez (2001). *Heroína, cocaína y drogas de síntesis*. Madrid: Síntesis.
- Calafat, A., M. Juan, E. Becoña, C. Fernández, E. Gil, A. Palmer, P. Sureda y M. A. Torres (2000). *Salir de marcha y consumo de drogas*. Madrid: Plan Nacional sobre Drogas.
- D’Zurilla, T.J. (1986). *Problem-Solving Therapy. A Social Competence Approach to Clinical Interventions*. Nueva York: Springer (trad. cast., Bilbao: Desclée de Brouwer, 1996).
- Echeburúa, E. (1999). *¿Adicciones sin drogas?* Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Fernández-Montalvo, J. y E. Echeburúa (1997). *Manual práctico del juego patológico. Ayuda para el paciente y guía para el terapeuta*. Madrid: Pirámide.
- Galanter, M., R. Castañeda y H. Franco (1998). “Group therapy, self-help groups, and network therapy” en R. J. Frances y S. I. Miller (eds.). *Clinical Textbook of Addictive Disorders*, 2a. ed. Nueva York: Guildford Press, pp. 521-546.
- González, A., S. Jiménez y M. N. Aymamí (1999). “Evaluación y tratamiento cognitivo-conductual de jugadores patológicos de máquinas tragaperras con premio.” *Anuario de psicología*, 30, pp. 111-125.
- Gossop, M. (ed.) (1989). *Relapse and Addictive Behaviour*. Londres: Routledge.
- Grant, B. F. y D. A. Dawson (1999). “Alcohol and drug use, abuse, and dependence: classification, prevalence, and comorbidity” en B. S. McCrady y E. E. Epstein (eds.). *Addictions. A comprehensive Guidebook*. Nueva York: Oxford University Press, pp. 9-29.
- Graña, J. L. (1994). “Intervención conductual individual en drogodependencias” en J. L. Graña (ed.). *Conductas adictivas. Teoría, evaluación y tratamiento*. Madrid: Debate, pp. 141-190.
- Heath, A. W. y M. D. Stanton, (1998). “Family-based treatment: States and outcomes” en R. J. Frances y S. I. Miller (eds.). *Clinical Textbook of Addictive Disorders*, 2a. ed. Nueva York: Guildford Press, pp. 496-520.
- Hester, R. K. (1995). “Behavioral self-control training” en R. K. Hester y W. R. Miller (eds.). *Handbook of Alcoholism Treatment Approaches. Effective Alternatives*, 2a. ed. Boston: Allyn and Bacon, pp. 148-159.
- Labrador, F. J., E. Echeburúa y E. Becoña (2000). *Guía para la elección de tratamientos psicológicos efectivos. Hacia una nueva psicología clínica*. Madrid: Dykinson.
- y A. Fernández-Alba (1998). “Juego patológico” en M. A. Vallejo (ed.), *Manual de terapia de conducta*, vol. II. Madrid: Dykinson, pp. 143-211.
- Ladouceur, R. (1993). “Aspectos fundamentales y clínicos de la psicología de los juegos de azar.” *Psicología conductual*, 1, pp. 361-374.
- y M. Walker (1998). “Aproximación cognitiva para la comprensión y tratamiento del juego patológico.” *Psicología contemporánea*, 5, pp. 56-71.
- y M. Walker (1998). “Cognitive approach to understanding and treating pathological gambling” en P. Salkovskis (ed.). *Comprehensive Clinical Psychology, vol. 6. Adults: Clinical Formulation & Treatment*. Oxford: Elsevier Science Ltd., pp. 587-601.
- Marlatt, G. A., K. Barretty y D. C. Daley (1999). “Relapse prevention” en M. Galanter y H. D. Keller (eds.). *Textbook of Substance Abuse Treatment*, 2a. ed. Washington, D.C.: The American Psychiatric Press, pp. 353-366.
- y J. Gordon (1985). *Relapse Prevention. Maintenance Strategies in Addictive Behavior Change*. Nueva York: Guildford Press.
- Miller, W. R. y S. Rollnick (1999). *La entrevista motivacional. Preparar para el cambio de conductas adictivas*. Barcelona: Paidós (original 1991).
- Montí, P. M., D. J. Rohsenow, S. M. Colby y D. B. Abrams (1995). “Coping and social skills training” en R. K. Hester y W. R. Miller (eds.). *Handbook of Alcoholism Treatment Approaches. Effective Alternatives*, 2a. ed. Boston: Allyn and Bacon, pp. 221-241.
- Oblitas, L. y E. Becoña (eds.) (2000). *Psicología de la salud*. México: Plaza y Valdés.

Westermeyer, J. (1998). "Historial and social context of psychoactive substance disorders" en R. J. Frances y S. I. Miller (eds.). *Clinical Textbook of Addictive Disorders*, 2a. ed. Nueva York: Guildford Press, pp. 14-32.

7. ANSIEDAD Y SALUD

Allport, G. W. (1937). *Personality: A Psychological Interpretation*. Nueva York: Holt, Rinehart y Winston.

American Psychiatric Association (APA) (1952). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (1a. ed.). Washington, D.C.: APA.

——— (1968). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (2a. ed.). Washington, D.C.: APA.

——— (1980). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (3a. ed.). Washington, D.C.: APA.

——— (1987). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (3a. ed. rev.). Washington, D.C.: APA.

——— (1995). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (4a. ed.). Barcelona: Masson.

Aronson, Th. A. y C. Logue (1988). "Phenomenology of panic attacks: A descriptive study of panic disorder patients self-reports." *Journal-of-Clinical-Psychiatry*, vol. 49 (1), pp. 8-13.

Bados, A. (1995). *Agorafobia*. Barcelona: Paidós.

——— (2000). *Trastorno de ansiedad generalizada*. Documento no publicado. Universidad de Barcelona.

——— (2001). "Tratamientos psicológicos eficaces para la agorafobia." *Psicothema*, vol. 13, núm. 3, pp. 453- 464.

Báguena, M. J. (2001). "Tratamientos psicológicos eficaces para el estrés postraumático." *Psicothema*, vol. 13, núm. 3, pp. 479-492.

Bandura, A. (1969). *Principles of Behaviour Modification*. Nueva York: Holt, Rinehart and Winston.

Beck, A. T. (1976). *Cognitive Therapy and Emotional Disorders*. Madison, C. T.: International University Press.

Bond, W. N. (1984). "Animal models in Psychopathology: An Introduction" en W. N. Bond (ed.). *Animals models in Psychopathology*. North Ryde: Academic Press Australia.

Botella, C. (2001). "Tratamientos psicológicos eficaces para el trastorno de pánico." *Psicothema*, vol. 13, núm. 3, pp. 465-478.

Bower, G. H. (1981). "Mood and memory." *American Psychologist*, 36, pp. 129-148.

Capafons, A. (2001). "Tratamientos psicológicos eficaces para la ansiedad generalizada." *Psicothema*, vol. 13, núm.3, pp. 442-446.

Capafons, J. I. (2001). "Tratamientos psicológicos eficaces para las fobias específicas." *Psicothema*, vol. 13, núm.3, pp. 447-452.

Eysenck, H. J. (1947). *Dimensions of Personality*. Londres: Routledge y Kegan Paul.

——— (1957). "A dynamic theory of anxiety and hysteria." *Journal of Mental Science*, 101, pp. 28-51.

——— (1967). *Fundamentos biológicos de la personalidad*. Barcelona: Fontanella.

——— (1970). *The Structure of Human Personality*. Londres: Methuen and Co.

——— y M. W. Eysenck (1987). *Personalidad y diferencias individuales*. Madrid: Pirámide.

Gray, J. A. (1982). *The Neuropsychology of Anxiety*. Nueva York: Oxford University Press.

Heymans, G. y E. Wiersma (1909). "Beiträge zur speziellen psychologie auf grund einer massentersuchung." *Zeitschrift für Psychologie*, 42, pp. 81-127.

Lang, P. J. (1968). "A bio-informational theory of emotional imagery." *Psychophysiology*, 16, pp. 495-512.

Lidell, H. S. (1944). *Emotional Hazards in Animals and Man*. Springfield: Charles C. Thomas.

Maier, N. R. F. (1956). *Frustration*. Ann Arbor: University of Michigan Press

Marks, I. M. (1969). *Fears and Phobias*. Londres: William Heineman.

Masserman, J. H. (1943). *Behavior and Neurosis: An Experimental Psychoanalytic Approach to Psychobiologic principles*. Chicago: University of Chicago Press.

OMS (1992). *CIE 10: Trastornos mentales y del comportamiento*. Madrid: M editor.

Pitts, F. N. y J. N. McClure (1967). "Lactate metabolism in anxiety neurosis." *New England Journal of Medicine*, 277, pp. 1328-1336.

Spearman, C. (1927). *The Abilities of Man*. Londres: MacMillan.

Spielberger, -Charles-D (ed.). (1966). *Anxiety and behavior*. Nueva York: Ac. Press.

- Torgersen, S. (1979). "The nature and origin of common phobic fears." *British Journal of Psychiatry*, 134, pp. 343-351.
- Tous, J. M. (1986). *Psicología de la Personalidad*. Barcelona: PPU.
- Vallejo, M. A. (2001). "Tratamientos psicológicos eficaces para el trastorno obsesivo compulsivo." *Psicothema*, vol. 13, núm. 3, pp. 419-227.
- Watson, J.B. y R. Rayner (1920). "Conditioned emotional reactions." *Journal of Experimental Psychology*, 3, pp. 1-14. Cambridge: University Press.
- Weinberg, Robert y V. Hunt (1979). "The interrelationships between anxiety, motor performance and electromyography." *Journal-of-Motor-Behavior*, vol. 8 (3), pp. 219-224.
- Zuckerman, M. (1991). *Psychobiology of Personality*. Cambridge: Cambridge University Press.

8. ESTRÉS Y SALUD

- Abramson L. Y., G. I. Metalsky y L. B. Alloy (1989). "Hopelessness Depression: A Theory-Based Subtype of Depression." *Psychological Review*, 96, 12, pp. 358-372.
- , M. E. P. Seligman y J. D. Teasdale (1978). "Learned Helplessness in Humans: Critique and Reformulation." *Journal of Abnormal Psychology*, 87, 11, pp. 49-74.
- Álvarez Rayón, G. L., R. Vázquez Arévalo y J. M. Mancilla Díaz (1998). "Personality evaluation of myocardial infarction [Evaluación de la personalidad del paciente con infarto del miocardio: Un estudio exploratorio]." *Acta psiquiátrica y psicológica de América Latina*, diciembre, 44, 4, pp. 335-340.
- Anthony, J. L. y W. H. O'Brien (1999). "An evaluation of the impact of social support manipulations on cardiovascular reactivity to laboratory stressors." *Behavioral Medicine*, 25, 2, pp. 78-87.
- Antonovsky, A. (1979). *Health, Stress and Coping*. San Francisco: Jossey-Bass.
- (1987). "The salutogenic perspective: Toward a new view of health and illness." *Advances*, 4, pp. 47-55.
- (1988). *Unravelling the Mystery of Health. How People Manage Stress and Stay Well*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Asociación Psiquiátrica Americana (1995). *DSM-IV. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Barcelona: Masson.
- Ballester Arnal, R. y C. Botella Arbona (1997). "El proceso terapéutico en el tratamiento del trastorno de pánico" en I. Caro, *Manual de psicoterapias cognitivas*. Paidós: Barcelona, pp. 207-222.
- Bandura, A. (1977). "Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change." *Psychological Review*, 84, pp. 191-215.
- (1978). "The self system in reciprocal determinism." *American Psychologist*, pp. 344-358.
- (1986). *Social Foundations of Thought and Action: A Social Cognitive Theory*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Barrón López, A. (1997). "Estrés psicosocial y salud" en M. I. Hombrados. *Estrés y salud*. Valencia: Promolibro, pp. 71-94.
- Bermúdez, J. (1996). "Afrontamiento: Aspectos generales" en Alfredo Fierro. *Manual de psicología de la personalidad*. Barcelona: Paidós.
- Bobes García, J., M. Bousño García y A. Calcedo Barba (2001). *Trastorno de estrés postraumático*. Barcelona: Masson.
- Bonner, R. L. y A. Rich (1988). "Negative life stress, social problem-solving self-appraisal, and hopelessness: Implications for suicide research." *Cognitive Therapy and Research*, 12, 6, pp. 549-556.
- Bowlby, J. (1985). *El vínculo afectivo*. Barcelona: Paidós.
- (1985). *La pérdida afectiva. Tristeza y depresión*. Barcelona: Paidós.
- (1985). *La separación afectiva*. Barcelona: Paidós.
- Brackney, B. E. y A. S. Westman (1992). "Relationships among hope, psychosocial development, and locus of control." *Psychological Reports*, 70, 3, pp. 864-866.
- Broadhead, W. E., B. H. Kaplan, S. A. James, E. H. Wagner, V. J. Schoenbach, R. Grimson *et al.* (1983). "The epidemiologic evidence for a relationship between social support and health." *American Journal of Epidemiology*, 117, pp. 521-537.
- Bunting, C. J., M. J. Little, H. Tolson, G. Jessup (1986). "Physical fitness and eustress in the adventure activities of rock climbing and rappelling." *Journal of Sports, Medicine and Physical Fitness*, 26, pp. 11-20.

- Busjahn, A., H-D. Faulhaber, K. Freier y F. C. Luft (1999). "Genetic and Environmental Influences on Coping Styles: A Twin Study." *Psychosomatic Medicine*, 61, pp. 469-475.
- Cannon, W. B. (1932). *The Wisdom of the Body*. Nueva York: Norton.
- Chan, D. W. (1994). "The Chinese Ways of Coping Questionnaire: Assessing Coping in Secondary School Teachers and Students in Hong Kong." *Psychological Assessment*, 6, 2, pp. 108-116.
- Chesney, M. y L. Darbes (1998). "Social support and heart disease in women: Implications for interventions" en K. Orth-Gomer, M. Chesney *et al.* (eds.). *Women, Stress and Heart Disease*. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates, Inc., pp. 165-182.
- Cossette, S., N. Frasure-Smith y F. Lespérance (2001). "Clinical implications of a reduction in psychological distress on cardiac prognosis in patients participating in a psychosocial intervention program." *Psychosomatic Medicine*, 6, 257-266.
- Crespo, M.L. y J. A. Cruzado (1997). "La evaluación del afrontamiento: Adaptación española del cuestionario COPE con una muestra de estudiantes universitarios." *Análisis y modificación de conducta*, 23, 92, pp. 797-830.
- Crocker J., L. B. Alloy y N. Tabachnik (1988). "Attributional style, depression, and perceptions of consensus for events." *Journal of Personality and Social Psychology*, 54, 5, pp. 840-846.
- Dohrenwend, B.S. y B. P. Dohrenwend (1978). "Some issues in research on stressful life events." *Journal of Nervous and Mental Disease*, 166, 1, pp. 7-15.
- Donalísio González, R. (1996). "Condiciones de trabajo y estrés." *Boletín de información de Mutual Cyclops*, 10, pp. 21-26.
- Drossman, D.A., J. Leserman, Z. Li, F. Keefe, Y. B. U. Hu, y T. C. Toomey (2000). "Effects of coping on health outcome among women with gastrointestinal disorders." *Psychosomatic Medicine*, 62, pp. 309-317.
- Europa Press (2001). *Más de tres millones de trabajadores españoles padecen estrés, especialmente las mujeres, según CC.OO* en <http://www.psiquiatria.com/noticias/estres/4187>.
- Fichera, L.V. y J. L. Andreassi (1998). "Stress and personality as factors in women's cardiovascular reactivity." *International Journal of Psychophysiology*, 28, 2, pp. 143-155.
- Fierro A. (1997). "Estrés, afrontamiento y adaptación" en M. I. Hombrados. *Estrés y salud*. Valencia: Promolibro, pp. 11-37.
- Folkman, S. y R. S. Lazarus (1985). "If it changes it must be a process: study of emotion and coping during three stages of a college examination." *Journal of Personality and Social Psychology*, 48, 1, pp. 150-170.
- y R. S. Lazarus (1988). "Coping as a mediator of emotion." *Journal of Personality and Social Psychology*, 54, 3, pp. 466-475.
- Försterling F. (1988). *Attribution Theory in Clinical Psychology*. Great Britain: John Wiley & Sons, Southport.
- Frank, J. D. (1968). "The role of hope psychotherapy." *International Journal of Psychiatry*, 5, pp. 383-395.
- Frankl, V. (1982). *El hombre en busca de sentido*, 3a. ed. Barcelona: Herder.
- (1991). *La voluntad de sentido*. Barcelona: Herder.
- Franks, B. D. (1994). "What is stress." *Quest*, 46, pp. 1-7.
- Frydenbert, E. y R. Lewis (1997). *Escalas de afrontamiento para adolescentes*. Madrid: T.E.A.
- Giles, M. V. y M. M. Richard's (2001). "Estrés, estrategias de afrontamiento y personalidad: su rol en las patologías isquémicas", *Interpsiquis*, 2001, (2), Internet: www.psiquiatria.com/noticias/estres/2115.
- Gómez A., F. Lolas y A. Barrera (1990). "Condiciones psicosociales de la suicidalidad. Depto. de Psiquiatría Sur." Facultad de Medicina Universidad de Chile, trabajo presentado en el VII Congreso Argentino y I Simposio Argentino Chileno de Psicología Médica, *Psiquiatría de enlace y psicoterapia*, Buenos Aires, 11, pp. 8-10.
- González, B. (1987). "Acontecimientos vitales y salud mental: Metodología, resultados y crítica." *Jano*, 30/ 1-5/2, vol. XXXII, núm. 760, pp. 401-410.
- González, J. L. (1989). "Factores de estrés y enfermedad." *Psiquis*, 10, pp. 1-7.
- (1990). *El índice de reactividad al estrés*. Madrid: Inteva.
- (1991). "Factores de estrés y vulnerabilidad a la enfermedad." *Monografías de psiquiatría*, 3, pp. 35-41.
- (2000). "Trastornos adaptativos y de estrés." *Congreso Virtual de Psiquiatría, 1 de febrero-15 de marzo 2000*; Conferencia 25-CI-B: disponible en: http://www.psiquiatria.com/congreso/mesas/mesa25/conferencias/25_ci_b.htm.

- Gottschalk, L. A. (1974). "A hope scale applicable to verbal samples." *Archives of General Psychiatry*, 30, pp. 779-785.
- Gutiérrez, J. M. (1998). "La promoción del estrés." *Psicología.com*, 2, 1, pp. 1-6.
- Grotberg, E. H. (2001). "Nuevas tendencias en resiliencia" en A. Melillo y E. N. Suárez Ojeda. *Resiliencia. Descubriendo las propias fortalezas*. Buenos Aires: Paidós, pp. 19-30.
- Hagihara, A., K. Tarumi y A. S. Miller (1998). "Social support at work as a buffer of work stress-strain relationship: A signal detection approach." *Stress Medicine*, 14, 2, pp. 75-81.
- Hiew, C., C. Chok, J. Mori, M. Shmigu y M. Tominaga (2000). "Measurement of resilience development: Preliminary results with a state-trait resilience inventory." *Journal of Learning and Curriculum Development*, 1, pp. 111-117.
- Holmes, T. H. y R. H. Rahe (1967). "The social readjustment rating scale." *Journal of Psychosomatic Research*, 11, pp. 213-218.
- Humphrey, J. (1998). *Job Stress*. Maryland: University of Maryland.
- Infante, F. (2001). "La resiliencia como proceso: Una revisión de la literatura reciente" en A. Melillo y N. Suárez Ojeda. *Resiliencia. Descubriendo las propias fortalezas*. Buenos Aires: Paidós, pp. 31-53.
- Iruarizaga, I., J. Gómez-Segura, T. Criado, M. Zuazo y E. Sastre (1997). "Reducción de la ansiedad a través del entrenamiento en habilidades sociales." *Revista Electrónica de Motivación y Emoción*, 2, 1, pp. 1-24.
- Kashani, J. H., S. M. Soltys, A. C. Dandoy, A. F. Vidya y otros (1991). "Correlates of hopelessness in psychiatrically hospitalized children." *Comprehensive Psychiatry*, 32, 4, pp. 330-337.
- Kobasa, S. C., S. R. Maddi y S. Kahn (1982). "Hardiness and health: A prospective study." *Journal of Personality and Social Psychology*, 42, 11, pp. 168-177.
- y M. C. Puceett (1983). "Personality and social resources in stress resistance." *Journal of Personality and Social Psychology*, 45, 14, pp. 839-850.
- Kors, D. J. (2000). "Does social support reduce cardiovascular stress reactivity? Only if you want support. A test of a match/mismatched hypothesis (cardiovascular reactivity). Dissertation Abstracts International." Citado por Mariela V. Giles y María M. Richard's. *Estrés, estrategias de afrontamiento y personalidad: Su rol en las patologías isquémicas*, *Interpsiquis*, 2001, (2), www.psiquiatria.com/noticias/estres/2115.
- Labrador, F. J. (1995). *El estrés. Nuevas técnicas para su control*. Madrid: Temas de hoy.
- Lazarus, R. S. (1966). *Psychological stress and the coping process*. Nueva York: McGraw Hill.
- y S. Folkman (1986). *Estrés y procesos cognitivos*. Barcelona: Martínez Roca.
- Leserman, J., E. D. Jackson, J. M. Petito, R. N. Golden, S. G. Silva, D. O. Perkins, J. Cai, J. D. Folds y D. L. Evans (1999). "Progression to AIDS: The effects of stress, depressive symptoms, and social support." *Psychosomatic Medicine*, 61, pp. 397-406.
- Luecken, L. J., E. C. Suárez, C. M. Kuhn, J. C. Barefoot, J. A. Blumenthal, I. C. Siegler y R. B. Williams (1997). "Stress in employed women: Impact of marital status and children at home on neurohormone output and home strain." *Psychosomatic Medicine*, 59, p. 4.
- Marshall, J. y C. L. Cooper (1979). "Work experiences of middle and senior managers: The pressure and satisfaction." *International Management Review*, 19, pp. 81-96.
- Mauder, R. G. y J. J. Hunter (2001). "Attachment and psychosomatic medicine: Developmental contributions to stress and disease." *Psychosomatic Medicine*, 63, pp. 556-567.
- Mason, J. W. (1971). "A re-evaluation of the concept of 'non-specificity' in stress theory." *Journal of Psychiatric Research*, 8, pp. 323-333.
- Maybery, D. J. y D. Graham (2001). "Hassles and uplifts: Including interpersonal events." *Stress and Health*, 17, 2, pp. 91-104.
- McEwen, B. S. (1998). "Seminars in Medicine of the Beth Israel Deaconess Medical Center: Protective and damaging effects of stress mediators." *The New England Journal of Medicine*, 15, 3, p. 338.
- McGee, R. F. (1984). "Hope: A factor influencing crisis resolution." *Advances in Nursing Science*, Jul, pp. 34-44.
- Mehler, J. A. & S. Argentieri (1989). "Hope and hopelessness: A technical problem?" *International Journal of Psycho-Analysis*, 70, 2, pp. 295-304.
- Meichenbaum, D. O. (1987). *Manual de inoculación de estrés*. Barcelona: Martínez Roca.
- Méndez, F. X. y J. M. Ortigosa (1997). "Estrés y hospitalización infantil" en M. I. Hombrados. *Estrés y salud*. Valencia: Promolibro, pp. 524-545.
- Mestel, R. (1994). "Los científicos están convencidos de que el estrés influye directamente en el comportamiento del sistema inmune." *New Scientist/El Mundo*, en Internet: www.elmundosalud.com/elmundosalud/noticia.html?vi_seccion=13&vs_fecha=199410&vs_noticia=00415.

- Murphy, L. R., J. J. Hurrell, S. L. Sauter y G. Puryear (1995). *Job Stress Interventions*. Washington, D.C.: American Psychological Association.
- Nezu, A. M. y C. M. Nezu, (1991). "Entrenamiento en solución de problemas" en V. E. Caballo, *Manual de técnicas de terapia y modificación de conducta*. Madrid: Siglo XXI.
- Nogareda Cuixart, S. (1994). *Fisiología del estrés*. Notas técnicas de prevención, núm. 355, Madrid: INSHT.
- Northouse, L. L. (1988). "Social support in 'patients and husbands' adjustment to breast cancer. *Nurs Res*, 3, pp. 91-95.
- Novaco, R. W. (1977). "A stress inoculation approach to anger management in the training of law enforcement officers." *American Journal of Community Psychology*, 5, pp. 327-346.
- Nurmi, J. E. y J. Lainekeivi (1991). "Verbal fluency and the measurement of future-oriented goals and hopes: Comparison of questionnaire and interview data." *Perceptual and Motor Skills*, 73, pp. 137-138.
- Omar, A. G. (1995). *Stress y coping. Las estrategias de coping y sus interrelaciones con los niveles biológico y psicológico*. Buenos Aires: Lumen.
- Orth-Gomer, K. (2000). "Stress and social support in relation to cardiovascular health" en P. McCabe, N., Schneiderman *et al.* (eds.). *Stress, Coping, and Cardiovascular Disease. Stress and Coping*. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates, Inc., pp. 229-240.
- Palmer, S. y W. Dryden (1995). *Counselling for Stress Problems*. Londres: Sage.
- Pereyra, M. (1995). *La esperanza-desesperanza como variable diagnóstica y predictiva del proceso salud enfermedad*. Tesis doctoral en psicología. Córdoba: Universidad Católica de Córdoba.
- (1995). *Test de esperanza-desesperanza*. Manual. Sanatorio Adventista del Plata, Libertador San Martín: E. Ríos.
- (1996). "Un instrumento de medición de la esperanza-desesperanza." *Acta psiquiátrica y psicológica de América Latina*, 42, 13, pp. 247-259.
- (1997). *Psicología de la esperanza con aplicaciones a la práctica clínica*. Buenos Aires: Psicoteca editorial.
- Pérez Quintana, D. (2001). "El estrés como enfrentamiento inadecuado del hombre ante el medio." *Interpsiquis*, (2) en: Internet: <http://www.psiquiatria.com/articulos/estres/2028>.
- Perini, C., D. H. Smith, J. M. Neutel, M. Smith, J. P. Henry, F. R. Buhler, H. Weiner y M. A. Weber, (1994). "A repressive coping style protecting from emotional distress in low-renin essential hypertensives." *Journal of Hypertens*, 12, 5, pp. 601-607.
- Ramos, J., J. M. Montalbán y M. Bravo (1997). "Estrés en las organizaciones: Concepto, consecuencias y control" en M. I. Hombrados, *Estrés y salud*. Valencia: Promolibro, pp. 173-211.
- Roberts, K. T. y G. Cunningham (1990). "Serenity: Concepto, analysis and measurement." *Journal of Nursing Measurement*, 1, pp. 577-589.
- Ruiz, M. A. (1997). "El proceso terapéutico en la inoculación del estrés" en I. Caro, *Manual de psicoterapias cognitivas*. Barcelona: Paidós, pp. 157-169.
- Sandín, B. (1995). "El estrés" vol. 2 en A. Bellock, B. Sandín y F. Ramos. *Manual de psicopatología*, 3-52. Madrid: McGraw-Hill.
- Scheier, M. F., J. Kumari y Ch. S. Carver (1986). "Coping with stress: Divergent strategies of optimists and pessimists." *Journal of Personality and Social Psychology*, 51, 16, pp. 1257-1264.
- y Ch. S. Carver (1985). "Optimism, coping, and health: Assessment and implications of generalized outcome expectancies." *Health Psychology*, 4, 3, pp. 219-247.
- Schorr, J. A., Farnham, R. C. y S. M. Ervin, (1991). "Health patterns in aging women as expanding consciousness." *Advances in Nursing Science*, 13, 4, pp. 52-63.
- Selye, H. (1960). *La tensión en la vida (el stress)*. Buenos Aires: Compañía General Fabril Editora.
- (1975). "Confusion and controversy in the stress field." *Journal of Human Stress*, 1, pp. 37-44.
- (1975). *Stress without Distress*. Nueva York: New American Library.
- Sehnert, K. W. (1981). *Stress/Unstress*. Minneapolis: Augsburg Publishing House.
- Shapira, V. (2001). *La mayoría de los trabajadores sufre de stress*. *Diario La Nación* de Buenos Aires, edición del 30/04, p. 9.
- Siegmán, A. W., S. T. Townsend, A. C. Civelek, y R. S. Blumenthal, (2000). "Antagonistic behavior, dominance, hostility, and coronary heart disease." *Psychosomatic Medicine*, 62, 2, pp. 248-257.
- Skodol y col. (1990). "The nature of stress: Problems of measurement" en J. D. Noshpitz y R. D. Coddington, *Stressors and the Adjustment Disorders*. Nueva York: Wiley.

- Snyder, C. R., Ch. Harris, J. R. Anderson, S. A. Holleran, L. M. Irving, S.T. Sigmon, L. Yoshinobu, J. Gibb, Ch. Langelley y P. Harney (1991). "The will and the ways: Development and validation of an individual-differences measure of hope." *Journal of Personality and Social Psychology*, 60, 14, pp. 570-585.
- Soriano, J. (1994). "Las estrategias de afrontamiento desde una perspectiva transaccional." *Boletín de Psicología*, 44, pp. 77-92.
- Steptoe, A. (2000). "Stress, social support and cardiovascular activity over the working day." *International Journal of Psychophysiology*, 37, 3, pp. 299-308.
- Stroebe, W., M. Stroebe, G. Abakoumkin y H. Schut (1996). "The role of loneliness and social support in adjustment to loss: A test of attachment versus stress theory." *Journal of Personality and Social Psychology*, 70, 6, pp. 1241-1249.
- Sussex University (2001). "México, de los países con mayor estrés en el mundo" en *La Crónica de Hoy*, ver <http://www.cronica.com.mx/2001/jun/27/ciencias03.html>.
- Temoshok, L. (1987). "Personality, coping style, emotion and cancer: Towards an integrative model." *Cancer Surveys*, 6, pp. 545-567.
- Tennant, C. (1999). "Life stress, social support and coronary heart disease." *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 33, 5, pp. 636-641.
- Trotter, R. J. (1987). "Stop Blaming Yourself." *Psychology Today*, febrero, p. 31.
- Valdés, M. (1986). "Prólogo" en Richard S. Lazarus y Susan Folkman. *Estrés y procesos cognitivos* Barcelona: Martínez Roca, pp. 11-19.
- Walsh, F. (1998). "El concepto de resiliencia familiar: Crisis y desafío." *Sistemas Familiares*, marzo.
- Weiss, J. M. (1971). "Effects of coping behavior in different warning signal conditions on stress pathology in rats." *Journal of Comparative and Physiological Psychology*, 1, pp. 1-14.
- Welin, C., G. Lappas y L. Wilhelmsen (2000). "Independent importance of psychosocial factors for prognosis after myocardial infarction." *Journal of Intern. Med.*, 247, 6, pp. 629-639.
- Werner E. E. (1993). "Risk, resilience and recovery: Perspectives from the Kauai longitudinal study." *Development and Psychopathology*, 5, pp. 503-515.
- Włodarczyk, D. (1999). "Social support and coping with stress in patient after myocardial infarction." *Przegląd Psychologiczny*, 42, 2, pp. 95-113.
- Woo, M., A. K. Yap, T. G. Oh y F. Y. Long (1999). "The relationship between stress and absenteeism." *Singapore Medical Journal*, 40, p. 09. Por internet: <http://www.sma.org.sg/smj/4009/articles/4009a8.html>.
- Zeidner, M. y N. S. Endler (1996). *Handbook of Coping, Theory, Research Applications*. Nueva York: Wiley.

9. MANEJO DE ENFERMEDADES CRÓNICAS Y TERMINALES

Calidad de vida

- Andrews, F. M. y S. B. Withey (1976). *Social Indicators of Well Being: American's Perceptions of Life Quality*. Nueva York: Plenum Press.
- Epstein, R. y Lydick (1995). "Quality of life assessment: A pharmaceutical industry perspective" en J. Dimsdale y A. Baum. *Quality of Life in Behavioral Medicine Research*. Hillsdale: Lawrence Erlbaum.
- Guyatt, G., C. Bombardier y P. Tugwell (eds.) (1986). "Measuring disease specific quality of life in clinical trials." *Canadian Medical Association Journal*, 134, pp. 889-895.
- Jacobson, A. M., M. de Groot y J. Samson (1994). "Quality of life in patient with type I and type II diabetes mellitus." *Diabetes Care*, 17, pp. 167-274.
- Lawton, M. P., M. Moss, M. Fulcomer y M. H. Kleban (1982). "A research and service oriented Multilevel assessment instrument." *Journal of Gerontology*, 37, pp. 91-99.
- Levi, L. y L. Anderson (1980). "La tensión psicosocial. Población, ambiente y calidad de vida." *El manual moderno*. México, D.F.
- Moinpour, C., M. Savage, K. Hayden, J. Sawyers y C. "Upchurch Quality of life assessment in cancer clinical trials" en J. Dimsdale y A. Baum (eds.) (1995). *Quality of Life in Behavioral Medicine Research*. Hillsdale: Lawrence Erlbaum.

- Moreno, B. y C. Jiménez (1996). "Evaluación de la calidad de vida" en G. Buela-Casal, V. Caballo y J. C. Sierra. *Manual de evaluación en psicología clínica y de la salud*, pp. 1045-1070. España: Siglo XXI Editores.
- Patrick, D. y P. Erickson (1993). *Health Status and Health Policy: Quality of Life in Health Care Evaluation and Resource Allocation*. Nueva York: Oxford University Press.
- Slevin, M. L., H. Plant y D. Lynch (1988). "Who should measure quality of life, the doctor or the patient?" *British Journal of Cancer*, 57, pp. 109-112.
- Stewart, A. L., S. Greenfield y R. D. Hays (1989). "Functional status and well being of patients with chronic conditions." *Journal of the American Medical Association*, 262, pp. 907-913.
- Wells, K. B., J. M. Golding y M. A. Burnam (1988). "Psychiatric disorder in a sample of the general population with and without chronic medical conditions." *American Journal of Psychiatry*, 145, pp. 976-981.
- Wikby, A., J. O. Hornquist, U. Stenstrom y P. O. Andersson (1993). "Background factors, long term complications, quality of life and metabolic control in insulin dependent diabetes." *Quality of Life Research*, 2, pp. 281-286.

Diabetes mellitus: un ejemplo de comorbilidad con depresión

- Aikens, J. E. y L. I. Wagner (1998). "Diabetes mellitus and other endocrine disorders" en P. M. Camic y S. J. Knight (ed). *Clinical Handbook of Health Psychology: A Practical Guide to Effective Interventions*. Seattle: Hogrefe & Huber Publishers, pp. 191-225.
- American Psychiatric Association. (1987). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 4a ed. Washington, D.C.: American Psychiatric Association.
- Blazer, D. G., M. Swartz, M. Woodbury, K. G. Manton, D. Hughes y L. K. George (1988). "Depressive diagnoses in a community population." *Achieves of General Psychiatry*, 45, pp. 1078-1084.
- Boyd, J. H. y M. M. Weissman (1981). Epidemiological of affective Disorders: A reexamination and future directions. *Achieves of General Psychiatry*, 38, pp. 1039-1046.
- Charney, D. S., S. W. Woods y L. M. Nagg (1990). "Noradrenergic function in panic disorder." *Journal of Clinical Psychiatry*, 51 (supl. 5), pp. 5-11.
- Davis, W.K., G. E. Hess, R. G. y Hiss (1988). "Psychological correlates of survival in diabetes." *Diabetes Care*, 11, pp. 538-545.
- Eaton, W. W., A. Dryman y M. M. Weissman (1991). "Panic and Phobic" en L. M. Robins y D. A. Regier. *Psychiatric disorders in America: The epidemiological catchment area study*. Nueva York: Free Press.
- Flaherty, J. A., M. F. Gaviria, E. M. Black, E. Altman y T. Mitchell (1983). "The role of social support in the functioning of patients with unipolar depression." *American Journal of Psychiatry*, 140, pp. 473-496.
- Foley, F., J. Bedell, N. LaRocca y L. Scheinberg (1987). "Efficacy of stress-inoculation training in coping with multiple sclerosis." *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 55 (6), pp. 919-922.
- Gavard, J. A., P. J. Lustman y R. E. Clouse (1993). "Prevalence of depression in adults with diabetes: An epidemiological evaluation." *Diabetes Care*, 16, pp. 1167-1178.
- Goldman, H. H. (1987). *Psiquiatría General*. México: Manual Moderno.
- Heszen-Niejodek, I., L. Gottschalk y M. Januszek (1999). "Anxiety and hope during the course of three different medical illness: A longitudinal study." *Psychotherapy and Psychosomatics*, 68 (6), pp. 304-312.
- Karno, M., J. M. Golding, S. B. Sorenson y M. A. Burman (1988). The epidemiology of obsessive compulsive disorder in five U. S. communities. *Achieves of General Psychiatry*, 45, pp. 1984-1099.
- Lustman, P. J., L. S. Griffith, K. E. Freedland, S. S. Kissel, R. E. Clouse (1998). *Cognitive behavior therapy for depression in type 2 diabetes mellitus: A Randomized, controlled trial*. Volume 129
- , K. Freedland, L. S. Griffith, L. D. Barnes, C. R. Miller, K. H. Anderson, J. McGrill, E. H. Rubin y R. E. Clouse (1999). "Effects of major depression on health related quality of life in type 2 diabetes: A controlled analysis." *Diabetes*, 48 (suplemento 1), p. A73.
- , L. S. Griffith y R. E. Clouse (1986). "Depression in adults with diabetes. Results of 5 year follow up study." *Diabetes Care*, 11, pp. 605-612.
- , R. Anderson, K. Freedland, M. Groot, R. Carney y R. Clouse (2000). "Depression and poor glycemic control: A meta analytic review of literature." *Diabetes Care*, 23 (7), pp. 934-942.
- McGrill, J. B., P. J. Lustman, L. S. Griffith, K. E. Freedland, J. A. Gavard y R. E. Clouse (1992). "Relationship of depression to compliance with self monitoring of blood glucose." *Diabetes*, 41, p. A84.

- Myers, J. D., M. M. Weissman y G. L. Tischler (1984). "Six month prevalence of psychiatric disorders in three communities." *Achieves of General Psychiatry*, 41, pp. 959-967.
- Pohl, S. L., L. Gonder-Federick y D. J. Cox (1984). "Area Review: Diabetes mellitus." *Behavioral Medicine Update*, 6, pp.3-7.
- Popkin, M. K., A. L. Callies, R. D. Lentz, E. A. Colon y D. E. Sutherland (1988). "Prevalence of major depression, simple phobia and other psychiatric disorders in patients with long standing type I diabetes mellitus." *Archives of General Psychiatry*, 45, pp. 64-68.
- Seligman, M. E. P. (1971). "Phobias and preparedness." *Behaviour Therapy*, 2, pp. 307-320.
- Tun, P. A., D. M. Nathan y L. C. Perimuter (1990). "Cognitive and affective disorders in elderly diabetes." *Clinic Geriatric Medicine*, 6, pp. 731-746.
- Weissman, M. M. y J. K. Meyes (1978). "Affective Disorders in US urban community: The use of Research Diagnostic Criteria in epidemiological survey." *Achieves of General Psychiatry*, 10, pp. 1304-1311.
- Weyerer, S., W. Hewer, M. Pfeifer-Kurda y H. Dilling (1989). "Psychiatric disorders and diabetes results from a community study." *Journal of Psychosomatic Research*, 33, pp. 633-640.
- Winokur, G. y P. Clayton (1994). *The Medical Basis of Psychiatry*. W.B. Philadelphia: Saunders Company.

Ajuste y rehabilitación de pacientes con enfermedades crónicas

- Dunn, M. E. (1975). "Psychological intervention in a spinal cord injury center: An introduction." *Rehabilitation Psychology*, 22, pp. 265-278.
- Eisenberg, M. G., R. L. Glueckauf y H. H. Zaretsky (1999). *Medical Aspects of Disability: A Handbook for the Rehabilitation Professional*. Nueva York: Springer.
- Etzmler, D. D. (1994). "Diabetes transition: A blue print for the future." *Diabetes Care*, 17 (suplemento 1), pp. 1-4.
- Etzwiler, D. D. (2001). "Don't ignore the patients." *Diabetes Care*, 24 (10), pp. 1840-1841.
- Falek, A. y S. Britton (1974). "Phases in coping: The hypothesis and its implications." *Social Biology*, 21 (1), pp. 1-7.
- Falvo, D. (1999). *Medical and psychosocial aspects of chronic illness and disability* (2a. ed.). Gaithersburg, MD: Aspen Pub.
- Fink, S. (1967). "Crisis and motivation: A theoretical model." *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 63, pp. 56-59.
- Frazier, L. (2000). "Coping with disease-related stressors in Parkinson's disease." *The Gerontologist*, 40 (1), pp. 53-63.
- Institute of Medicine (2001). *Crossing the Quality Chasm: A new Health System for the 21st Century*. Washington, D.C.: National Academia Press.
- Kendall, E. y D. J. Terry (1996). "Psychosocial adjustment following closed head injury: A model for understanding individual differences and predicting outcome." *Neuropsychological Rehabilitation*, 6 (2), pp. 101-132.
- Kingsbury, S. (2000). "Adaptation to Chronic Illness." *Harvard Mental Health Letter*, 17 (6), pp. 4-5.
- Livneh, H. (1986). "A unified approach to existing models of adaptation to disability: A model of adaptation." *Journal of Applied Rehabilitation Counseling*, 17 (1), pp. 5-16.
- (2001). "Psychosocial adaptation to chronic illness and disability: A conceptual framework." *Rehabilitation Counseling Bulletin*, 44, pp. 151-160.
- y R. E. Antonak (1997). *Psychosocial adaptation to chronic illness and disability*. Gaithersburg, MD: Aspen Pub.
- Maes, S., H. Leventhal y C. T. Ridder (1996). "Coping with chronic diseases" en M. Zeidner y N. S. Endler (eds.). *Handbook of Coping: Theory, Research, Applications*. Nueva York: John Wiley y Sons.
- McDaniel, J. W. (1976). *Physical disability and human behavior*. Elmsford, Nuev York: Pergamon.
- Moos, R. H. y J. A. Schaefer (1984). "The crisis of physical illness" en R. H. Moos (ed.). *Coping with Physical Illness: New Perspectives*. Nueva York: Plenum.
- Neinstein, L. (2001). "The treatment of adolescents with chronic illness." *Western Journal of Medicine*, 175 (5), pp. 293-295.
- Schlossberg, N. K. (1981). "A model for analyzing human adaptation to transition." *The counseling Psychologist*, 9, pp. 2-18.
- Shontz, E. C. (1975). *The psychological aspects of physical illness and disability*. Nueva York: Macmillan.

- Siller, J. (1976). "Psychological aspects of physical disability" en J. Meislin (ed.). *Rehabilitation Medicine and Psychiatry*. Springfield, Il.: Thomas.
- Stone, A. A., E. Kennedy-Moore y J. M. Neale (1995). "Association between coping and end of day mood." *Health Psychology*, 14, pp. 341-349.
- Thies, K. y J. McAllister (2001). "The Health and Education Leadership project: A School initiative for children and adolescents with chronic health conditions." *Journal of School Health*, 71 (5), pp. 167-172.
- Whitman, T. L. (1999). "Conceptual frameworks for viewing health and illness" en T. L. Whitman, T. V. Merluzzi y R. D. White (eds.). *Lifespan perspectives on health and illness*. Mahwah, N. J.: Erlbaum.
- Zeidner, M. y N. S. Endler (1996) (eds.). *Handbook of Coping: Theory, Research, Applications*. Nueva York: Wiley y Sons.

Intervenciones para el manejo psicológico de las enfermedades crónicas

- Amato, M. P., G. Onziani, G. Pracucci, L. Bracco, G. Siracusa y L. Amaducci (1995). "Cognitive impairment in early-onset multiple sclerosis: Pattern, predictions and everyday impact in 4 year follow up." *Archives of Neurology*, 52, pp. 168-172.
- Becker, J., B. Johnson y R. Kavoussi (2001). "Trastornos sexuales y de la identidad sexual" en R. Hales, S. Yudorsky y J. Talbott (eds.). *DSM IV. Tratado de Psiquiatría*. Tomo I. American Psychiatric Press.
- Camic, P. y S. Knight (1998). *Clinical Handbook of Health Psychology: A Practical Guide to Effective Interventions*. Seattle: Hogrefe y Huber Publishers.
- DeGood, D. E. y E. S. Redgate (1982). "Interrelationship of plasma cortisol and other activation indexes during EMG biofeedback training." *Journal of Behavioral Medicine*, 5, pp. 213-224.
- Ellis, A. (1997). "Using rational emotive behavior therapy techniques to cope with disability." *Professional Psychology: Research and Practice*, 28 (1), pp. 17-22.
- Foley, F., J. Bedell, N. LaRocca y L. Scheinberg (1987). "Efficacy of stress-inoculation training in coping with multiple sclerosis." *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 55 (6), pp. 919-922.
- Fowler, J. E., T. H. Budzynski y R. L. Vandenberg (1976). "Effects of an EMG biofeedback relaxation program on the control of diabetes." *Biofeedback and self regulation*, 1, pp. 105-112.
- Grant, I., W. I. McDonald, M. R. Trimble, E. Smith y R. Reed (1984). "Deficient learning and memory in early and middle phases of multiple sclerosis." *Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry*, 47, pp. 250-255.
- Jevning, R., A. F. Wilson y J. M. Davidson (1978). "Adrenocortical activity during meditation." *Hormone Behavior*, 10, pp. 54-60.
- Jonsson, A., E. M. Korfitzen, A. Heltberg, M. H. Ravnborg y E. Byskov-Ottosen (1993). "Effects of neuropsychological treatment in patients with multiple sclerosis." *Acta Neurológica Scandinava*, 88, pp. 394-400.
- Leiblum, S. R., R. C. Rosen (1991). "Couples Therapy for erectile disorders: Conceptual and clinical considerations." *Journal of Sexual and Marital Therapy*, 17, pp. 147-159.
- Lowe, K. y J. R. Lutsker (1979). "Increasing compliance to a medical regimen with juvenile diabetic." *Behavior Therapy*, 10, pp. 57-64.
- Lustman, P. J., L. S. Griffith, K. E. Freedland, S. S. Kissel y R. E. Clouse (1998). *Cognitive behavior therapy for depression in type 2 diabetes mellitus: A randomized, controlled trial*. *Ann Intern Med*, 15 (129).
- Seeburg, K. N. y K. F. DeBoer (1980). "Effects of EMG biofeedback on diabetes." *Biofeedback and self-regulation*, 5, pp. 289-293.
- Shelton, J. L. y R. L. Levy (1981). *Behavioral assignments and treatment compliance: A handbook of clinical strategies*. Champaign, Il.: Research Press.
- Stone, R. A. y J. DeLeo (1976). "Psychotherapeutic control of hypertension." *New England of Medicine*, 294, pp. 80-84.
- Stunkard, A. J. (1979). "Adherence to treatment for diabetes" en B. A. Hamburg, L. F. Lipsett, G. E. Inoff y A. L. Drash (eds.). *Behavioral and Psychosocial Issues in Diabetes*. Washington, D. C.: U. S. Department of Health and Human Services.
- Wing, R. R. (1993). "Behavioral treatment of obesity: Its application to type 2 diabetes." *Diabetes Care*, 16, pp. 193-199.

La muerte en diversos puntos dentro del ciclo de la vida

- Pizzi, T. (1990). "Algunas reflexiones sobre la naturaleza de la enfermedad." *Revista de Psiquiatría Clínica*, 27, p. 39.
- , A. Muñoz y A. Fuller (2001). *El dolor, la muerte y el morir*. Santiago de Chile: Editorial Mediterráneo.

Manejo psicológico del paciente terminal

- Aguilera, P. (1990). *En la frontera de la vida y la muerte*. Santiago de Chile: Editorial Universitaria.
- Kübler-Ross (1974). "Los sentimientos del enfermo terminal ante la muerte." *Triángulo*, 13, p. 25.
- Slaikue, K. (1996). "Intervención en crisis. Manual para la práctica e investigación." *Manual Moderno*. México.

Recomendaciones de textos en español de ética y enfermedad terminal

- Aceves, R. (1998). *De la vida a la muerte. Reflexiones y comentarios*. México: Asociación de Tanatología de Jalisco.
- Engelhardt, H. T. (1995). *Los fundamentos de bioética*. México: Paidós.
- Gafo, J. (1993). *Diez palabras clave en bioética*. Navarra: Verbo Divini.
- Roa, A. (2001). "Ética de la muerte y el morir" en T. Pizzi, A. Muñoz y A. Fuller. *El dolor, la muerte y el morir*. Santiago de Chile: Editorial Mediterráneo.
- Trung, R. D. y J. D. Frackler (1992). "Rethinking brain death." *Critical Care Medicine*, 20 (12), pp. 1705-1713.
- Winslade, J. W. y R. Wilson (1986). *Choosing Life or Death*. Nueva York: The Free Press.

Alternativas al cuidado hospitalario de los enfermos terminales

- Miles, S., R. Koepf y E. Weber (1996). "Advance end of life treatment planning: A research Review." *Archives of Internal Medicine*, 156 (10), pp. 1062-1068.
- Rosenblatt, L. y S. Block (2001). "Depression, decision making and the cessation of life sustaining treatment." *Western Journal of Medicine*, 175 (5), pp. 320-325.

Recomendaciones bibliográficas acerca de alternativas de cuidado del paciente con enfermedad terminal

- Gunderson, M y D. Mayo (2000). "Restricting physician assisted death to the terminally ill." *Hastings Center Report*, 30 (6), pp. 17-24.
- Lynn, J. (2000). "Learning to care for people with chronic illness facing the end of life." *Journal of American Medical Association*, 284 (19), pp. 2508-2511.
- Miller, K., M. Miller, y M. Jolley (2001). "Challenges in pain management at the end of life." *American Family Physician*, 64 (7), pp. 1227-1234.
- Salomon L., Belouet C., P. Vinant-Binam, D. Sicard y G. Vidal-Trecan (2001). "A terminal care support team in Paris University Hospital: Care provider's views ". *Journal of Palliative Care*, 17 (2), pp. 109- 120.

Los problemas de los supervivientes

- De Vries, C. G Davis, C. B. Wortman y D. R. Lehman (1997). "Long-term psychological and somatic consequences of later life parental bereavement." *Omega*, 35, pp. 97-117.
- Handsley, S. (2001). "But what about us?: The residual effects of sudden death on self-identity and family relationships." *Mortality*, 6 (1), pp. 9-21.
- Lundin, T. (1987). "The stress of unexpected bereavement." *Stress Medicine*, 3, pp. 109-114.
- Markham, H. (1997). *Cómo afrontar la muerte de un ser querido*. México: Martínez Roca.
- Moos, N. (1995). "An integrative model of grief." *Death Studies*, 19, pp. 337-364.
- Nelson, B. J. y T. T. Frantz (1996). "Family interactions of suicide survivors and survivors of nonsuicidal death." *Omega*, 33, pp. 131-146.

- Penn, P. (2001). "Chronic illness: Trauma, language, and writing: Breaking the silence." *Psychology and Behavioral Sciences Collection*.
- Sheinberg, M. y M. S. Fraenkel (1997). *The relational trauma: A family based approach to treatment*. Nueva York: Guilford Press.
- Slaikeu, K. (1996). *Intervención en crisis. Manual para la práctica e investigación*. México: Manual Moderno.
- Handsley, S. (2001). "But what about us? The residual effects of sudden death on self identity and family relationships." *Mortality*, 6 (1), 9-21.

10. ALIMENTACIÓN SANA

- Becker *et al.* (1999). "Eating disorders." *N. England J. Med*, 340, p. 1092.
- Brownell, K. y Ch. Fairburn (1995). *Eating Disorders and Obesity. A Comprehensive handbook*. Nueva York: Guilford Press.
- Bruch, H. (1973). *Eating Disorders: Obesity, Anorexia Nervosa and the Person Within*. Nueva York: Basic Books.
- American Psychological Association (1987). *DSM-IV. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Barcelona: Masson.
- FAO/WHO/ONU. (1985). *Energy and protein requirements*. Ginebra: World Health Organization. Technical Report Series, p. 724.
- Frank, J. (1982). "Therapeutic components shared by all psychotherapies." *Psychotherapy*, 27 (Spring), pp. 5-16.
- Franko, D. L., B. E. Wolfe y D. C. Jimerson (1994) "Elevated sweet taste pleasantness ratings in bulimia nervosa." *Physiol. Behav.*, 56, pp. 969-973.
- Garfinkel, P., A. Kaplan, D. Garner y P. Darby (1983). "The differential diagnosis of vomiting and weight loss as a conversion disorder from anorexia nervosa." *American Journal of Psychiatry*.
- Garner, D. (1991). *Eating Disorder Inventory Professional Manual*. Odessa, Fl.: Psychological Assessment Resources.
- , P. Garfinkel, D. Schwartz y M. Thompson (1980). "Cultural expectations of thinness in women." *Psychological Reports*, 47, pp. 483-491.
- Kaplan, A. y E. P. Garfinkel (1993). *Medical issues and eating disorders*. Nueva York: Brunner-Mazel.
- Larson, D. R. (1966). *The american dietetic association's complete food & nutrition guide*. Chronimed Publishing.
- Lawrence, K. y S. di Lima (1992). "Dietitian's Patient Education Manual", vol. 2. *Aspen Reference Group Gaithersburg*, Maryland: Aspen Publishers Inc.
- Mahan, L. K. y S. Escott-Stump (2001). *Nutrición y Dietoterapia de Krause*, 10a. ed. México: McGraw-Hill Interamericana.
- Mcgilley, B. M. y T. Pryor (1998). "Assessment and treatment of bulimia nervosa." *American Family Physician*, 57 (11), pp. 2743-50.
- Pike, R. y M. Brown (1984). *Nutrition: An integrated approach*, 3a. ed., Nueva York: John Wiley & Sons.
- Toro, J. y E. Vilardell (1987). *Anorexia nerviosa*. Barcelona: Martínez Roca.
- Shils, E., J. A. Olson, Shike y A. C. Ross (1999). *Modern Nutrition in Health and Disease*, 9a. ed. Baltimore: Lippincott Williams & Wilkins.
- Whitney, E. N., E. Nunnelley y S. R. Rolfes (1990). *Understanding Nutrition*. 5a. ed. Saint Paul: West Publishing Company.
- Wolfe, B. E, D. C. Jimerson y J. M. Levine (1994). "Impulsivity ratings in bulimia nervosa: relationship to binge eating behaviors." *Int J Eat Disord*, 15, pp. 289-292.

11. SALUD Y COMUNIDAD: CONTRIBUCIONES DE LA PSICOLOGÍA

- Arcieri, J. B. C. (1988). "A mãe jovem e seu primeiro bebê." Tese de Doutorado, USP.
- Becker, I. (1973). *Pequena história da civilização ocidental*. S. P.: CEN.
- Beto, F. O. (1981). *Que é comunidade eclesial de base*. S. P.: Brasiliense.
- Bógus, C. M. (1998). *Participação popular em saúde*. S. P.: Annablume.
- Bourdieu, P. (1998). *Contrafogos*. R. J.: Zahar.

- Burke, J. & Ornstein, R. O. (1998). *Presente do fazedor de machados*. R. J.: Bertrand Brasil.
- Campos, R. H. F. (1999). *Psicologia social comunitária*. R. J.: Vozes.
- Capra, F. (1996). *A teia da vida*. S. P.: Cultrix.
- Freire, P. (2001). *Ação cultural para a liberdade*. S. P.: Paz y Terra.
- Giddens, A. (1996). *Para além da esquerda y da direita*. S. P.: Unesp.
- Haberma, J. A. (1980). *Crise de legitimação do capitalismo tardio*. R. J.: TB.
- Hegenberg, L. (1998). *Doença*. R. J.: Fiocruz.
- Morin, E. & Kern, A. B. (1995). *Terra-Pátria*. R. S.: Sulina.
- Ridley, M. (2000). *As origens da evolução*. R. J.: Record.
- Rosen, G. (1994). *Uma história da saúde pública*. S. P.: Hucitec.
- Scherer-Warren, I. (1999). *Cidadania sem fronteiras*. S. P.: Hucitec.
- Sluzki, C.E. (1997). *A rede social na prática sistêmica*. S. P.: Casa Psicol.
- Vasconcelos, E. M. (1999). *Educação popular y a atenção à saúde da família*. S. P.: Hucitec.

12. ESTRATEGIAS DE MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE VIDA

- Abbott, R. D., B. L. Rodríguez, C. M. Burchfield y J. D. Curb (1994). "Physical activity in older middle-age and reduced risk of stroke: The Honolulu Program." *American Journal of Epidemiology*, 139, pp. 881-893.
- Adams, P. (1993). *Gesundheit!* Rochester: Healing Arts Press.
- Alberti, R. E. y M. L. Emmons (1999). *Viviendo con autoestima*. México: Pax.
- Argyle, M. (1978). *Psicología del comportamiento interpersonal*. Madrid: Alianza.
- Bakal, D. A. (1996). *Psicología y salud*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Bandura, A. (1977). *Social Learning Theory*. New Jersey: Prentice Hall.
- Beck, A. T. (1967). *Depression: Clinical, Experimental and Theoretical Aspects*. Nueva York: Hoeber.
- (1993). "Cognitive approaches to stress" en P. M. Lehrer y R. L. Woolfolk (eds.). *Principles and Practice of Stress Management* (2a. ed.). Nueva York: The Guilford Press. pp. 333-372.
- , A. J. Rush, B. F. Shaw y G. Emery (1979). *Cognitive Therapy of Depression*. Nueva York: The Guilford Press.
- Benson, H. (1977). *Relajación*. Barcelona: Pomaire.
- Blumethal, J. A., C. F. Emery, M. A. Walsh, D. R. Cox, C. M. Kuhn, R. B. Williams y R. S. Williams (1988). "Exercise training in healthy type A middle-age men: Effects on behavioral and cardiovascular responses." *Psychosomatic Medicine*, 50, pp. 418-433.
- Borkovec, T., J. Grayson y K. Cooper (1978). "Treatment of general tension: Subjective and physiological effects of progressive relaxation." *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 46, pp. 518-528.
- Boutcher, S. H. y D. M. Landers (1988). "The effects of vigorous exercise on anxiety, heart rate, and alpha activity in runners and nonrunners." *Psychophysiology*, 25, pp. 696-702.
- Bowlby, J. (1981). *Cognitive Processes in the Genesis of Psychopathology*. Invited address to the Biennial Meeting of the Society for Research in Child Development, Boston.
- Buchholz, I. (1994). "Breathing, voice and movement therapy: Applications to breathing disorders" (2), *Biofeedback and Self-Regulation*, 19, pp. 141-153.
- Cioffi, D. (1991). "Beyond attentional strategies: A cognitive-perceptual model of somatic interpretation." *Psychological Bulletin*, 109, pp. 25-41.
- Clark, D., P. Salkosky y A. Chalkey (1985). "Respiratory control as a treatment for panic attacks." *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 1, pp. 23-30.
- y R. Hirschman (1990). "Effects of paced respiration on anxiety reduction in a clinical population." *Biofeedback and Self-Regulation*, 15, 3, pp. 273-284.
- Daly, M. B., J. Angell y R. Elsner (1979). "Role of the carotid-body chemoreceptors and their reflex interactions in bradycardia and cardiac arrest." *Lancet*, 1, pp. 764-767.
- Davis, M., M. McKay y E. R. Eshelman (1985). *Técnicas de autocontrol emocional*. Barcelona: Martínez Roca.
- Desai, A. (1985). *Kripalu yoga. Meditation-in-motion*. Book II. Massachusetts: Kripalu Publications.
- Eckberg, D., Kifle y V. Roberts (1980). "Phase relationship between human respiration and baroreflex responsiveness." *Journal of Physiology*, 304, pp. 489-502.

- Ekelund, L. G., W. L. Haskell, J. L. Johnson, F. Whaley, M. Criqui y D. Sheps (1988). "Physical fitness as a predictor of cardiovascular mortality in asymptomatic North American men: The Lipid Research Clinics Mortality. Follow-up study." *New England Journal of Medicine*, 319, 21, pp. 1379-1384.
- Ellis, A. (1971). *Growth through reason*. North Hollywood, CA: Wilshire Books.
- y R. Grieger (1977). *Handbook of Rational-Emotive Therapy* (vol. 1). Nueva York: Springer Publishing.
- Emery, G. (1984). *Own Your Own Life*. Nueva York: Signet.
- Epstein, G. (1997). *Las siete claves de la curación*. Madrid: EDAF.
- Everly, G. S. (1990). *A Clinical Guide to the Treatment of the Human Stress Response*. Nueva York: Plenum Press.
- Fillingim, R. B. y J. A. Blumenthal (1993). "The use of aerobic exercise as a method of stress Management" en P. M. Lehrer y R. L. Woolfolk (eds.). *Principles and Practice of Stress Management*. Nueva York: The Guilford Press, pp. 443-462.
- Fried, R. (1990). "Integrating music in breathing training and relaxation: I. Background, rational, and relevant elements." *Biofeedback and Self-Regulation*, 15, 2, pp. 161-177.
- Gardner, H. (1983). *Frames of Mind: The Theory of Multiple Intelligences*. Nueva York: Basic Books, Inc.
- Gawain, S. (1982). *Creative Visualization*. Nueva York: Bantam Books.
- Grana, R. C., L. N. Bonavita, L. de Gatica, I. Pérez y C. B. Hernández (1997). *Ecología y calidad de vida*. Buenos Aires: Espacio Editorial.
- Grossman, P. (1983). "Respiration, stress and cardiovascular function." *Psychophysiology*, 3, pp. 284-300.
- Hanna, T. (1988). *Somatics*. MA: Addison-Wesley.
- Hidalgo, C. G. y N. Abarca (1999). *Comunicación interpersonal. Programa de entrenamiento en habilidades sociales* (3a. ed.). Santiago de Chile: Alfaomega.
- Hirsch, J. y B. Bishop (1981). *Respiratory sinus arrhythmia in humans: How breathing pattern modulates heart rate*. *American Journal of Physiology*, 241, pp. 620-629.
- Hurwitz, B. E. (1981). "The effects of inspiration and posture on cardiac rate and T-wave amplitude during apneic breathholding in man." *Psychophysiology*, 18, pp. 179-180.
- Ikemi, J. y A. Ikemi (1986). *An oriental point of view in psychosomatic medicine. Psychotherapy and Psychosomatics*, 45, pp. 118-126.
- Jacobson, E. (1929). *Progressive relaxation*. Chicago: University of Chicago Press.
- (1978). *You must relax*. Nueva York: McGraw-Hill.
- Kabat-Zinn, J. (1990). *Full Catastrophe Living. Using the Wisdom of your Body and Mind to Face Stress Pain and Illness*. Nueva York: Dell Publishing Group.
- Kujala, U., J. Kaprio, S. Sarna y M. Koskenvuo (1998). "Relationship of leisure-time physical activity and mortality: The finnish twin cohort." *JAMA*, 279, pp. 440-444.
- Kushi, L. H., R. M. Fee, A. R. Folsom et al. (1997). "Physical activity and mortality in postmenopausal women." *JAMA*, 277 (16), pp. 1287-1292.
- Labiano, L. M. (1991). "La meditación. Características y aportes al proceso psicoterapéutico." *Terapia psicológica*, 15, pp. 55-59.
- (1996). "La técnica de la respiración." *Salud mental*, 19, pp. 31-35.
- (2000). "Dimensiones del sentimiento de bienestar." *Extensiones*, 6, (1-2), pp. 73-80.
- Lawson, J. (1999). *Cúrese con las endorfinas*. Barcelona: Vital.
- Lazarus, R. S. (1966). *Psychological Stress and the Coping Process*. Nueva York: McGraw-Hill.
- Lee, I-M. y R. S. Paffenbarger (2001). "The Role of physical activity. The physician and sports." *Medicine*, 29, 2, pp. 1-13 (on-line).
- Ley, R. (1994). "An introduction to the psychophysiology of breathing." *Biofeedback and Self-Regulation*, 19, pp. 95-97.
- Locke, S. y D. Colligan (1991). *El médico interior*. Barcelona: Ediciones Horizonte.
- Luthe, W. y J. H. Schultz (1969). *Autogenic Therapy*. Nueva York: Grune and Stratton.
- McCullum M., W. Burch y R. Roessler (1969). "Personality and respiratory responses to sound and light." *Psychophysiology*, 6, pp. 291-300.
- McKay, M., M. Davis y P. Fanning (1985). *Técnicas cognitivas para el tratamiento del estrés*. Barcelona: Martínez Roca.
- Meichenbaum, D. H. (1977). *Cognitive Behavior Modification: An Integrative Approach*. Nueva York: Plenum Press.
- (1987). *Manual de inoculación de estrés*. Barcelona: Martínez Roca.
- Ornish, D. (1990). *Program for Reversing Heart Disease*. Nueva York: Random House.

- Paffenbarger, R. S., A. L. Wing y R. T. Hayde (1978). "Physical activity as an index of heart attack risk in college alumni." *American Journal of Epidemiology*, 108, 3, pp. 161-175.
- Pennebaker, J. W. (1997). "Writing about emotional experiences as a therapeutic process." *Psychological Science*, 8, 3, pp. 162-166.
- Peper, E. y C. F. Holt (1993). *Creating Wholeness*. Nueva York: Plenum Press.
- Pickering, T. G. (2000). *Buenas noticias sobre hipertensión arterial*. Barcelona: Granica.
- Reid, D. (1998). *Harnessing the Power of the Universe. A Complete Guide to the Principles and Practice of Chi-kung*. Berkeley: Shambala Publications, Inc.
- Ryff, C. D. y B. Singer (1996). "Psychological well-being: Meaning, measurement and implications for psychotherapy research." *Psychotherapy and Psychosomatics*, 65, pp. 14-23.
- Schultz, J. (1969). *El entrenamiento autógeno*. Barcelona: Científico-Médica.
- Schwartz, M. S. (1987). *Biofeedback. A Practitioner's guide*. Nueva York: The Guilford Press.
- Somer, E. (1999). *La guía antiedad. Cómo poner freno al envejecimiento*. Barcelona: Integral.
- Watson, D. y R. Tharp (1992). *Self-Directed Behavior: Self-Modification for Personal Adjustment* (6a. ed.). Monterey, CA: Brooks/Cole.
- Williams, J. M. (1991). *Psicología aplicada al deporte*. Madrid: Biblioteca Nueva.

13. LA CALIDAD DE SUEÑO COMO FACTOR RELEVANTE DE LA CALIDAD DE VIDA

- Abad, F., S. Adelantado, P. González y J. A. Melendo, "Rasgos generales y diferenciados según el sexo en el sueño de jóvenes de 14 a 19 años." *Vigilia-Sueño*, 4, 1993, pp. 26-33.
- Aikens, J. E., M. B. Caruana-Montaldo, P. A. Vanable, L. Tadimeti y W. B. Mendelson (1999). "MMPI correlates of sleep and respiratory disturbance in obstructive sleep apnea." *Sleep: Journal of Sleep Research and Sleep Medicine*, 22, pp. 362-369.
- y W. B. Mendelson (1999). "A matched comparison of MMPI responses in patients with primary snoring or obstructive sleep apnea." *Sleep. Sleep Journal of Sleep Research and Sleep Medicine*, 22, pp. 355-359.
- Atay, T. e I. Karacan (2000). "A retrospective study of sleepwalking in 22 patients: Clinical and polysomnographic findings." *Sleep and Hypnosis*, 2, pp. 112-119.
- Bildt, C. y H. Michelsen (2002). "Gender differences in the effects from working conditions on mental health: A 4-year follow-up." *International Archives of Occupational and Environmental Health*, 75, pp. 252-258.
- Blais, F. C., L. Gendron, V. Mimeult y C. M. Morin (1997). "Evaluation de l'insomnie: Validation de trios questionnaires." *Encephale*, 23, pp. 447-453.
- Buela-Casal, G. y J. C. Sierra (1994). "Escalas para evaluar la activación-somnolencia." *Vigilia-Sueño*, 6, pp. 13-19.
- (2001a). "Evaluación y tratamiento de los trastornos del sueño" en G. Buela-Casal y J. C. Sierra (eds.), *Manual de evaluación y tratamientos psicológicos*, Madrid: Biblioteca Nueva, pp. 393-438.
- (2001b). *Los trastornos del sueño. Evaluación, tratamiento y prevención en la infancia y la adolescencia*, 3a. reimp. Madrid: Pirámide.
- , "Evaluación de los trastornos del sueño" en G. Buela-Casal, V. E. Caballo y J.C. Sierra (eds.) (1996). *Manual de evaluación en psicología clínica y de la salud*. Madrid: Siglo XXI, pp. 307-336.
- Buysse, D. J., C. F. Reynolds, T. H. Monk, S. R. Berman y D. J. Kupfer (1989). "The Pittsburgh sleep quality index: A new instrument for psychiatric practice and research." *Psychiatry Research*, 28, pp. 193-213.
- Carskadon, M. y W. Dement. "Normal human sleep: An overview" en M. H. Kryger, T. Roth y W. C. Dement (eds.) (1994). *Principles and practice of sleep medicine*. Filadelfia: Saunders, pp. 16-25.
- Carter, N. L., S. N. Hunyor, G. Crawford y D. Kelly (1994). "Environmental noise and sleep: A study of arousals, cardiac arrhythmia and urinary catecholamines." *Sleep*, 17, pp. 298-307.
- Coradeschi, D., C. Novara y C. M. Morin (2000). "Dysfunctional Beliefs and Attitudes about Sleep Questionnaire: versione italiana ed analisi della fedeltà." *Psicoterapia cognitiva e Comportamentale*, 6, pp. 33-44.
- Cuenca Torres, J. M. (2000) "Estudio descriptivo de hábitos, alteraciones y contenido onírico del sueño en una muestra infantil y adolescente", tesis doctoral no publicada, Universidad Miguel Hernández.

- Edel-Gustafsson, U. M., E. I. K. Kritz e I. K. Bogren (2002). "Self-reported sleep quality, strain and health in relation to perceived working conditions in females." *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 16, pp. 179-181.
- Edinger, J. D., D. M. Glenn, L. A. Bastian y A. L. Fins (1998). "The roles of dysfunctional cognitions and other person factors in mediation insomnia complaints." *Sleep*, 21 (supl.), p. 144.
- Espie, C. A., S. J. Inglis, L. Harvey y S. Tessier (2000). "Insomniacs' attributions: Psychometric properties of the Dysfunctional Beliefs and Attitudes about Sleep Scale and the Sleep Disturbance Questionnaire." *Journal of Psychosomatic Research*, 48, pp. 141-148.
- Garbarino, S., M. Beelke, G. Costa, C. Violani, F. Lucidi, F. Ferrillo y W. G. Sannita (2002). "Brain function and effects of shift work: Implications for clinical neuropharmacology." *Neuropsychobiology*, 45, pp. 50-56.
- Harma, M., L. Tenkanen, T. Sjoblom, T. Alikoski y P. Heinsalmi (1998). "Combined effects of shift work and life-style on the prevalence of insomnia, sleep deprivation and daytime sleepiness." *Scandinavian Journal of Work*, 24, pp. 300-307.
- Hoddes, E., W. Dement y V. Zarcone (1972). "The development and use of the Stanford Sleepiness Scale (SSS)." *Psychophysiology*, 9, p. 150.
- Holbrook, A. M., R. Crowther, A. Lotter, C. Cheng y D. King (2000). "Meta-analysis of benzodiazepine use in the treatment of insomnia." *Canadian Medical Association Journal*, 162, pp. 225-233.
- Hong, J., S. Pan, L. Lin y Q. Li (1997). "Electroencephalography and MMPI results of patients with insomnia." *Chinese Journal of Clinical Psychology*, 5, pp. 29-31.
- Irwing, M., C. Miller, J. C. Gillin, A. Demodena y C. L. Ehlers (2000). "Polysomnographic and spectral sleep EEG in primary alcoholics: An interaction between alcohol dependence and African-American ethnicity." *Alcoholism, Clinical and Experimental Research*, 24, pp. 1376-1384.
- Jan, J. E., R. D. Freeman y D. K. Fast (1999). "Melatonin treatment of sleep-wake cycle disorders in children and adolescents." *Developmental Medicine and Child Neurology*, 41, pp. 491-500.
- Jonhs, M. W. (1991). "A new method for measuring daytime sleepiness: The Epworth Sleepiness Scale." *Sleep*, 14, pp. 540-545.
- Koelega, H. S. (1989). "Benzodiazepines and vigilance performance." *Psychopharmacology*, 98, pp. 145-156.
- Kripke, D. F., L. Garfinkel, D. L. Wingard, M. R. Klauber y M. R. Marler (2002). "Mortality associated with sleep duration and insomnia." *Archives of General Psychiatry*, 59, pp. 131-136.
- Libert, J. P., V. Bach, L. C. Johnson y J. Ehrhart (1991). "Relative and combined effects of heat and noise exposure on sleep in humans." *Sleep*, 14, pp. 24-31.
- Medina, A. G. y J. C. Sierra. "Influencia del trabajo por turnos en el estado emocional y en la calidad del sueño." *Psicología y Salud* (en prensa).
- Meneses, R. F., J. P. Ribeiro y A. Martins da Silva (2001). "Subjective daytime sleepiness in a Portuguese clinical sample: Contribution for the study of the Epworth Sleepiness Scale." *Vigilia-Sueño*, 13, pp. 9-14.
- Michellini, S., G. B. Cassano, F. Frare y G. Perugi (1996). "Long-term use of benzodiazepines: Tolerance, dependence and clinical problems in anxiety and mood disorders." *Pharmacopsychiatry*, 29, pp. 127-134.
- Miró, E., A. I. Sánchez y G. Buéla-Casal (2003) "Guía de tratamientos psicológicos eficaces en los trastornos del sueño" en M. Pérez-Álvarez, J. R. Fernández-Hermida, C. Fernández-Rodríguez e I. Amigo Vázquez (eds.) (2003). *Guía de tratamientos psicológicos eficaces II. Psicología de la Salud*. Madrid, Pirámide, pp. 255-286.
- , M. A. Iáñez y M. C. Cano-Lozano (2002). "Patrones de sueño y salud." *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud/International Journal of Clinical and Health Psychology*, 2, pp. 301-326.
- Monk, T. H., C. F. Reynolds, D. J. Buysse, J. M. DeGrazia y D. J. Kupfer (2003). "The relationship between lifestyle regularity and subjective sleep quality." *Chronobiology International*, 20, pp. 97-107.
- Morin, C. M. (1994). "Dysfunctional Beliefs and Attitudes about Sleep: Preliminary scale development and description", *Behavior Therapist*, Summer, pp. 163-164.
- (1998). *Insomnio. Asistencia y tratamiento psicológico*. Barcelona, Ariel.
- , J. Stone, D. Trinkle, J. Mercer y S. Remsberg (1993). "Dysfunctional beliefs and attitudes about sleep among older adults with and without insomnia complaints." *Psychology and Aging*, 8, pp. 463-467.

- Nicassio, P. M., D. R. Mendlowitz, J. J. Fussell y L. Petras (1985). "The phenomenology of the pre-sleep state: The development of the Pre-Sleep Arousal Scale." *Behaviour Research and Therapy*, 23, pp. 263-271.
- Ohayon, M. M., M. Caulet y C. Guilleminault (1997). "How a general populations perceives its sleep and how this relates to the complaint of insomnia." *Sleep*, 20, pp. 715-723.
- Ohida, T., S. Takemura, N. Nozaki, K. Kawahara, T. Sugie y T. Uehata (2001). "The influence of lifestyle and night-shift work on sleep problems among female hospital nurses in Japan." *Japanese Journal of Public Health*, 48, pp. 595-603.
- Rivas, T., J. F. Navarro, L. Sagredo, E. Maldonado y G. Dávila (1998). "Características psicométricas de un instrumento de evaluación de los hábitos del sueño." *Vigilia-Sueño*, 10, pp. 73-95.
- Rosa, R. R. y M. H. Bonnet (2000). "Reported chronic insomnia is independent of poor sleep as measured by electroencephalography." *Psychosomatic Medicine*, 62, pp. 474-482.
- Royuela, A. y J. A. Macías (1997). "Propiedades clinimétricas de la versión castellana del cuestionario de Pittsburg." *Vigilia-Sueño*, 9, pp. 81-94.
- Sánchez del Águila Pérez, B., J. C. Sierra, V. Ortega Leyva y J. D. Martín-Ortiz (2003). "Influencia de los pensamientos previos al acostarse en la calidad del sueño." *Vigilia-Sueño*, 15, pp. 7-14.
- Saxon, L., A. J. Hiltunen, P. Hjemdahl y S. Borg (2001). "Gender related differences in response to placebo in benzodiazepine withdrawal: A single-blind pilot study." *Psychopharmacology*, 153, pp. 231- 237.
- Shirayama, M., H. Iida, Y. Shirayama y K. Takahashi (1996). "The psychological aspects of patients with delayed sep phase syndrome (DSPS): A preliminary study." *Seishin Igaku Clinical Psychiatry*, 38, pp. 281-286.
- Sierra, J. C., C. J. Delgado-Domínguez y H. Carretero-Dios (2004). "Propiedades psicométricas de la Dysfunctional Beliefs and Attitudes about Sleep Scale (DBAS) en una muestra española de sujetos normales." Manuscrito sometido a publicación.
- , C. Jiménez-Navarro y J. D. Martín-Ortiz (2002). "Calidad del sueño en estudiantes universitarios: importancia de la higiene del sueño." *Salud Mental*, 25, pp. 35-39.
- , G. Luna-Villegas, G. Buela-Casal y A. Fernández-Guardiola (1997a). "Residual effects (10 hours later) of a single oral dose of diazepam on vigilance." *Medical Science Research*, 25, pp. 41-43.
- , G. Luna-Villegas, G. Buela-Casal y A. Fernández-Guardiola (1997b). "The assessment of residual effects of a single dose of diazepam on visually-defined EEG patterns." *Journal of Psychopharmacology*, 11, pp. 367-372.
- , I. Zubeidat, V. Ortega y D. J. Delgado-Domínguez (2004). "Evaluación de la relación entre rasgos psicopatológicos de la personalidad y la calidad del sueño." Manuscrito sometido a publicación.
- , J. D. Martín Ortiz y J. Poveda Vera (2003). "Efectos de una dosis de diazepam sobre el estado emocional en una muestra no clínica." *Psicología y Salud*, 13, pp. 103-110.
- y G. Buela-Casal (1997). "Prevención de los trastornos del sueño" en G. Buela-Casal, L. Fernández-Ríos y T. J. Carrasco Giménez (eds.). *Psicología preventiva. Avances recientes en técnicas y programas de prevención*. Madrid: Pirámide, pp. 275-285.
- y G. Buela-Casal (2003). "Efectos de una dosis aguda de diazepam sobre la expectación en sujetos voluntarios: diferencias de género." *Psicothema*, 15, pp. 211-215.
- Smith, A. P., A. Maben y P. Brockman (1993). "The effects of caffeine and evening meals on sleep and performance, mood and cardiovascular functioning the following day." *Journal of Psychopharmacology*, 7, pp. 203-206.
- Smith, S. y J. Trinder (2001). "Detecting insomnia: Comparison of four self-report measures of sep in a young adult population." *Journal of Sleep Research*, 10, pp. 229-235.
- Smits, M. G., J. E. Nagtegaal, J. van der Heijden, A. M. L. Coenen y G. A. Kerkhof (2001). "Melatonin for chronic sleep onset insomnia in children: A randomized placebo-controlled trial." *Journal of Child Neurology*, 16, pp. 86-92.
- Walsh, J. K., M. J. Muehlbach, T. M. Humm y Q. S. Dickins (1990). "Effect of caffeine in physiological sleep tendency and ability to sustain wakefulness at night." *Psychopharmacology*, 101, pp. 271-273.
- Weydahl, A. (1991). "Sex differences in the effect of exercise upon sleep." *Perceptual and Motor Skills*, 72, pp. 455-465.
- Wu, R. y Z. Wang (1999). "Cognitive behavior features of patients with insomnia." *Chinesse Mental Health Journal*, 13, pp. 377-378.

- Youngstedt, S. D., D. F. Kripke y J. A. Elliot (1999). "Is sleep disturbed by vigorous late-night exercise." *Medicine & Sciences in Sport & Exercise*, 31, pp. 864-869.
- Zarcone, V. P., K. L. Benson, K. A. Greene, J. G. Csernansky y K. F. Faull (1994). "The effect of chronic alprazolam on sleep and bioamine metabolites in depression." *Journal of Clinical Psychopharmacology*, 14, pp. 36-40.
- Zubeidat, I. y A. Garzón (2003). "Un caso de insomnio por cambio de turno de trabajo." *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud/International Journal of Clinical and Health Psychology*, 3, pp. 381-397.

14. CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD EN PERSONAS CON ENFERMEDADES INFLAMATORIAS INTESTINALES

- Addolorato, G., G. F. Stefanini, E. Capristo, F. Caputo, A. Gasbarrini y G. Gasbarrini (1996). "Anxiety and depression in adult untreated celiac subjects and in patients affected by inflammatory bowel disease: a personality 'trait' or a reactive illness?" *Hepato-gastroenterology*, 43, pp. 1513-1517.
- Alexander, F. (1950). *Psychosomatic medicine: Its principles and applications*. Nueva York: W. W. Norton.
- Alonso, J., E. Regidor, G. Barrio, L. Prieto, C. Rodríguez y L. de la Fuente (1998). "Valores poblacionales de referencia de la versión española del Cuestionario de Salud SF-36." *Medicina Clínica*, 111, pp. 410-416.
- Andrews, H., P. Barczak y R. N. Allan (1987). "Psychiatric illness in patients with inflammatory bowel disease." *Gut*, 28, pp. 1600-1604.
- Badia, X. y L. Lizán (2003). "Estudios de calidad de vida" en A. Martín, J. F. Cano (eds.). *Atención primaria: conceptos, organización y práctica clínica*, vol. I. Madrid: Elsevier, pp. 250-261.
- Brandtzaeg, P. (2001). "Inflammatory bowel disease: clinics and pathology. Do inflammatory bowel disease and periodontal disease have similar immunopathogeneses?" *Acta Odontológica Scandinávica*, 59, pp. 235-243.
- Casati, J. y B. B. Toner (2000). "Psychosocial aspects of inflammatory bowel disease." *Biomedicine & Pharmacotherapy*, 54, pp. 388-393.
- Casellas, F., J. López-Vivancos, X. Badia, J. Vilaseca y J. R. Malagelada (2000). "Impact of surgery for Crohn's disease on health-related quality of life." *The American Journal of Gastroenterology*, 95, pp. 177-182.
- , J. López-Vivancos, X. Badia, J. Vilaseca y J. R. Malagelada (2001). "Influence of inflammatory bowel disease on different dimensions of quality of life." *European Journal of Gastroenterology & Hepatology*, 13, pp. 567-572.
- Cella, J., J. López, F. Gomollón y R. Sáinz (1995). "Enfermedad inflamatoria intestinal en Aragón: un diagnóstico cada vez más frecuente." *Revista Española de las Enfermedades del Aparato Digestivo*, 87, pp. 363-367.
- Clouse, R. E. y D. H. Alpers (1986). "The relationship of psychiatric disorder to gastrointestinal illness." *Annual Review of Medicine*, 37, pp. 283-295.
- Crane, C. y M. Martin (2004). "Social learning, affective state and passive coping in irritable bowel syndrome and inflammatory bowel disease." *General Hospital Psychiatry*, 26, pp. 50-58.
- Cuntz, U., J. Welt, E. Ruppert y E. Zillessen (1999). "Determinanten der subjektiven Belastung durch chronisch-entzündliche Darmerkrankungen und ihre psychosozialen Folgen. Ergebnisse einer Studie bei 200 Patienten" [Determinación de la carga subjetiva de la enfermedad inflamatoria intestinal crónica y de sus consecuencias psicosociales. Resultados de un estudio de 200 pacientes]. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*, 49, pp. 494-500.
- Díaz, M., M. I. Comeche, B. Mas Hesse y M. A. Vallejo (2002). "Estrategias de afrontamiento y adaptación en pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal." *Ansiedad y Estrés*, 8, pp. 211-224.
- Duffy, L. C., M. A. Zielezny, J. R. Marshall, T. E. Byers, M. M. Weiser, J. F. Phillips, B. M. Calkins, P. L. Ogra y S. Graham (1991). "Relevance of major stress events as an indicator of disease activity prevalence in inflammatory bowel disease." *Behavioral Medicine*, 17, pp. 101-110.
- El-Serag, H. B., K. Olden y D. Bjorkman (2002). "Health-related quality of life among persons with irritable bowel syndrome: a systematic review." *Alimentary Pharmacology & Therapeutics*, 16, pp. 1171-1185.
- Fava, G. A. y L. Pavan (1976-1977). "Large bowel disorders. II. Psychopathology and alexithymia." *Psychotherapy and Psychosomatics*, 27, pp. 100-105.

- Gandek, B., J. E. Ware, N. K. Aaronson, G. Apolone, J. B. Bjorner, J. E. Brazier, M. Bullinger, S. Kaasa, A. Lepage, L. Prieto y M. Sullivan (1998). "Cross-validation of item selection and scoring for the SF-12 Health Survey in nine countries: results from the IQOLA Project. International Quality of Life Assessment." *Journal of Clinical Epidemiology*, 51, pp. 1171-1178.
- García, E. y C. Fernández (1998). "Factores predictores en la enfermedad de Crohn." *Psicothema*, 10, pp. 143-151.
- Garrett, V. D., P. J. Brantley, G. N. Jones y G. T. McKnight (1991). "The relation between daily stress and Crohn's disease." *Journal of Behavioral Medicine*, 14, pp. 87-96.
- Greene, B., E. Blanchard y C. Wan (1994). "Long-term monitoring of psychosocial stress and symptomatology in inflammatory bowel disease." *Behavior Research Therapy*, 32, pp. 217-226.
- Haller, C., G. Kemmler, G. Judmair, G. Rathner, H. Kinzl, R. Richter y V. Gunther (2003). "Soziales Netzwerk und soziale Unterstützung bei Patienten mit chronisch entzündlicher Darmerkrankung" [Red social y apoyo social en pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal crónica]. *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie*, 49, pp. 36-48.
- Hinojosa, J., J. Primo, S. Lledó, A. López, J. V. Roig y J. Fernández (1990). "Incidencia de enfermedad inflamatoria intestinal en Sagunto." *Revista Española de las Enfermedades del Aparato Digestivo*, 78, pp. 283-287.
- Levenstein, S. (2002). "Psychosocial factors in peptic ulcer and inflammatory bowel disease." *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70, pp. 739-750.
- , C. Prantera, V. Varvo, M. L. Scribano, E. Berto, A. Andreoli y C. Luzi, (1994). "Psychological stress and disease activity in ulcerative colitis: a multidimensional cross-sectional study." *The American Journal of Gastroenterology*, 89, pp. 1219-1225.
- López-Vivancos, J., F. Casellas, X. Badia, J. Vilaseca y J. R. Malagelada (1999). "Validation of the Spanish version of the inflammatory bowel disease questionnaire on ulcerative colitis and Crohn's disease." *Digestion*, 60, pp. 274-280.
- Love, J. R., E. J. Irvine y R. N. Fedorak (1992). "Quality of life in inflammatory bowel disease." *Journal of Clinical Gastroenterology*, 14, pp. 15-19.
- Magni, G., G. Bernasconi, P. Mauro, A. D'Odorico, G. C. Sturniolo, G. Canton y A. Martín, (1991). "Psychiatric diagnoses in ulcerative colitis. A controlled study." *The British Journal of Psychiatry*, 158, pp. 413-415.
- Maté, J., S. Muñoz, D. Vicent y J. M. Pajares (1994). "Incidence and prevalence of ulcerative colitis and Crohn's disease in urban and rural areas of Spain from 1981 to 1988." *Journal of Clinical Gastroenterology*, 18, pp. 27-31.
- Mittermaier, C., C. Dejaco, T. Waldhoer, A. Oefflerbauer-Ernst, W. Miehsler, M. Beier, W. Tillinger, A. Gangl y G. Moser (2004). "Impact of depressive mood on relapse in patients with inflammatory bowel disease: a prospective 18-month follow-up study." *Psychosomatic Medicine*, 66, pp. 79-84.
- Monferrer, R., J. A. Martín, R. G. Pedraza, I. Moreno, E. Soler y J. Hinojosa (1999). "Incidencia de la enfermedad inflamatoria intestinal en el Área de salud 02 de Castellón (1992-1996)." *Revista Española de Enfermedades Digestivas*, 91, pp. 33-39.
- Moskovitz, D. N., R. G. Maunder, Z. Cohen, R. S. McLeod y H. MacRae (2000). "Coping behavior and social support contribute independently to quality of life after surgery for inflammatory bowel disease." *Diseases of the Colon and Rectum*, 43, pp. 517-521.
- Nogués, V., R. González y S. Sifre (2000). "Ansiedad y enfermedad inflamatoria intestinal." *Ansiedad y Estrés*, 6, pp. 281-294.
- North, C., D. Alpers, J. Helzer, E. Spitznagel y R. Clouse (1991). "Do life events or depression exacerbate inflammatory bowel disease? A prospective study." *Annals of Internal Medicine*, 114, pp. 381-386.
- Ondersma, S. J., M. A. Lumley, M. E. Corlis, T. M. Tojek y V. Tolia (1997). "Adolescents with inflammatory bowel disease: the roles of negative affectivity and hostility in subjective versus objective health." *Journal of Pediatric Psychology*, 22, pp. 723-738.
- Pallis, A. G. y I. A. Mouzas (2000). "Instruments for quality of life assessment in patients with inflammatory bowel disease." *Digestive and Liver Disease*, 32, pp. 682-688.
- Patrick, D. L. y P. Erickson (1993). "Theoretical foundations for health-related quality of life" en D. L. Patrick (ed.). *Health status and health policy. Allocating resources to health care*. Nueva York: Oxford University Press.
- Porcelli, P., C. Leoci, V. Guerra, G. J. Taylor y R. M. Bagby (1996). "A longitudinal study of alexithymia and psychological distress in inflammatory bowel disease." *Journal of Psychosomatic Research*, 41, pp. 569-573.

- , C. Leoci y V. Guerra (1996). "A prospective study of the relationship between disease activity and psychologic distress in patients with inflammatory bowel disease." *Scandinavian Journal of Gastroenterology*, 31, pp. 792-796.
- , G. J. Taylor, R. M. Bagby y M. de Carne (1999). "Alexithymia and functional gastrointestinal disorders. A comparison with inflammatory bowel disease." *Psychotherapy and Psychosomatics*, 68, pp. 263-269.
- Sandín, B. (1999). *El estrés psicosocial: conceptos y consecuencias clínicas*. Madrid: Klinik.
- Saro, C., S. Riestra, R. Sánchez, A. Milla, M. Lacort, G. Argüelles, Z. Chobak, J. I. Florido, J. L. Antón, A. Altadill, F. Vizoso, E. Pineda, Fernández E. de Ocariz, J. Albert, J. García, L. López y J. L. S. Lombrana (2003). "Epidemiología de la enfermedad inflamatoria intestinal crónica en cinco áreas de Asturias, España." *Anales de Medicina Interna*, 20, pp. 232-238.
- Sewitch, M. J., M. Abrahamowicz, A. Bitton, D. Daly, G. E. Wild, A. Cohen, S. Katz, P. L. Szego y P. L. Dobkin (2001). "Psychological distress, social support, and disease activity in patients with inflammatory bowel disease." *The American Journal of Gastroenterology*, 96, pp. 1470-1479.
- Simren, M., J. Axelsson, R. Gillberg, H. Abrahamsson, J. Svedlund y E. S. Bjornsson (2002). "Quality of life in inflammatory bowel disease in remission: the impact of IBS-like symptoms and associated psychological factors." *The American Journal of Gastroenterology*, 97, pp. 389-396.
- Smolen, D. M. y R. Topp (1998). "Coping methods of patients with inflammatory bowel disease and prediction of perceived health, functional status, and well-being." *Gastroenterology Nursing*, 21, pp. 112-128.
- Solá, R., A. M. García, J. Monés, C. Badosa, J. Badosa y F. Casellas (1992). "Enfermedad inflamatoria crónica intestinal en Cataluña (Barcelona y Gerona)." *Revista Española de las Enfermedades del Aparato Digestivo*, 81, pp. 7-14.
- Tarter, R. E., J. Switala, J. Carra, K. L. Edwards y D. H. van Thiel (1987). "Inflammatory bowel disease: psychiatric status of patients before and after disease onset." *International Journal of Psychiatry in Medicine*, 17, pp. 173-181.
- Thomas, C., P. Turner y F. Madden (1988). "Coping and the outcome of stoma surgery." *Journal of Psychosomatic Research*, 32, pp. 457-467.
- Tobón, S., B. Sandín y S. Vinaccia (2003a). "Estrés psicosocial y factores psicológicos en la dispepsia funcional." *Anales de Psicología*, 2, pp. 223-234.
- (2003b). "Tratamiento psicológico de la dispepsia funcional: un análisis crítico." *Terapia Psicológica*, 21, pp.173-182.
- (2004). "Modelo procesal del estrés en la dispepsia funcional: implicaciones para la evaluación y el tratamiento." *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 9, pp. 81-98.
- (2005a). *Trastornos gastrointestinales: psicopatología y tratamientos psicológicos*. Madrid: Klinik.
- (2005b). "La úlcera péptica: ¿un trastorno gastrointestinal infeccioso o biopsicosocial?" *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 10, pp. 95-100.
- Walker, E. A., M. D. Gelfand, A. N. Gelfand, F. Creed y W. J. Katon (1996). "The relationship of current psychiatric disorder to functional disability and distress in patients with inflammatory bowel disease." *General Hospital Psychiatry*, 18, pp. 220-229.
- Whitehead, W. E. (2002). "Patient subgroups in irritable bowel syndrome that can be defined by symptom evaluation and physical examination." *The American Journal of Medicine*, 10, pp. 33-40.

15. ESTADO ACTUAL DE LA EFICACIA DEL TRATAMIENTO PSICOLÓGICO DEL TABAQUISMO

- American Psychiatric Association (1996). "Practice guideline for the treatment of patients with nicotine dependence." *American Journal of Psychiatry*, 153 (Suppl. 10) (trad. cast. en Barcelona: Ars Medica, 2001) pp. 1-31.
- (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorder* (4a. edición, texto revisado) (DSM-IV-TR). Washington, D.C.: American Psychiatric Press (trad. cast., Barcelona: Masson, 2002).
- Baillie, A., R. Mattick, W. Hall y P. Webster (1994). "Meta-analytic review of the efficacy of smoking cessation interventions." *Drug and Alcohol Review*, 13, pp. 157-170.
- Banegas, J. R., L. Gíez, F. Rodríguez-Artalejo, J. González, A. Graciani y F. Villar (2001). "Mortalidad atribuible al tabaquismo en España en 1998." *Medicina Clínica*, 117, pp. 692-694.
- Becoña, E. (1987a). "La modificación del comportamiento de fumar por medio de la técnica de fumar rápido." *Revista Latinoamericana de Psicología*, 19, pp. 19-30.

- (1987b). “La técnica de reducción gradual de ingestión de nicotina para dejar de fumar.” *Psiquis*, 8, pp. 48-49.
- (1993). *Programa para dejar de fumar*. Santiago de Compostela: Servicio de Publicaciones de la Universidad de Santiago de Compostela (2a. y 3a. eds. Santiago de Compostela: Xunta de Galicia, 4a. ed., Sevilla: Comisionado para la Droga).
- (2000). “Tratamiento del tabaquismo. Situación actual y perspectivas futuras.” *Adicciones*, 12, pp. 77-85.
- (ed.) (1998). *Libro blanco sobre el tabaquismo en España*. Barcelona: Glosa Ediciones.
- y F. L. Vázquez (1998). *Tratamiento del tabaquismo*. Madrid: Dykinson.
- y F. L. Vázquez (2001). “Effectiveness of personalized written feedback through a mail intervention for smoking cessation: A randomized-controlled trial in spanish smokers.” *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69, pp. 33-40.
- y F. L. Vázquez (2001). “La necesidad del tratamiento psicológico para los fumadores de cigarrillos.” *Clínica y Salud*, 12, pp. 91-112.
- British Thoracic Society (1983). “Comparison of four methods of smoking withdraw in patients with smoking related diseases.” *British Medical Journal*, 286, pp. 595-597.
- Buceta, J. M. y A. López (1989). “Aplicación de un programa de intervención cognitivo-comportamental para la cesación del comportamiento de fumar.” *Revista Intercontinental de Psicología y Educación*, 3, pp. 81-99.
- Capafóns, A., S. Amigó y A. Bayot (1992). “Terapia de autoregulación y tratamiento del hábito de fumar: Resultados obtenidos al finalizar el tratamiento y primeros resultados sobre el seguimiento.” *Revista Española de Drogodependencias*, 17, pp. 269-277.
- Cepeda-Benito, A. (1993). “Meta-analytical review of the efficacy of nicotine chewing gum in smoking treatment programs.” *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61, pp. 822-830.
- Chambless, D. L., M. J. Baker, D. H. Baucom, L. E. Beutler, K. S. Calhoun, P. Crits-Christoph, A. Daiuto, R. DeRubeis, J. Detweiler, D. A. F. Haaga, S. B. Johnson, S. McCurry, K. T. Mueser, K. S. Pope, W. C. Sanderson, V. Shoham, T. Stickle, D. A. Williams y S. R. Woody (1998). “Update on empirically validated therapies, 2.” *Clinical Psychologist*, 51, pp. 3-16.
- Chambless, D. L. y T. H. Ollendick (2001). “Empirically supported psychological interventions: Controversies and evidence.” *Annual Review of Psychology*, 52, pp. 685-716.
- Comité Nacional para la Prevención del Tabaquismo (2001). “Guía de procedimientos para ayudar a los fumadores a dejar de fumar” [E. Becoña, R. Córdoba, J. L. Díaz-Martoto, V. López, C. Jiménez, M. A. Planchuelo, T. Salvador y J. Villalbí]. *Adicciones*, 13, pp. 211-216.
- Covey, L. S. y A. H. Glassman (1991). “A meta-analysis of double-blind placebo-controlled trials of clonidine for smoking cessation.” *British Journal of Addictions*, 86, pp. 991-998.
- Cox, J. L. (1993). “Algorithms for nicotine withdrawal therapy.” *Health Values*, 17, pp. 41-48.
- De León J., E. Becoña, M. Gurpegui, A. González-Pinto y F. J. Díaz (2002). “The association between high nicotine dependence and severe mental illness may be consistent across countries.” *Journal of Clinical Psychiatry*, 63, pp. 812-816.
- Dirección Xeral de Saúde Pública (2001). “Programa galego de promoción de vida sen tabaco. Informe 1993-2000.” *Guías de Salud Pública. Serie II. Sección Tabaco. Informe 4*.
- Fernö, O., S. Lichtneckert y N. C. Lundgren (1973). “A substitute to tobacco smoking.” *Psychopharmacology*, 31, pp. 201-204.
- Fiore, M. C. et al. (2000). *Guía para la práctica clínica de la Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) de 2000*. Rockville: Dept of health and human services.
- , J. Pierce, P. Remington y B. Fiore (1990). “Cigarette smoking: The clinician’s role in cessation, prevention and public health.” *Disease-a-Month*, abril, pp. 205-224.
- , S. Smith, D. Jorenby y T. Baker (1994). “The effectiveness of the nicotine patch for smoking cessation. A meta-analysis.” *Journal of the American Medical Association*, 271, pp. 1940-1947.
- , T. Novotny, J. Pierce, G. Giovino, E. Hatzianreou, P. Newcomb, T. Surawicz y R. Davis (1990). “Methods used to quit smoking in the United States: Do cessation programs help?” *Journal of the American Medical Association*, 263, pp. 2760-2768.
- , W. C. Bailey, S. J. Cohen, S. F. Dorfman, M. G. Goldstein, E. R. Gritz, R. B. Heyman, C. R. Jaén, T. E. Kottke, H. A. Lando, R. E. Mecklenburg, P. D. Mullen, L. M. Nett, L. Robinson, M. L. Stitzer, A. C. Tommasello, L. Villejo, M. E. Wewers, T. Baker, B. J. Fox y V. Hasselblad (2000). *Treating tobacco use and dependence*. Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Services, Public Health Service.

- , W. C. Bailey, S. J. Cohen, S. F. Dorfman, M. G. Goldstein, E. R. Gritz, R. B. Heyman, J. Holbrook, C. R. Jaén, T. E. Kottke, H. A. Lando, R. E. Mecklenburg, P. D. Mullen, L. M. Nett, L. Robinson, M. L. Sitzer, A. C. Tommasello, L. Villejo y M. E. Wewers (1996). *Clinical Practice Guideline # 18 Smoking Cessation*. Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Services, Public Health Service, Agency for Health Care Policy and Research.
- Fisher, K. J., R. E. Glasgow y J. R. Terborg (1990). "Worksite smoking cessation: A meta-analysis of long-term quit rates from controlled studies." *Journal of Occupational Medicine*, 32, pp. 429-439.
- Froján, M. J. y E. Becoña (1999). "El hábito de fumar y su tratamiento: revisión de los avances en los últimos diez años de investigación." *Revista de Psicología General y Aplicada*, 52, pp. 463-476.
- Garrido, P., I. Castillo y C. Colomer (1995). "¿Son efectivos los tratamientos para dejar de fumar? Metaanálisis de la literatura sobre deshabituación tabáquica." *Adicciones*, 7, pp. 211-225.
- Gil, J. y M. D. Calero (1994). *Tratamiento del tabaquismo*. Madrid: McGraw-Hill Interamericana.
- Hajek, P. y L. F. Stead (2001). "Aversive smoking for smoking cessation." *The Cochrane Library, Issue 2*.
- Hatsukami, D. K. y M. E. Mooney (1999). "Pharmacological and behavioral strategies for smoking cessation." *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 6, pp. 11-38.
- Kottke, T., R. Battista, G. Defriese y M. Brekke (1988). "Attributes of successful smoking cessation interventions in medical practice: A meta-analysis of 39 controlled trials." *Journal of the American Medical Association*, 259, pp. 2883-2889.
- Lam, M. y J. L. Tang (1995). "An analysis of the effectiveness of interventions intended to help people stop smoking." *Archives Internal of Medicine*, 155, pp. 1933-1941.
- Lam, W., P. Sze, H. Sacksy, T. Chalmers (1987). "Meta-analysis of randomised controlled trials of nicotine chewing-gum." *The Lancet*, 2, pp. 27-30.
- Lancaster, T. y L. F. Stead (2001). "Individual behavioural counselling for smoking cessation." *The Cochrane Library, Issue 2*.
- Lando, H. A. (1993). "Formal quit smoking treatments" en C. T. Orleans y J. Slade (eds.). *Nicotine addiction. Principles and management*. Nueva York: Oxford University Press, pp. 221-244.
- Lichtenstein, E. y R. E. Glasgow (1992). "Smoking cessation. What have we learned over the past decade?" *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 60, pp. 518-527.
- López, F. y J. Gil-Roales (2001). "Características del fumador y su relación con el abandono del tabaco en programas de intervención no aversivos." *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud/International Journal of Clinical and Health Psychology*, 1, pp. 333-351.
- Maddux, J. F. y D. P. Desmond (2000). "Addiction or dependence?" *Addiction*, 95, pp. 661-665.
- Marlatt, G. A. y J. R. Gordon (1985). *Relapse prevention. Maintenance strategies in the treatment of addictive behaviors*. Nueva York: Guildford Press.
- McNeill, A. y A. Hendrie (2001). *Regulation of nicotine replacement therapies: An expert consensus*. Copenhagen: World Health Organization, Regional Office for Europe.
- Miller, W. R. y S. Rollnick (1999). *La entrevista motivacional*. Barcelona: Ediciones Paidós Ibérica.
- Ministerio de Sanidad y Consumo (2002). *Encuesta nacional de salud 2001, avance*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo.
- Moreno, J. J. y F. J. Herrero (1998). *Tabaquismo. Programa para dejar de fumar*. Madrid: Ediciones Díaz de Santos.
- Niaura, R. y D. B. Abrams (2002). "Smoking cessation: Progress, priorities, and prospectus." *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70, pp. 494-509.
- Orleans, C. T. (1995). "Review of the current status of smoking cessation: Progress and opportunities." *Tobacco Control*, 4, pp. S3-S9.
- y J. Slade (eds.) (1993). *Nicotine addiction. Principles and management*. Nueva York: Oxford University Press.
- Peto, R., A. D. López, J. Boreham, M. Thun y C. Health (1998). *Mortality from tobacco in developed countries 1950-2000. Indirect estimate from national vital statistics. Revised figures*. Oxford: Oxford University Press.
- Pierce, J. P. y E. A. Gilpin (2002). "Impact of over-the-counter sale on effectiveness of pharmaceutical aids for smoking cessation." *JAMA*, 288, pp. 1260-1264.
- Pomerleau, O. F. y C. S. Pomerleau (1977). *Break the smoking habit: A behavioral program for giving up cigarettes*. Champaign, IL: Research Press (trad. castellana: *Cómo dejar de fumar*. Barcelona: Bruguera, 1981).
- (1984). "Neuroregulators and reinforcement of smoking: Towards a biobehavioral explanation. Neuroscience biobehavioral explanation." *Neuroscience Biobehavior Review*, 8, pp. 503-513.

- Prochaska, J. O. y C. C. DiClemente (1983). "Stages and processes of self-change of smoking: Toward an integrative model of change." *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 51, pp. 390-395.
- Raw, M., A. McNeill y R. West (1998). "Smoking cessation guidelines for health professionals. A guide to effective smoking cessation interventions for the health care system." *Thorax*, 53 (Supl. 5), pp. S1-S19.
- Riet, G., J. Kleijnen y P. Knipschild (1990). "A meta-analysis of studies into the effect of acupuncture on addiction." *British Journal of General Practice*, 40, pp. 379-382.
- Royal College of Physicians (1962). *Smoking and health*. Londres: Pitman.
- Russell, M. A. H., C. Wilson, C. Taylor *et al.* (1979). "Effect of general practitioners' advice against smoking." *British Medical Journal*, 282, pp. 231-235.
- Salvador, T. (1996). *Tabaquismo*. Madrid: Aguilar.
- , D. Marín, A. González, C. Iniesta, E. Castellvi, C. Muriana y A. Agustí (1988). "Tratamiento del tabaquismo: eficacia de la utilización del chicle de nicotina. Estudio a doble ciego." *Medicina Clínica*, 90, pp. 646-650.
- Sánchez, J., J. Olivares y A. I. Rosa (1998). "El problema de la adicción al tabaco: meta-análisis de las intervenciones conductuales en España." *Psicothema*, 10, 535-549.
- Schmahl, D. P., E. Lichtenstein y D. E. Harris (1972). "Successful treatment of habitual smokers with warm, smoky air and rapid smoking." *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 38, pp. 105-111.
- Schwartz, J. L. (1987). *Review and evaluation of smoking cessation methods: The United States and Canada, 1978-1985*. Washington, D.C.: U.S. Department of Health and Human Services.
- Secades, R., A. B. Díez y J. R. Fernández (1999). "Eficacia de un programa multicomponente para dejar de fumar con y sin chicle de nicotina." *Psicología Conductual*, 7, pp. 107-118.
- y J. R. Fernández (2001). "Tratamientos psicológicos eficaces para la drogadicción: nicotina, alcohol, cocaína y heroína." *Psicothema*, 13, pp. 365-380.
- Seidman, D. F. y L. S. Covey (eds.) (1999). *Helping the hard-core smoker. A clinician's guide*. Mahwah, N. J.: Lawrence Erlbaum Associates.
- Shiffman, S. (1993). "Smoking cessation treatment: Any progress?" *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61, pp. 718-722.
- , K. M. Mason, y J. E. Henningfield (1998). "Tobacco dependence treatments: Review and prospectus." *Annual Review of Public Health*, 19, pp. 335-358.
- Silagy, C., D. Mant, G. Fowler y M. Lodge (1994). "Meta-analysis on efficacy of nicotine replacement therapies in smoking cessation." *The Lancet*, 343, pp. 139-142.
- Stead, L. F. y T. Lancaster (2001). "Group behavior therapy programmes for smoking cessation." *The Cochrane Library, Issue 2*.
- (2001). "Telephone counselling for smoking cessation." *The Cochrane Library, Issue 2*.
- USDHHS (1964). *Smoking and Health. Report of Advisory Committee to the Surgeon General of the Public Health Services*. Rockville, Maryland: U.S. Department of Public Health Service.
- (1988). *The health consequences of smoking: Nicotine addiction. A report of the Surgeon General*. Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Services.
- (1991). *Strategies to control tobacco use in the United States: A blueprint for public health action in the 1990s*. Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Services.
- (1994). *Preventing tobacco use in among young people. A report of the Surgeon General*. Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Services.
- (2000). *Reducing tobacco use: A report of the Surgeon General*. Atlanta, GA: U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health.
- Vázquez, F. L. y E. Becoña (1998). "Treatment of major depression associated with smoking cessation." *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 98, pp. 507-508.
- Viswesvaran, C. y F. L. Schmidt (1992). "A meta-analytic comparison of the effectiveness of smoking cessation methods." *Journal of Applied Psychology*, 77, pp. 554-561.

16. ADOLESCENCIA Y ABUSO DE DROGAS

- Alberti, R. E. y M. C. Emmons (1974). *Your perfect right: A guide to assertive behavior*. San Luis, CA: Impact.
- Alonso, C. y V. del Barrio (1998). "Efectividad de tres intervenciones para la prevención del consumo de alcohol en la escuela." *Análisis y Modificación de Conducta*, 24, pp. 679-701.

- Arbex, C., J. Porras, J. Carrón y D. Comas (1995). *Materiales de formación en prevención de drogodependencias. Módulo I: contenidos generales*. Madrid: Ministerio de Educación y Ciencia, Comunidad de Madrid.
- Bandura, A. (1977). *Social learning theory*. Englewood Cliffs, N. J.: Prentice Hall.
- Becker, M. H. (1974). *The health belief model and personal health behavior*; Thorofare, N. J.: Slack.
- Becoña, E. (1999). *Bases teóricas que sustentan los programas de prevención de drogas*. Madrid: Plan Nacional sobre Drogas.
- (2003). “Tabaco, ansiedad y estrés.” *Salud y Drogas*, 3, 1, pp. 70-92.
- , A. Palomares y M. P. García (1994). *Tabaco y salud. Guía de prevención y tratamiento del tabaquismo*. Madrid: Pirámide.
- y F. L. Vázquez (2001). *Heroína, cocaína y drogas de síntesis*. Madrid: Síntesis.
- Bentler, P. M. (1987). “Drug use and personality in adolescence and young adulthood.” *Child Development*, 58, pp. 65-79.
- Blau, G. M., J. F. Gillespie, R. D. Felner y E. G. Evans (1988). “Predisposition to drug use in rural adolescents: preliminary relationships and methodological considerations.” *Journal of Drug Education*, 18, pp. 13-22.
- Botvin, G. J. (1998). *Life skills training. A drug and violence prevention program*. Nueva York: Institute for Prevention Research, Cornell University Medical College.
- (2000). “Preventing drug abuse in schools: Social and competence enhancement approaches targeting individual-level etiologic factors.” *Addictive Behaviors*, 25, pp. 887-897.
- , J. A. Epstein, E. Baker, T. Díaz y M. I. Williams (1997). “School-based drug abuse prevention with inner-city minority youth.” *Journal of Child and Adolescent Substance Abuse*, 6, pp. 5-20.
- y A. Eng (1982). “The efficacy of a multicomponent approach to the prevention of cigarette smoking.” *Preventive Medicine*, 11, pp. 199-211.
- y K. W. Griffin (2000). “Preventing substance use and abuse” en K. M. Minke y G. C. Bear (eds.). *Preventing school problems-promoting school success: strategies and programs that work*. Bethesda, Maryland: National Association of School Psychologists, pp. 259-298.
- Caballo, V. E. (2002). *Manual de evaluación y entrenamiento de las habilidades sociales*, 5a. ed. Madrid: Siglo XXI.
- Caplan, M. (1980). *Principios de psiquiatría preventiva*. Buenos Aires: Paidós.
- , R. P. Weissberg, J. S. Grober, P. Sivo, D. Grady y C. Jacoby (1992). “Social competence promotion with inner-city and suburban young adolescents: effects of social adjustment and alcohol use.” *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 60, pp. 56-63.
- Casas, J. (1998). “Actitudes, habilidades sociales y autocontrol en la prevención del consumo abusivo de alcohol y tabaco”, tesis doctoral, Universidad Autónoma de Madrid.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences*, 2a. ed. Hillsdale: Erlbaum.
- Comas, D. (1992). “La fundamentación teórica y las respuestas sociales a los problemas de prevención”, *Adicciones*, 4, 1, pp. 15-24.
- Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas. Observatorio Interamericano sobre drogas. Sistema interamericano de datos uniformes sobre Consumo de Drogas OEA/CICAD/OID/SIDUC, “Informe comparativo 7 países, encuestas escolares de nivel nacional: El Salvador, Guatemala, Nicaragua, Panamá, Paraguay, República Dominicana y Uruguay 2003. Disponible *on line* en: <http://www.cicad.oas.org/OID/Countries/Mexico/Mexico.htm> Consultado en junio de 2005.
- Dalley, M. B., D. N. Bolocofsky y N. J. Karlin (1994). “Teacher-ratings and self rating of social competency in adolescents with low-and high-depressive symptoms.” *Journal of Abnormal Child Psychology*, 22, pp. 477-485.
- D’Zurilla, T. J. y M. R. Goldfried (1971). “Problem solving and behaviour modification.” *Journal of Abnormal Psychology*, 78, pp. 107-126.
- Elzo, J., J. M. Lidón y M. L. Urquijo (1992). *Delincuencia y drogas. Análisis jurídico y sociológico de sentencias emitidas en las audiencias provinciales y juzgados de la Comunidad Autónoma Vasca*. Vitoria: Gobierno Vasco.
- Espada, J. P., A. I. Rosa y F. X. Méndez (2003). “Eficacia de los programas de prevención escolar de drogas con metodología interactiva.” *Salud y Drogas*, 3, 2, pp. 61-81.
- , F. X. Méndez, G. J. Botvin, K. W. Griffin, M. Orgiles y A. I. Rosa (2002). “¿Éxito o fracaso de la prevención del abuso de drogas en el contexto escolar? Un meta-análisis de los programas en España.” *Psicología Conductual*, 10, 3, pp. 581-602.
- , F. X. Méndez, J. A. García del Castillo, D. Lloret y M. Orgiles (2003, noviembre). “Nivel de disciplina percibida y consumo de alcohol en la adolescencia” en I Symposium de Psicología Clínica

- y de la Salud, C. López-Gollonet, G. Carrillo y V. Caballo (coords.). *Avances 2003 en psicología clínica y de la salud*. Granada: FUNVECA, noviembre, p. 31.
- , F. X. Méndez, J. A. García del Castillo, D. Lloret y M. Orgiles (2003, noviembre). “Relación entre autoconcepto y consumo de alcohol en adolescentes” en I Symposium de Psicología Clínica y de la Salud, C. López-Gollonet, G. Carrillo y V. Caballo (coords.). *Avances 2003 en psicología clínica y de la salud*. Granada: FUNVECA.
- , F. X. Méndez, K. W. Griffin y G. J. Botvin (2002). “Prevención del abuso de drogas en la adolescencia” en J. M. Ortigosa, M. J. Quiles y F. X. Méndez (eds.), *Manual de psicología de la salud. Intervención con niños, adolescentes y familias*. Madrid: Pirámide.
- , F. Sarabia y N. Lillo (1998, marzo). “Los centros juveniles como recurso para la prevención del consumo de drogas.” *Congreso de alcohol, drogas de diseño y alternativas de ocio para jóvenes*, Madrid.
- , F. X. Méndez y M. D. Hidalgo (2000). “Consumo de alcohol en escolares: descenso de la edad de inicio y cambios en los patrones de ingesta.” *Adicciones*, 12, 1, pp. 57-64.
- y F. X. Méndez (2002). “Factores familiares, comportamientos perturbadores y drogas en la adolescencia” en J. R. Fernández y R. Secades (coords.). *Intervención familiar en la prevención de las drogodependencias*. Madrid: Plan Nacional sobre Drogas, pp. 25-56.
- y F. X. Méndez (2003). *Programa Saluda: prevención del abuso de alcohol y drogas de síntesis*. Madrid: Pirámide.
- Gallego, E., C. van-der Hofstadt, C. Estévez, C. López y J. A. García-Rodríguez (2001). “Representación social de la droga: posibilidad de aplicación práctica de un constructo eminentemente teórico.” *Salud y Drogas*, vol. 1, 2, pp. 275-286.
- García-Jiménez, M. T. (coord.) (1993). *Estudio sobre el consumo juvenil de bebidas alcohólicas en la comunidad de Madrid*. Madrid: Consejería de Integración Social e Instituto de Salud Carlos III.
- García-Rodríguez, J. A. (1991). “Modelo de prevención de drogas en la escuela mediante la aplicación de técnicas conductuales.” *XIX Jornadas Nacionales de Sociodrogalcohol*, Santa Cruz de Tenerife.
- (2004). *Mi hijo, las drogas y yo*. Madrid: Edaf.
- y C. López (1988). *Drogodependencias en la escuela. Teoría y método*. Servicio de publicaciones del Ayuntamiento de Santa Pola.
- Goldstein, A. P., R. P. Sprafkin, N. J. Gershaw y P. Klein (1989). *Habilidades sociales y autocontrol en la adolescencia. Un programa de enseñanza*. Barcelona: Martínez Roca.
- Griffin, K. W., G. J. Botvin, L. M. Scheier, T. Díaz y N. L. Miller (2000). “Parenting practices as predictors of substance use, delinquency and aggression among urban minority youth: Moderating effects of family structure and gender.” *Psychology of Addictive Behaviors*, 14, 2, pp. 174-184.
- Grimes, J. D. y J. D. Swisher (1989). “Educational factors influencing adolescent decision making regarding use of alcohol and drugs.” *Journal of Alcohol and Drug Education*, 35, 1, pp. 1-15.
- Hawkins, J. D., R. F. Catalano y J. Y. Miller (1992). “Risk and protective factors for alcohol and other drug problems in adolescence and early adulthood: implications for substance abuse prevention.” *Psychological Bulletin*, 112, pp. 64-105.
- Hawkins, J. D. y J. G. Weis (1985). “The social development model: an integrated approach to delinquency prevention.” *Journal of Primary Prevention*, 6, pp. 73-97.
- INID (2005) “Conclusiones de la VII Reunión Nacional de Drogodependencias: Prevención de drogas y ocio alternativo.” Disponible *on line* en: <http://inid.umh.es/documentos/reuniones/conclusiones7a.pdf> Consultado en junio, 2005.
- Jessor, R. y S. L. Jessor (1977). *Problem behavior and psychosocial development: a longitudinal study of youth*. Nueva York: Academic Press.
- Kaplan, H. B. (1980). *Deviant behavior in defense of self*. Nueva York: Academic Press.
- López-Sánchez, C. (2000). “Comparación de diversas técnicas psicológicas en la prevención de las drogodependencias”, tesis doctoral, Universidad Miguel Hernández.
- Luengo, A., E. Romero, J. A. Gómez-Fragüela, A. Guerra y M. Lence (1999). *La prevención del consumo de drogas y la conducta antisocial en la escuela: análisis y evaluación de un programa*. Madrid: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.
- Lloret, D. (2001). “Alcoholismo: una visión familiar.” *Salud y Drogas*, 1, 1, pp. 113-128.
- Macià, D. (1984). “Aplicación de la terapia de modelado en la prevención del inicio al consumo de la droga.” *Infancia y Aprendizaje*, 26, pp. 87-94.
- (2000). *Las drogas: conocer y educar para prevenir*, 6a. ed. Madrid: Pirámide [1a. ed. 1995].
- , J. Olivares y F. X. Méndez (1990). “Alternativas de tiempo libre en la prevención de las drogodependencias.” *VIII Congreso Nacional de Psicología*, Barcelona.

- , J. Olivares y F. X. Méndez (1991). “Intervención comportamental-educativa en la prevención de la drogodependencia” en F. X. Méndez, D. Macià y J. Olivares (eds.). *Intervención conductual en contextos comunitarios. I. Programas aplicados de prevención*. Madrid: Pirámide, pp. 97-129.
- Méndez, F. X., J. Olivares y M. J. Quiles (1999). “Técnicas de relajación” en J. Olivares y F. X. Méndez (eds.). *Técnicas de modificación de conducta* (2a. ed.). Madrid: Biblioteca Nueva, pp. 27-78.
- Méndez, F. X. y J. P. Espada (1999, abril). “Papel de la familia en el inicio del consumo de alcohol.” *IV Congreso Iberoamericano de Psicología de la Salud*, Granada.
- Michelson, L., D. P. Sugai, R. P. Wood y A. E. Kazdin (1999). *Las habilidades sociales en la infancia*. Barcelona: Martínez-Roca.
- Murray, D. M., P. Pirie, R. V. Luepker y U. Pallonen (1989). “Five and six-year follow-up results from four seventh-grade smoking prevention strategies.” *Journal of Behavioral Medicine*, 12, pp. 207-218.
- Observatorio Español sobre Drogas (2000). *Encuesta sobre drogas a población escolar*. Madrid: Ministerio del Interior.
- (2004). *Encuesta sobre drogas a población escolar*. Madrid: Ministerio del Interior.
- Olivares, J. y F. X. Méndez (1999). *Técnicas de modificación de conducta*. Madrid: Biblioteca Nueva.
- Pentz, M. A., J. H. Dwyer, D. P. MacKinnon, B. R. Flay, W. B. Hansen, E. Y. Wang y C. A. Johnson (1989). “A multicomunity trial for primary prevention of adolescent drug abuse.” *Journal of the American Medical Association*, 261, pp. 3259-3266.
- Pfeffer, J. (1993). “An exploratory study of decision making as related to the tobacco and alcohol use of eighth graders.” *Journal of Alcohol and Drug Education*, 39, 1, pp. 111-122.
- Quiles, M. J. y J. P. Espada (2004). *Educación en la autoestima. Propuestas para la educación y el tiempo libre*. Madrid: Editorial CCS.
- Recio, J. L. (1991). *El papel de la familia, los compañeros y la escuela en el abuso adolescente de drogas*. Madrid: Cruz Roja española.
- Sánchez, L., I. Megías y E. Rodríguez (2004). *Jóvenes y publicidad. Valores en la comunicación publicitaria para jóvenes*. Madrid: FAD-INJUVE.
- Secades, R. (1996). *Alcoholismo juvenil. Prevención y tratamiento*. Madrid: Pirámide.
- y J. R. Fernández (2003). “Factores de riesgo familiares para el uso de drogas: un estudio empírico español” en J. R. Fernández y R. Secades (coords.). *Intervención familiar en la prevención de las drogodependencias*. Madrid: Plan Nacional sobre Drogas.
- Schaps, E., J. M. Moskowitz, J. H. Malvin y G. H. Scheffer (1986). “Evaluation of seven school-based prevention programs: a final report on the Napa Project.” *International Journal of the Addictions*, 21, pp. 1081-1112.
- Scheier, L. M., G. J., Botvin, T. Díaz y K. W. Griffin (1999). “Social skills, competence, and drug refusal efficacy as predictors of adolescent alcohol use.” *Journal of Drug Education*, 29, pp. 251-278.
- Snow, D. L., J. K. Tebes, M. W. Arthur y R. C. Tapasak (1992). “Two-year follow-up of a social-cognitive intervention to prevent substance use.” *Journal of Drug Education*, 22, pp. 101-114.
- Spivack, G., J. J. Platt y M. B. Shure (1976). *The problem-solving approach to adjustment*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Sussman, S., C. W. Dent, A. W. Stacy y P. Sun (1993). “Project towards no tobacco use: 1-year behavior outcomes.” *American Journal of Public Health*, 83, pp. 1245-1250.
- Varó, J. R. (1991). “Factores de riesgo en el consumo de alcohol y otras drogas.” *XIX Jornadas de Socidrogalcohol*, Santa Cruz de Tenerife.
- Villatoro, J., M. E. Medina-Mora, N. Amador, P. Bermúdez, H. Hernández, C. Fleiz, M. Gutiérrez y A. Ramos (2004). “Consumo de drogas, alcohol y tabaco en estudiantes del D.F.: medición otoño 2003.” *Reporte global*. INSEP, México.
- Wise, K. I., K. A. Bundy, E. A. Bundy y L. A. Wise (1991). “Social skills training for young adolescents.” *Adolescence*, 26, pp. 233-241.
- Wolpe, J. y A. A. Lazarus (1966). *Behavior therapy techniques*. Oxford: Pergamon Press.

17. PSICOLOGÍA Y SIDA: ESTRATEGIAS DE PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO

- Ajzen, I. y M. Fishbein (1980). *Attitudes, personality and behavior*. Chicago: Open University Press.
- Antela, A. (2004). *Manual de capacitación en el manejo integral de personas adultas que viven con el VIH/sida para equipos de atención primaria y comunitarios en Latinoamérica y el Caribe*. Washington, D.C.: OPS, Biblioteca Sede OPS-Catalogación en la fuente.

- Arranz, P. (1994). "Intervención psicológica en niños y adultos afectados de sida." *Revista de Psicología General y Aplicada*, 47, 2, pp. 183-191.
- Backett, K. B. y S. Wilson (2000). "Understanding peer education: Insights from a process evaluation." *Health Education Research*, 15, 1, pp. 85-96.
- Bandura, A. (1994). "Social cognitive theory and exercise of control over HIV infection" en R. J. DiClemente y J. L. Peterson (eds.). *Preventing AIDS: Theories and Methods of Behavioral Intervention*. Nueva York: Plenum Press.
- Bayés, R. (1995). *Sida y psicología*. Barcelona: Martínez Roca.
- Bimbela, J. L. y M. T. Cruz (1997). *Sida y jóvenes. La prevención de la transmisión sexual del VIH*. Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública.
- Bimbela, J. L. y C. Gómez (1994). "Sida y comportamientos preventivos: el modelo PRECEDE." *Revista de Psicología General y Aplicada*, 47, 2, pp. 151-157.
- Bravo, M. J. (2004). *Infecciones de transmisión sanguínea o sexual entre las personas que se inyectan drogas y sus parejas en las Américas: manual para profesionales de la salud*. Washington, D.C.: OPS, Biblioteca Sede OPS-Catalogación en la fuente. <http://www.paho.org/spanish/ad/fch/ai/InfecUDI.pdf>
- Buela-Casal, G., M. P. Bermúdez, A. I. Sánchez, M. de los Santos-Roig (2001). "Situación del VIH/sida en Latinoamérica al final del siglo xx. Análisis de las diferencias entre países." *Rev. Méd.*, Chile, vol. 129, núm. 8, Santiago, agosto.
- Cáceres, C. (2003). "La prevención del sida en América Latina y Caribe." *Sustainable Development Department Technical papers series*, SOC-131.
- Centro Nacional de Epidemiología. Registro Nacional de sida (2002). *Vigilancia del sida en España*. <http://msc.es/sida/epidemiología/sidaint.htm>
- Centro Nacional Para la Prevención y Control del VIH/sida (Censida) (2004) "El sida en cifras 2004". <http://www.salud.gob.mx/conasida/>
- y Secretaría de Salud (SSA) (2003). "Epidemiología del sida en México en el año 2003." <http://www.salud.gob.mx/conasida/estadis/pre2003.pdf>
- Comas, D. (1989). "La formación de mediadores" en Instituto de la Juventud. *Guía para la realización de programas de formación de mediadores*. Madrid: Instituto de la Juventud.
- Costa, M. y E. López (1996). *Educación para la salud. Una estrategia para cambiar los estilos de vida*. Madrid: Pirámide.
- Di Clemente, R. J. y J. L. Peterson (1994). *Preventing AIDS: Theories and Methods of Behavioral Interventions*. Nueva York: Plenum Press.
- D'Zurilla, T. J. y M. R. Goldfried (1971). "Problem solving and behavior modification." *Journal of Abnormal Psychology*, 78, pp. 107-126.
- Espada, J. P. (2000). "Programas de reducción de riesgos: situación actual." *Publicación Oficial de la Sociedad Española Interdisciplinaria del SIDA*, 11, 4, pp. 278-280.
- , J. Martínez y M. Medina (2000). "Intervención con drogodependientes de alto riesgo: estrategias de reducción de daños." *Revista Española de Drogodependencias*, 25, 1, pp. 32-48.
- , M. J. Quiles y F. X. Méndez (2003a). "Conductas sexuales de riesgo y prevención del sida en la adolescencia." *Papeles del Psicólogo. Revista del Colegio Oficial de Psicólogos*, 24, 85, pp. 29-36.
- , M. J. Quiles y F. X. Méndez (2003b). "Prevención del sida en la infancia y adolescencia" en J. M. Ortigosa, M. J. Quiles y F. X. Méndez (coords.). *Psicología de la salud. Intervención con niños, adolescentes y familia*. Madrid: Pirámide, pp. 349-368.
- y M. J. Quiles (2001). *Prevenir el sida*. Madrid: Pirámide.
- y M. J. Quiles (2002). "Prevención del sida en la escuela. Pautas para elaborar un programa comportamental-educativo." *Revista Española de Drogodependencias*, 27, 3, pp. 381-406.
- Flora, J. A. y C. E. Thoresen (1988). "Reducing the risk of AIDS in adolescents." *American Psychologist*, 43, 11, pp. 965-970.
- García-Huete, E. (1993). *Sida. Apoyos en el entorno personal, familiar y laboral*. Madrid: Eudema.
- (1993b). "Programas de asesoramiento a profesionales de salud en sida" en F. X. Méndez, D. Macià y J. Olivares (eds.). *Intervención conductual en contextos comunitarios. I. Programas aplicados de prevención*. Madrid: Pirámide.
- Gatell, J. M., B. Clotet y D. Podzamczar (dirs.) (2000). *Guía práctica del sida. Clínica, diagnóstico y tratamiento*, 6a. ed. Barcelona: Masson-Salvat.
- Goldstein, A. P., R. P. Sprafkin, N. J. Gershaw y P. Klein (1989). *Habilidades sociales y autocontrol en la adolescencia. Un programa de enseñanza*. Barcelona: Martínez Roca.
- Gómez, L. (1994). *Plan educativo de prevención del sida*. Valencia: Generalitat Valenciana.

- Green, J. y A. McCreaner (eds.) (1996). *Counselling in HIV infection and AIDS*. Londres: Blackwell Science.
- Green, L. W. y M. W. Kreuter (1991). *Health Promotion Planning: and Educational and Environmental Approach*. Mountain View, California: Ed. Mayfield.
- Grimley, D. M., G. E. Prochaska y J. O. Prochaska (1997). "Condom use adoption and continuation: A transtheoretical approach." *Health Education Research*, 12, 1, pp. 61-75.
- Hunter, H. (1988). "Heterosexual transmission of human immunodeficiency virus." *Journal of the American Medicine Academy*, 260, pp. 1943-1944.
- Insúa, P. y S. Moncada (2000). "¿Cómo diseñar un programa de prevención de la transmisión sexual del VIH para usuarios de drogas?" *Trastornos Adictivos*, vol. 2, núm. 3, pp. 201-210.
- (2001). "¿Está cambiando el discurso sobre el uso de drogas en las instituciones?: un programa de formación de formadores." *Revista Española de Drogodependencias*, vol. 26, núm. 1.
- Kirby, D. y R. J. Di Clemente (1994). "School-based interventions to prevent unprotected sex and HIV among adolescents" en R. J. Di Clemente y J. L. Peterson (eds.). *Preventing AIDS: Theories and methods of behavioral interventions*. Nueva York: Plenum Press, pp. 117-139.
- Lacoste, J. A. (1995). "Reducción de daños y riesgos: una respuesta de salud pública a la infección por VIH entre usuarios de drogas." *Adicciones*, 7, 3, pp. 299-318.
- Macià, D., F. X. Méndez y J. Olivares (1993). "Intervención comportamental y prevención" en F. X. Méndez, D. Macià y J. Olivares (eds.). *Intervención conductual en contextos comunitarios. I. Programas aplicados de prevención*. Madrid: Pirámide.
- Méndez, F. X., D. Macià y J. Olivares (1991). "Medicina conductual con niños y adolescentes. Prevención y promoción de la salud." *Cuadernos de Medicina Psicosomática*, 19, pp. 31-41.
- Montoya, M. M. (1997). "La educación para la prevención del VIH/sida en programas escolares." *Publicación de Seisida*, 8, 1, pp. 210-212.
- Nájera, R. (1997). *Sida. Respuestas y orientaciones*. Madrid: Aguilar.
- (1998). "Retrovirus humanos. Etiopatogenia" en J. M. Gatell, B. Clotet, D. Podzamczar y J. M. Miró (dirs.). *Guía práctica del sida. Clínica, diagnóstico y tratamiento*. Barcelona: Masson-Salvat.
- ONUSIDA (2000). "La comunicación inter pares y VIH/sida: conceptos, usos y problemas." <http://www.onusida.org.co/>
- (2004). "Informe sobre la epidemia mundial de VIH/sida, julio, 2004, 4o. Informe Mundial." <http://www.onusida.org.co/>
- Organización Mundial de la Salud. *La educación sanitaria escolar en la prevención del sida y de las enfermedades de transmisión sexual*, Ginebra: OMS.
- Ozer, E. J., R. S. Wheinstein y C. Maslach (1997). "Adolescent AIDS prevention in context: The impact of peer-educator qualities and classroom environments on intervention efficacy." *American Journal of Community Psychology*, 25, 3, pp. 289-323.
- Páez, D., S. Ubillos, M. Pizarro y M. León (1994). "Modelos de creencias de salud y de la acción razonada aplicados al caso del sida." *Revista de Psicología General y Aplicada*, 47, 2, pp. 141-149.
- Planes, M. y Ma. E. Gras (2002). "Creencias y comportamientos sexuales preventivos frente al sida en estudiantes universitarios." *Análisis y Modificación de Conducta*, 28, 121, pp. 695-723.
- Segura, A., I. Hernández y C. Álvarez-Dardet (1998). *Epidemiología y prevención de las enfermedades de transmisión sexual*. Madrid: Fundación Universidad-Empresa.
- Soto, F., J. A. Lacoste, R. Papenfuss y A. Gutiérrez (1997). "El Modelo de Creencias de Salud. Un enfoque teórico para la prevención del sida." *Revista Española de Salud Pública*, 71, 4, pp. 335-341.
- Svenson, G. (1998). *Directrices europeas para la educación entre iguales sobre el sida a jóvenes*. Comisión Europea.
- Valverde, J. (1996). *Vivir con la droga. Experiencia de intervención sobre pobreza, droga y sida*. Madrid: Pirámide.
- Vega, A. y J. A. Lacoste (1995). *Niños, adolescentes y sida. Problemática psicosocial e intervención educativa*. Valencia: Promolibro.
- Villamarín, F. y O. Juárez (2002). "Predictores psicológicos del comportamiento sexual seguro en la prevención de la infección por el VIH." *Revista de Psicología de la salud*, 14, 2, pp. 81-101.

18. MODELOS DE COGNICIÓN SOCIAL Y ADHERENCIA TERAPÉUTICA EN PACIENTES CON CÁNCER

- Aburto, G., C. y G. Gamundi P. (1997). "La cooperación de los pacientes con el tratamiento médico." *Psicología y Salud*, 10, Nueva época, pp. 37-44.
- Álvarez, B. J. (2002). *Estudio de la creencias, salud y enfermedad. Análisis psicosocial*. México: Trillas.
- Amigo, V. I., C. Fernández R. y Marino Pérez A. (1998). *Manual de psicología de la salud*. Madrid: Pirámide, pp. 227-270.
- Bäler, J., R. Schwarser y M. Jerusalem (1993). "Spanish adaptation of General Self-Efficacy Scale". *Psychiatry research*, vol. 150, pp. 71-80.
- Bandura, A. (1986). "Social foundations of thought and action" en <http://www.emory.edu/EDUCATION/mfp/effpage1.html>
- (1987). *Pensamiento y acción*. Barcelona: Martínez Roca.
- (1998). "Self-efficacy" en H. Friedman (ed.), *Encyclopedia of mental health*. San Diego: Academic Press.
- (2001). *Guía para la construcción de escalas de autoeficacia*. <http://www.onenet.com.ar/cv/edgardo-perez/effguideSpanish.btm>
- Barlow, S. A. y Fenoglio-Preiser (1992). "Las glándulas mamarias" en J. L. Farber y E. Rubin. *Patología. Fundamentos*. México: Médica Panamericana, pp. 479-489.
- Barra, A. E. (2002). *Psicología de la salud*. Santiago de Chile: Universidad de Concepción, pp. 71-80.
- Branon, L. y J. Feist (2001). *Psicología de la salud*. Madrid: Paraninfo-Thomson Learning, pp. 107-140, 323-352.
- Cabrera, A. G., J. Tascón G. y D. Lucumí C. (2001). "Creencias en salud: historia, constructor y aportes al modelo." *Revista Facultad de Salud Pública*, Universidad de Antioquía, 19, 1, enero-junio.
- Calnan, M. (1993). "The health belief model and participation in programmes for de early detection of breast cancer: a comparative analysis" en A. Steptoe y J. Wardle (eds.). *Psychosocial processes and health. A reader*. Cambridge: University Press, pp. 290-307.
- Cisneros de C., M. T. (1992). *Cáncer. En la mujer adolescente, adulta, anciana y su salud*. México: Dirección de salud materno infantil, Programa Nacional "Mujer, salud y desarrollo", Secretaría de Salud.
- Conner, M. y P. Norman (1996). "The role of social cognition in health behaviours" en M. Conner y P. Norman (eds.). *Predicting health behavior. Research and practice with social cognition models*. Buckingham: Open University Press, pp. 1-22.
- DiMatteo, M. R. y D. D. DiNicola (1982). *Achieving patient compliance: The psychological of the medical practitioner's role*. Nueva York: Pergamon.
- García, G. J. J. (1996). "Epidemiología del cáncer en México" en *Epidemiología del Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica. Sistema Único de Información*, 13, 28, semana 28, del 7 al 13 de julio.
- Genest, M. y S. Genest (1987). "Psychology and health." G. R. Leon (ed.). *Health Psychology Series*. Illinois: Research Press, pp. 127-137.
- Glanz, K., B. K. Rimer y S. M. Sutton (1993). *Theory at a glance: a guide for health promotion practice*. National Cancer Institute, National Institute of Health and Public Health Service.
- González F., J. C. (1996). "Cáncer de mama y terapia coadyuvante" en *Epidemiología del Sistema Único de Información de Vigilancia Epidemiológica*, 13, 15, semana 15, del 7 al 13 de abril.
- Haynes, R. B. (1979). "Strategies to improve compliance with referrals, appointment, and prescribed of the therapeutic regimen to improve compliance: Conceptions and misconceptions." *Clinical Pharmacology and Therapeutics*, 22, pp. 125-130.
- Lau, R. R., K. A. Hartman y J. E. Ware (1986). "Health as value: methodological and theoretical considerations." *Health Psychology*, 5, pp. 25-43.
- Ley, P. (1989). "Improving patients understanding, recall, satisfaction and compliance" en A. K. Broome. *Health Psychology. Processes and applications*. Londres: Chapman & Hall, pp. 74-102.
- Macià-Antón, D. y F. X. Méndez (1999). "Líneas actuales de investigación en psicología de la salud" en M. A. Simón. *Manual de psicología de la salud. Fundamentos, metodología y aplicaciones*. Madrid: Biblioteca Nueva, Psicología Universidad, pp. 217-256.
- Macías, M. C. G. (1996). "Registro histopatológico de neoplasias en México" en *Epidemiología del Sistema Único de Información del Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica*, 12, 24, semana 49.
- Marteau, T. M. (1993). "Health beliefs and attributions" en A. K. Broome, *Health psychology. Processes and applications*. Londres: Chapman & Hall, pp. 1-24.

- Prokof, C. K., L. A. Bradley, T. G. Burish, K. O. Anderson y J. E. Fox (1991). *Health Psychology. Clinical methods and research*. Nueva York: McMillan, pp. 238-287.
- Rodríguez-Marín, J. (1995). *Psicología social de la salud*. Madrid: Ed. Síntesis.
- Rodríguez O., G. (1999). *Fortalecimiento de la adberencia terapéutica*. World Health Organization, 1a. edición en español, Facultad de Psicología-UNAM.
- Rojas, M. T. (1997). "Factores de riesgo relacionados recientemente con el cáncer de mama" en *Epidemiología del Sistema Único de Información del Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológico*, 14, 15, semana 15, del 6 al 12 de abril de 1997.
- Romero, R. R. (1997). "Intervención psicológica en el enfermo oncológico" en L. M. Pascual O. y R. Ballester A. (eds.). *La práctica de la psicología de la salud. Programas de intervención*. Valencia: Ed. Promolibro, pp. 207-285.
- Rutter, D. R., L. Quine y D. J. Chesham (1993). *Social psychological approaches to health*. Londres: Harvest-Wheatsheaf.
- OMS-OPS (1994). *Las condiciones de salud en las Américas. Publicación Científica*, 549, t. I, pp. 116-120, 232-250.
- Ortiz, V. G. R. (1996). "Psicología y medicina: viejos problemas, nuevas perspectivas" en G. R. Ortiz V. (coord.). *Psicología y salud. La experiencia mexicana*: Ed. Biblioteca, Universidad Veracruzana, pp. 17-39.
- Ozer, E. M. y A. Bandura (1990). "Mechanisms gobering empowerment effects: a self-efficacy analysis" en *Journal of Personality and Social Psychology*, 58, 3, pp. 472-486.
- Sackett, D. L. (1976). "Introducción" en D. L. Sackett y R. B. Haynes (eds.). *Compliance with therapeutic regimens*. Baltimore: John Hopkins-University Press.
- Sarafino, E. P. (1990). *Health psychology. Biopsychosocial interactions*. Nueva York: John Wiley & Sons, pp. 455-464.
- Schwarzer, R. y R. Fuchs (1996). "Self-efficacy and health behaviours" en M. Conner y P. Norman. *Predicting health behaviour. Research and practice with social cognition models*. Buckingham: Open University Press, pp. 163-196.
- Sheeran, P. y C. Abraham (1996). "The Health Belief Model" en M. Conner y P. Norman. *Predicting health behaviour. Research and practice with social cognition models*. Buckingham: Open University Press, pp. 23-61.
- Sheridan, C. L. y S. A. Radmacher (1992). *Health psychology. Challenging the Biomedical Model*. Nueva York: John Wiley & Sons, Inc., pp. 274-284.
- Snyder, J. J. (1989). *Health psychology & behavioral medicine*. Englewood Cliffs: N. J.: Prentice Hall, pp. 161-187.
- SSA (2001). "Tablas de mortalidad general", disponible en: www.ssa.gob.mx.
- Vargas, P. A. (1989). "Evaluation of an instructional program for breast self-examination", tesis inédita de maestría. Tucson: University of Arizona.
- Vargas K., P. y E. Robles S. (1996). "La adherencia a las recomendaciones para el cuidado de la salud: una perspectiva psicológica" en G. R. Ortiz, V. (coord.). *Psicología y salud. La experiencia mexicana*. Xalapa: Biblioteca Universidad Veracruzana, pp. 97-157.
- Villamarín, F. (1990). "Autoeficacia y conductas relacionadas con la salud." *Revista de Psicología de la Salud*, 2, 1 y 2, pp. 45-64.

19. HOSTILIDAD, PSICOFISIOLOGÍA Y SALUD CARDIOVASCULAR

- Allen, M. T., A. Sherwood, P. A. Obrist, M. D. Crowell y L. A. Grange (1987). "Stability of cardiovascular reactivity to laboratory stressors: A 2 ½ year follow-up." *Journal of Psychosomatic Research*, 31, pp. 639-645.
- , C. M. Stone, J. F. Omens y K. A. Matthews (1993). "Hemodynamic adjustments to laboratory stress: The influence of gender and personality." *Psychosomatic Medicine*, 55, pp. 505-517.
- y K. A. Matthews (1997). "Hemodynamic responses to laboratory stressors in children and adolescents: The influences of age, race, and gender." *Psychophysiology*, 34, pp. 329-339.
- Barefoot, J. C., W. C. Dahlstrom y R. B. Williams (1983). "Hostility, CHD incidence, and total mortality: A 25 year follow-up study of physicians." *Psychosomatic Medicine*, 45, pp. 59-63.
- Boyle, S. H., R. B. Williams, D. B. Mark, B. H. Brummett, I. C. Siegler, M. J. Helms y J. C. Barefoot (2004). "Hostility as a predictor of survival in patients with coronary artery disease." *Psychosomatic Medicine*, 66, pp. 629-632.

- Carroll, D., G. D. Smith, D. Sheffield, M. J. Shipley y M. G. Marmot (1997). "The relationship between socio-economic status, hostility, and blood pressure reactions to mental stress in men: Data from the Whitehall II Study." *Health Psychology*, 16, pp. 131-136.
- Cook, W. W. y D. M. Medley (1954). "Proposed hostility and pharisaic-virtue scales for the MMPI." *Journal of Applied Psychology*, 38, pp. 414-418.
- Crowne, D. P. y D. Marlowe (1964). *The approval motive: Studies in evaluative dependence*. Nueva York: Wiley.
- Daviglus, M. L., K. Liu, P. Greenland y A. R. Dyer (1998). "Benefit of a favorable cardiovascular risk factor profile in middle age with respect to Medicare costs." *New England Journal of Medicine*, oct. 15, 339 (16), pp. 1122-1129.
- Davis, M. C., K. A. Matthews y C. E. McGrath (2000). "Hostile attitudes predict elevated vascular resistance during interpersonal stress in men and women." *Psychosomatic Medicine*, 62, pp. 17-25.
- Dembroski, T. M., J. M. MacDougall, P. T. Costa y G. A. Grandits (1989). "Components of hostility as predictors of sudden death and myocardial infarction in the multiple risk factors intervention trial", *Psychosomatic Medicine*, 51, pp. 514-521.
- y J. M. MacDougall (1983). "Behavioral and psychophysiological perspectives on coronary-prone behavior" en T. M. Demboski, T. M. Schmidt y G. Blumchen (eds.). *Biobehavioral bases of coronary heart disease*, Basel: Karger, pp. 106-129.
- Denollet, J. (2005). "Standard assessment of negative affectivity, social inhibition, and Type D personality." *Psychosomatic Medicine*, 67, pp. 89-97.
- Eaker, E. D., L. M. Sullivan, M. Kelly-Hayes, R. B. D'Agostino y E. J. Benjamin (2004). "Anger and hostility predict the development of atrial fibrillation in men in the Framingham offspring study." *Circulation*, 109, pp. 1267-1271.
- Eng, P. M., G. Fitzmaurice, L. D. Kubzansky, E. B. Rimm e I. Kawachi (2003). "Anger expression and risk of stroke and coronary heart disease among male health professionals." *Psychosomatic Medicine*, 65, pp. 100-110.
- Espinosa, M., A. Brea y F. Palmero (1996). "Modelos de reactividad y propensión a la enfermedad cardiovascular en sujetos tipo A y tipo B" en F. Palmero y A. Brea (coords.). *Trastornos cardiovasculares. Influencia de los procesos emocionales*. Valencia: Promolibro, pp. 375-397.
- Everson, S. A., G. A. Kaplan, D. E. Goldberg y J. T. Salonen (1996). "Anticipatory blood pressure response to exercise predicts future high blood pressure in middle-aged men." *Hypertension*, 27, pp. 1059-1064.
- Frankenhaeuser, M. (1979). "Psychoneuroendocrine approaches to the study of emotion as related to stress and coping" en R. A. Dienstbier (ed.). *Nebraska Symposium on Motivation*. Lincoln: University of Nebraska Press, pp. 123-161.
- (1981). "Coping with stress and work." *International Journal of Health Services*, 2, pp. 491-510.
- Friedman, H. S. y R. H. Rosenman (1959). "Association of specific overt behavior pattern with blood and cardiovascular finding." *Journal of the American Medical Association*, 169, pp. 1286-1296.
- (1974). *Type A behavior and your heart*. Nueva York: Knopf.
- Gallacher, J. E., P. M. Sweetnam, J. W. Yarnell, P. C. Elwood y S. A. Stansfeld (2003). "Is type A behavior really a trigger for coronary heart disease events?" *Psychosomatic Medicine*, 65, pp. 339-346.
- Hällström, T., L. Lapidus, C. Bengtsson y K. Edström (1986). "Psychosocial factors and risk and ischemic heart disease and death in women: A twelve year follow-up of participants in population study of women in Gothenburg, Sweden." *Journal of Psychosomatic Research*, 30, pp. 451-459.
- Haynes, S. G., M. Feinleib y W. B. Kannel (1980). "The relationship of psychosocial factors to coronary heart disease in the Framingham study: III: Eight year incidence of coronary heart disease." *American Journal of Epidemiology*, 111, pp. 37-54.
- Hearn, M., D. Murray y R. Luepker (1989). "Hostility, coronary heart disease, and total mortality: A 33-year follow-up study of university students." *Journal of Behavioral Medicine*, 12, pp. 105-121.
- Hecker, M. H., M. A. Chesney, G. W. Black y N. Frautschi (1988). "Coronary-prone in the Western Collaborative Group Study." *Psychosomatic Medicine*, 50 (2), pp. 153-164.
- Helmers, K. F., D. S. Krantz, C. N. B. Merz, J. Klein, W. J. Kop, J. S. Gottdiener y A. Rozanski (1995). "Defensive hostility: Relationship to multiple markers of cardiac ischemia in patients with coronary disease." *Health Psychology*, 14, pp. 202-209.
- y D. S. Krantz (1996). "Defensive hostility, gender and cardiovascular levels and responses to stress." *Annals of Behavioral Medicine*, 18, pp. 246-254.

- Jamner, L. D., D. Shapiro, I. B. Goldstein y R. Hug (1991). "Ambulatory blood pressure and heart rate in paramedics: Effects of cynical hostility and defensiveness." *Psychosomatic Medicine*, 51, pp. 285-289.
- Jenkins, C. D., R. H. Rosenman y M. Friedman (1966). "Components of the coronary-prone behavior pattern: their relation to silent myocardial infarction and blood lipids." *Journal of Chronic Diseases*, 19, pp. 599-606.
- Johnson, E. H. (1990). *The deadly emotions. The role of anger, hostility and aggression in health and emotional well-being*. Nueva York: Praeger.
- Jorgensen, R. S., K. Abdul-Karim, T. A. Kahan y J. J. Frankowski (1995). "Defensiveness, cynical hostility and cardiovascular reactivity: A moderator analysis." *Psychotherapy and Psychosomatics*, 64 (3-4), pp. 156-161.
- Kamarck, T. W. y W. R. Lavallo (2003). "Cardiovascular reactivity to psychological challenge: Conceptual and measurement considerations." *Psychosomatic Medicine*, 65, pp. 9-21.
- Kaplan, J. R., S. B. Manuck, M. R. Adams, K. W. Weingandy y T. B. Clarkson (1987). "Inhibition of coronary atherosclerosis by propranolol in behaviorally predisposed monkeys fed an atherogenic diet." *Circulation*, 76, pp. 1364-1372.
- , S. B. Manuck, T. B. Clarkson, F. M. Lusso, D. M. Taub y E. W. Miller (1983). "Social stress and atherosclerosis in normocholesterolemic monkeys." *Science*, 220, pp. 733-735.
- Kelsey, R. M. (1993). "Habituation of cardiovascular reactivity to psychological stress: Evidence and implications" en J. Blascovich y E. S. Katkin (eds.). *Cardiovascular reactivity to psychological stress and disease*. Washington, D.C.: American Psychological Association, pp. 135-153.
- Keys, A. y H. L. Taylor (1971). "Mortality and coronary heart disease among men studied for 23 years." *Archives of Internal Medicine*, 128, pp. 201-214.
- King K. B. (1997). "Psychologic and social aspects of cardiovascular disease." *Annual of Behavioral Medicine*, 19, pp. 264-270.
- Landeta, O., A. Barrenetxea, S. Corral y J. Otero (1998). "Componente expresivo de hostilidad y reactividad al estrés." *Ansiedad y Estrés*, 4, pp. 215-225.
- Larson, M. R. y A. W. Langer (1997). "Defensive hostility and anger expression: relationship to additional heart rate reactivity during active coping." *Psychophysiology*, 34, pp. 177-184.
- Lawler, K. A., T. L. Harralson, C. A. Armstead y L. A. Schmied (1993). "Gender and cardiovascular responses: What is the role of hostility?" *Journal of Psychosomatic Research*, 37, pp. 603-613.
- Leon, G. R., S. E. Finn, D. M. Murray y J. M. Bayley (1988). "The inability to predict cardiovascular disease from hostility scores or MMPI items related to Type behavior." *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56, pp. 597-600.
- Llabre, M. M., S. Spitzer, S. Siegel, P. G. Saab y N. Schneiderman (2004). "Applying latent growth curve modeling to the investigation of individual differences in cardiovascular recovery from stress." *Psychosomatic Medicine*, 66, pp. 29-41.
- MacDougall, J. M., T. M. Dembroski, J. E. Dimsdale y T. P. Hackett (1985). "Components of type A, hostility, and anger-in: Further relationships to angiographic findings." *Health Psychology*, 4, pp. 137-152.
- , T. M. Dembroski y D. S. Krantz (1981). "Effects of types of challenge on pressor and heart rate response in type A and type B women." *Psychophysiology*, 18, pp. 1-9.
- Manuck, S. B., A. L. Kasprovicz, S. M. Monroe, K. T. Larkin y J. R. Kaplan (1989). "Psychophysiological reactivity as a dimension of individual differences" en N. Schneiderman, S. M. Weiss y P. G. Kaufmann (eds.). *Handbook of Research Methods in Cardiovascular Behavioral Medicine*. Nueva York: Plenum, pp. 365-382.
- , G. Olsson, P. Hjemdahl y N. Rehnqvist (1992). "Does cardiovascular reactivity to mental stress have prognostic value in postinfarction patients? A pilot study." *Psychosomatic Medicine*, 54, pp. 102-108.
- , J. R. Kaplan, M. R. Adams y T. B. Clarkson (1989). "Behavioral elicited heart rate reactivity and atherosclerosis in female cynomolgus monkeys." *Psychosomatic Medicine*, 51, pp. 306-318.
- , J. R. Kaplan y K. A. Matthews (1986). "Behavioral antecedents of coronary heart disease and atherosclerosis." *Arteriosclerosis*, 7, pp. 485-491.
- , J. R. Kaplan y T. B. Clarkson (1983). "Behaviorally induced heart rate reactivity and atherosclerosis in cynomolgus monkeys." *Psychosomatic Medicine*, 45, pp. 95-108.
- Markovitz, J. H., J. M. Raczynski, D. Wallace, V. Chettur y M. A. Chesney (1998). "Cardiovascular reactivity to video game predicts subsequent blood pressure increases in young men: The CARDIA study." *Psychosomatic Medicine*, 60, pp. 186-191.

- Maruta, T., M. E. Hamburg, C. A. Jenkins, K. P. Offord, R. C. Colligan, R. L. Frye y M. Malinchoc (1993). "Keeping hostility in perspective: Coronary heart disease and the hostility scale on the Minnesota Multiphasic Personality Inventory." *Mayo Clinic Proceedings*, 68, pp. 109-114.
- Matthews, K. A., D. C. Glass, R. H. Rosenman y R.W. Bortner (1977). "Competitive drive, pattern A, and coronary heart disease: A further analysis of some data from the Western Collaborative Group Study." *Journal of Chronic Disease*, 30, pp. 489-498.
- McCrae, E. W., L. O. Watkins, J. N. Bandsma y B. D. Sisson (1986). "Hostility, coronary heart disease incidence, and total mortality: lack of association in a 25 years follow-up study of 478 physicians." *Journal of Behavioral Medicine*, 9, pp. 119-125.
- Mente, A. y K. F. Helmers (1999). "Defensive hostility and cardiovascular response to stress in young men." *Personality and Individual Differences*, 27(4), pp. 683-694.
- Myrtek, M. (1995). "Type A behavior pattern, personality factors, disease, and physiological reactivity: A meta-analytic update." *Personality and Individual Differences*, 18, pp. 491-502.
- Palmero, F., A. Brea y O. Landeta (2002). "Hostilidad defensiva y reactividad cardiovascular en una situación de estrés real." *Ansiedad y Estrés*, 8 (2-3), pp. 115-142.
- , M. Espinosa y A. Brea (1995). "Psicología y salud coronaria: historia de un trayecto emocional." *Ansiedad y Estrés*, 1-2, pp. 37-55.
- , V. Codina y J. Rosel (1993). "Psychophysiological activation, reactivity, and recovery in type A and type B scores when in a stressful laboratory situation." *Psychological Reports*, 73, pp. 803-811.
- Pedersen, S. S., R. T. van Domburg, D. Theuns, L. Jordaens y R. Erdman (2004). "Type D Personality is associated with increased anxiety and depressive symptoms in patients with an implantable cardioverter defibrillator and their partners." *Psychosomatic Medicine*, 66, pp. 714-719.
- Powell, L. H. y C. E. Thoresen (1985). "Behavioral and physiologic determinants of long-term prognosis after myocardial infarction." *Journal of Chronic Diseases*, 38, pp. 253-263.
- Rosenman, R. H. (1996). "Factores motivacionales y emocionales en el patrón de conducta tipo A" en F. Palmero y V. Codina (eds.). *Trastornos cardiovasculares: influencia de los procesos emocionales*. Valencia: Promolibro, pp. 89-112.
- , R. J. Brand, C. D. Jenkins, M. Friedman, R. Strauss y M. Wurm (1975). "Coronary heart disease in the Western Collaborative Group Study. Final follow up experience of 8½ years." *JAMA*, 233, pp. 872-877.
- y F. Palmero (1998). "Ira, hostilidad, apoyo social y trastornos coronarios" en F. Palmero y E. G. Fernández-Abascal (eds.). *Emociones y adaptación*. Barcelona: Ariel.
- y M. A. Chesney (1980). "The relationship of type A behavior pattern to coronary heart disease." *Actas Nervosa Superior*, 2, pp. 1-45.
- y M. Friedman (1961). "Association of specific behavior pattern in women with blood and cardiovascular findings." *Circulation*, 24, pp. 1173-1184.
- Rutledge, T., S. E. Reis, M. Olson, J. Owens, S. F. Kelsey, C. J. Pepine, N. Reichek, W. J. Rogers, C. Merz, G. Sopko, C. E. Cornell y K. A. Matthews (2001). "Psychosocial variables are associated with atherosclerosis risk factors among women with chest pain: The WISE study." *Psychosomatic Medicine*, 63, pp. 282-288.
- Schiffer, F., L. H. Hartley, C. L. Schulman y W. H. Abelmann (1976). "The quiz electrocardiogram: A new diagnostic and research technique for evaluating the relation between emotional stress and ischemic heart disease." *American Journal of Cardiology*, 37, pp. 41-47.
- Shapiro, D., I. B. Goldstein y L. D. Jammer (1995). "Effects of anger/hostility, defensiveness, gender, and family history of hypertension on cardiovascular reactivity." *Psychophysiology*, 32, pp. 425-435.
- Shekelle, R. B., M. Gale, A. M. Ostfeld y O. Paul (1983). "Hostility, risk of coronary heart disease, and mortality." *Psychosomatic Medicine*, 45, pp. 109-114.
- Sher, L. (2005). "Type D Personality: the heart, stress, and cortisol." *QJM*, 98 (5), pp. 323-329.
- Siegan, A. W. (1994). "From type A to hostility to anger: reflections on the history of coronary-prone behavior" en A. W. Siegan y T. W. Smith (eds.). *Anger, hostility and the heart*. Hillsdale: Lawrence Erlbaum Associates, pp. 1-21.
- , R. Anderson, J. Herbst, S. Boyle y J. Wilkinson (1992). "Dimensions of anger-hostility and cardiovascular reactivity in provoked and angered men." *Journal of Behavioral Medicine*, 15, pp. 257-272.
- Sloan, R. P., E. Bagiella, P. A. Shapiro, J. P. Kuhl, D. Chernikhova, J. Berg y M. M. Myers (2001). "Hostility, gender, and cardiac autonomic control." *Psychosomatic Medicine*, 63, pp. 434-440.

- Smith, T. W. y K. D. Allred (1989). "Blood pressure responses during social interaction in high and low cynically hostile males." *Journal of Behavioral Medicine*, 12, pp. 135-143.
- Steptoe, A., M. Cropley y K. Joeke (2000). "Task demands and the pressures of everyday life: Associations between cardiovascular reactivity and work blood pressure and heart rate." *Health Psychology*, 19, pp. 46-54.
- y D. L. Whitehead (2005). "Depression, stress, and coronary heart disease: the need for more complex models." *Heart*, 91, pp. 419-420.
- Strike, P. C. y A. Steptoe (2005). "Behavioral and emotional triggers of acute coronary syndromes: A systematic review and critique." *Psychosomatic Medicine*, 67, pp. 179-186.
- Suárez, E., C., E. Harlan, M. C. Peoples y R. B. Williams (1993). "Cardiovascular and emotional responses in women: the role of hostility and harassment." *Health Psychology*, 12, pp. 459-468.
- , R. Williams, C. Kuhn, E. Zimmerman y S. M. Schanberg (1991). "Biobehavioral basis of coronary-prone behavior in middle-aged men. Part II: serum cholesterol, the type A behavior pattern, and hostility as interactive modulators of psychological reactivity." *Psychosomatic Medicine*, 53, pp. 528-537.
- y R. Williams (1989). "Situational determinants of cardiovascular and emotional reactivity in high and low hostile men." *Psychosomatic Medicine*, 51, pp. 404-418.
- y R. Williams (1990). "The relationships between dimensions of hostility and cardiovascular reactivity as a function of task characteristics." *Psychosomatic Medicine*, 52, pp. 558-570.
- Suls, J. y C. K. Wan (1993). "The relationship between trait hostility and cardiovascular reactivity: A quantitative review and analysis." *Psychophysiology*, 30, pp. 615-626.
- Williams, R. B., J. C. Barefoot, T. L. Haney, K. L. Lee, Kong, J. A. Blumenthal y R. E. Whalen (1980). "Type A behavior, hostility, and coronary atherosclerosis." *Psychosomatic Medicine*, 42, pp. 539-549.
- , J. C. Barefoot y R. B. Shekelle (1985). "The health consequences of hostility" en M. A. Chesney y R. H. Rosenman (eds.). *Anger and Hostility in Cardiovascular and Behavioral Disorders*. Washington, D.C.: Hemisphere, pp. 173-185.

20. LA PSICOLOGÍA DE LA SALUD: ELEMENTOS TEÓRICO-METODOLÓGICOS Y TEMÁTICAS DE BASE

- AA.VV., (1987). *Famiglia e salute*. Studi interdisciplinari della famiglia. Milán: Vita e Pensiero.
- Abbagnano, N. (1985). *La saggezza della vita*. Milán: Rusconi.
- Adams, B. y B. Bromley (1998). *Psychology for health care: key terms and concepts*. Basingstoke: MacMillan.
- Andreoni, P. E. y G. Marocci (eds.) (1997). *Sicurezza e benessere nel lavoro*. Roma: Edizioni Psicologia.
- Antonovsky, A. (1979). *Health, stress and coping*. Nueva York: Jossey-Bass.
- (1987). *Unraveling the mystery of health. How people manage stress and stay well*. Londres: Jossey-Bass.
- Ardigò, A. (ed.) (1981). *Per una sociologia della salute*. Milán: Angeli.
- Argyle, M. (ed.) (1981). *Social skills and health*. Londres: Methuen.
- (1987). *The psychology of happiness*. Londres: Methuen. (Trad. it. *Psicologia della felicità*. Milán: Cortina, 1988.)
- Audisio, B. (1986). *Le case moderne e la salute*. Palermo: IPISA.
- Bacal, D. A. (1996). *Psicología y salud*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Baltes, P. B. y M. M. Baltes (1990). *Successful aging*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Bandura, A. (1998). "Health promotion from the perspective of social cognitive theory." *Psychology and Health*, 13, pp. 623-649.
- Barro, G. (1978). *La qualità della salute*. Roma: Napoleone.
- Baum, A., T. A. Revenson y J. E. Singer (eds.) (2001). *Handbook of health psychology*. Mahwah: Erlbaum.
- , S. E. Taylor y J. E. Singer (eds.) (1984). *Handbook of psychology and health*. Hillsdale: Erlbaum.
- Belar, C. D. y W. W. Deardorff (1995). *Clinical health psychology in medical settings: a practitioner's guidebook*. Washington: American Psychological Association.

- Bennett, P. (2000). *Introduction to clinical health psychology*. Buckingham: Open University Press.
- Bert, G., y S. Quadrino (1986). *Guadagnarsi la salute*. Roma: Editori Riuniti.
- Bertini, M. (ed.) (1988a). *Psicologia e salute. Prevenzione della patologia e promozione della salute*, Roma: La Nuova Italia Scientifica.
- (1988b). “Dalla psicologia medica alla psicologia della salute”, en M. Bertini (ed.), *Psicologia e salute. Prevenzione della patologia e promozione della salute*. Roma: La Nuova Italia Scientifica, pp. 61-76.
- (1998). “La ‘qualità’ del sistema sanitario: l’azienda come rischio/opportunità.” *Psicologia della Salute*, 1, pp. 15-33.
- P. Braibanti y M. P. Gagliardi (1999). “I programmi di ‘Life Skills Education’ (LSE) nel quadro della moderna psicologia della salute”. *Psicologia della Salute*, 2, pp. 11-31.
- Bonino, S. (1998). *Psicologia per la salute*. Milán: Casa Editrice Ambrosiana.
- Bowling, A. (1995). *Measuring disease*. Buckingham: Open University Press.
- (1997). *Measuring health*. Buckingham: Open University Press.
- Bradburn, N. M. (1969). *The structure of psychological well-being*. Chicago: Aldine.
- Brannon, L. y J. Feist (2001). *Psicología de la salud*. Madrid: Thomson/ Paraninfo.
- Bruchon-Schweitzer, M. (2005). *Psychologie de la santé. Modèles, concepts et méthodes*. París: Dunod.
- Buunk, B.P. y F. X. Gibbons (eds.) (1997). *Health, coping and well-being*. Mahwah: Lea.
- Cavallo, F. (ed.) (1983). *Progettazione e salute*. Turín: CELID.
- y G. Giustetto (1981). *Bambini e salute*. Turín: Minerva Medica.
- Cavallo, G. (1984). *Elementi di immunologia*. Turín: UTET.
- Ceccato, S. (1985). *Ingegneria della felicità*. Milán: Rizzoli.
- Chiusano, E., Peirone L., y E. Gerardi (2006). “La musicoterapia como método para la psicología de la salud: una investigación piloto sobre el canto materno cual instrumento de prevención y de terapéutica precoz finalizadas a la estabilización neurocomportamental y psico-afectiva del recién nacido pretérmino”, en L. A. Oblitas (ed.), *Atlas de psicología de la salud*. E-book. Bogotá: PSICOM Editores.
- Clerici, E. y M. L. Villa (1987). *Immunologia generale*. Turín: UTET.
- Cohen, L. M., D. E. McCharque y F.L. Collins (2003). *The health psychology handbook*, Londres: Sage.
- Cooper, C. L. (ed.) (1996). *Handbook of stress, medicine and health*. Boca Raton: CRC Press.
- y S. Williams (eds.) (1995). *Creating healthy work organizations*. Chichester: Wiley.
- Corradini, L. (1989). “Educare alla salute: tra famiglia e scuola.” *Famiglia Oggi*, XII, 41, pp. 31-42.
- Crossley, M. L. (2000). *Rethinking health psychology*. Buckingham: Open University Press.
- Curtis, A. (2000). *Health psychology*. Londres/Nueva York: Routledge.
- Dasen, P. R., J. W. Berry y N. Sartorius (eds.) (1988). *Health and cross-cultural psychology. Toward applications*. Londres: Sage.
- De Coro, A., M. Grasso G. P. Lombardo y P. Stampa (eds.) (1989). *Disagio, prevenzione, salute. Il contributo della psicologia clinica*. Roma: Bulzoni.
- Diekstra, R. W. F. (1988). *Psychology's role in the new health care system*. Ginebra: WHO Division of Mental Health.
- Donati, P. (ed.) (1982). *Salute e analisi sociologica*. Milán: Angeli.
- (ed.) (1983a). *Infanzia e salute*. Milán: Angeli.
- (ed.) (1983b). *La sociologia sanitaria. Dalla sociologia della medicina alla sociologia della salute*. Milán: Angeli.
- (ed.) (1986). *Salute e complessità sociale*. Milán: Angeli.
- (1987). “La famiglia come perno per la promozione della salute.” *Famiglia Oggi*, X, 26, pp. 6-13.
- Engel, G. L. (1977). “The need for a new medical model: a challenge for biomedicine.” *Science*, 196, pp. 129-136.
- Evangelista, S. M. (1984). *Procedimenti e mezzi di tutela della salute in azienda*. Milán: Giuffrè.
- Farnè, M. (1988). “Psicologia della salute.” *Psicologia Contemporanea*, XV, 90, pp. 18-19.
- y A. Sebellico (1990). *Psicologia, salute e malattia*. Bologna: Zanichelli.
- Flick, U. (ed.) (1992). *La perception quotidienne de la santé et de la maladie*. París: L'Harmattan.
- Francescato, D. y M. Tomai (1999). “Il ruolo dell’empowerment nella promozione della salute e del benessere.” *Psicologia della Salute*, 2, pp. 58-64.
- Galli, N. (1988). *La famiglia e l’educazione alla salute*. Milán: Vita e Pensiero.
- Garofalo, D. (1989). *Prevenzione psico-sociale e salute*. Roma: Borla.

- Gerardi, E. (1982). "Terza età: il diritto alla salute." *Relazione al Convegno* "La tutela della salute nella terza età", Turín, 3 abril.
- (1990). *Training autogeno e salute. Fra Oriente e Occidente una via verso il benessere*. Cuneo: Edizioni L'Arciere.
- y L. Peirone (1987). "Esperienze di educazione alla salute nella terza età." *Psicologia e Società. Rivista di Psicologia Sociale*, XII (XXXIV), 1-4, pp. 107-111.
- y L. Peirone (1988). "Una psicologia per la salute: la psicologia del Sé." *Anthropos News*, II, suppl. bis al núm. 0, pp. 1-2.
- y L. Peirone (1989). *Vivere sani, vivere sereni. Per una psicologia della salute*. Cuneo: Edizioni L'Arciere.
- y L. Peirone (1991). "UNITRE, ovvero educare alla salute", en Regione Piemonte (ed.), *Convegno Nazionale di Studio Cultura e Terza Età*, 17 y 18 de noviembre 1989. Turín: Regione Piemonte, pp. 105-117.
- Giobbi, A. (1980). "L'educazione sanitaria." *Aggiornamenti Sociali*, 6, pp. 435-447.
- Giovannini, D., P. E. Ricci Bitti, G. Sarchielli y G. Speltini (1982). *Psicologia e salute*. Bologna: Zanichelli.
- Goldberg, D. P. (1978). *Manual of the General Health Questionnaire*. Windsor: Nfer-Nelson.
- Goreczny, A. J. (ed.) (1995). *Handbook of health and rehabilitation psychology*. Nueva York/Londres: Plenum Press.
- Gossop, M. y M. Grant (eds.) (1990). *Preventing and controlling drug abuse*. Ginebra: WHO.
- Hogarth, J. (1975). *Glossary of health care terminology*. Copenhagen: WHO, Regional Office for Europe.
- Honn Qualls, S. y N. Abeles (eds.) (2001). *Psychology and the aging revolution: how we adapt to longer life*. Washington: American Psychological Association.
- ISTAT (1996). *Stili di vita e condizioni di salute*. Roma: ISTAT.
- Johnston, D. W. y M. Johnston (eds.) (2001). *Health psychology*. Amsterdam: Elsevier.
- Karasek, R. A. y T. Theorell (1990). *Healthy work, stress, productivity and the reconstruction of working life*. Nueva York: Basic Books.
- Katschnig, H., H. Freeman y N. Sartorius (1997). *Quality of life in mental disorders*. Chichester: Wiley.
- Kendall, Ph. C. y J. D. Norton-Ford (1982). *Clinical psychology. Scientific and professional dimensions*. Nueva York: Wiley.
- Kohn, R. y K. L. White (1974). *Health care. An international study*. Oxford: Oxford University Press.
- Korchin, S. J. (1976). *Modern clinical psychology. Principles of intervention in the clinic and community*. Nueva York: Basic Books.
- Kutash, I. L. y L. B. Schlesinger (1980). *Handbook on stress and anxiety*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Labbrozzi, D. (1995). *Misure di salute e di vita*. Roma: Il Pensiero Scientifico.
- Lai, G. (1985). *La conversazione felice*. Milán: Il Saggiatore.
- Laicardi, C. (1987). *Psicologia e qualità della vecchiaia*. Roma: Il Pensiero Scientifico.
- Laureni, U. y F. Rigosi (1985). *La salute possibile. Manuale di prevenzione in fabbrica*. Milán: Angeli.
- Lazarus, R. S. (1966). *Psychological stress and the coping process*. Nueva York: McGraw-Hill.
- y S. Folkman (1984). *Stress, appraisal and coping*. Nueva York: Springer.
- Lazzarini, G., U. Morelli, L. Peirone y M. Reginato (1985). *Cultura e terza età. Università della Terza Età fra integrazione ed emarginazione*. Turín: Assessorato alla Cultura e Istruzione della Regione Piemonte.
- Levi, L. (1972). *Stress and distress in response to psychosocial stimuli*. Oxford: Pergamon Press.
- Luthe, W. y J. H. Schultz (1969-1973). *Autogenic therapy*, 6 vols. Nueva York/Londres: Grune and Stratton.
- Maeran, R. y M. Santinello (eds.) (1985). *Quale salute? Itinerari alternativi per gli operatori dei servizi sanitari*. Milán: UNICOPLI.
- Maes, S. (1989). *Psicologia della salute: la scienza della salute e del comportamento*. *Psicologia Italiana*, X, 3, pp. 47-53.
- Mammone, G. (1985). *Salute, territorio e ambiente*. Padova: CEDAM.
- Marín, J. R. (ed.) (1995). *Health psychology and quality of life research*. Alicante: Murcia.
- Markova, I. y R. Farr (eds.) (1995). *Representations of health, illness and handicap*. Chur: Harwood Academic Publishers.
- Matarazzo, J. D. (1980). "Behavioral health and behavioral medicine: frontiers for a new health psychology." *American Psychologist*, 35, pp. 807-817.

- McDowell, I. y C. Newell (1987). *Measuring health: a guide to rating scales and questionnaires*. Nueva York: Oxford University Press.
- Millon, Th., C. Green y R. Meagher (eds.) (1982). *Handbook of clinical health psychology*. Nueva York: Plenum Press.
- Mira Engo, J. M. (1990). *Psicología y salud: un marco conceptual*. Valencia: Promolibro.
- Modolo, M. A. y A. Seppilli (1981). *Educazione sanitaria*. Roma: Il Pensiero Scientifico.
- Nardocci, F. (ed.) (1986). *La salute neuropsichica del bambino tra scienza e sviluppo dei servizi*. Milán: Angeli.
- Negrisola, A. (1986). *Preparazione psicosomatica alla terza età*. Milán: Nuovi Autori.
- Norcross, J. C. (ed.) (1986). *Handbook of eclectic psychotherapy*. Nueva York: Brunner/Mazel.
- y M. R. Goldfried (eds.) (2005). *Handbook of psychotherapy integration* (2a. ed.). Nueva York: Oxford University Press.
- Oblitas, L. A. (ed.) (2003). *Psicología de la salud y calidad de vida*. México: Thomson Learning.
- (2006). *Psicología de la salud y calidad de vida*. 2da. ed. México: Cengage (ex Thomson).
- (2006). *Psicología de la salud*. 2a. ed. México: Plaza y Valdés.
- Ogden, J. (2000). *Health psychology: a textbook* (2a. ed.). Buckingham: Open University Press.
- Orley, J. y W. Kuyken (eds.) (1993). *Quality of life assessment: international perspectives*. Berlin: Springer/Verlag.
- Parenti, F. y P. L. Pagani (1987). *Lo stile di vita*. Novara: De Agostini.
- Peirone, L. (1985). "Personalità e fruizione di cultura nella terza età: materiali di una ricerca di sfondo presso l' UNITRE di Turín", en G. Lazzarini, U. Morelli, L. Peirone y M. Reginato, *Cultura e terza età. Università della Terza Età fra integrazione ed emarginazione*. Turín: Assessorato alla Cultura e Istruzione della Regione Piemonte, pp. 103-127.
- (1987a). *Anthropos. Psicologia e Società. Rivista di Psicologia Sociale*, XII (XXXIV), 1-4, pp. 137-140.
- (ed.) (1987b). *Psicologia sociale della droga. Metodi e percorsi per la ricerca*. Milán: Giuffrè.
- (1987c). "Cultura della droga, socializzazione e personalità: il contributo della psicologia sociale all' indagine sul 'fenomeno droga'", en L. Peirone (ed.), *Psicologia sociale della droga. Metodi e percorsi per la ricerca*. Milán: Giuffrè, pp. 19-55.
- (1987d). "Aspecificità eziologica e modelli causali complessi nella dinamica del 'fenomeno droga'" en L. Peirone (ed.), *Psicologia sociale della droga. Metodi e percorsi per la ricerca*. Milán: Giuffrè, pp. 57-73.
- (1987e). "La famiglia 'inesistente' quale fattore operante nella genesi del 'fenomeno droga'" en L. Peirone (ed.), *Psicologia sociale della droga. Metodi e percorsi per la ricerca*. Milán: Giuffrè, pp. 153-170.
- (1987f). "Analisi logico-epistemologica e psicosociale sul modello operativo delle Comunità Terapeutiche per Tossicodipendenti" en Peirone L. (ed.), *Psicologia sociale della droga. Metodi e percorsi per la ricerca*. Milán: Giuffrè, pp. 233-258.
- (1989). "La paura dell' esame: i giovani di fronte alla 'maturità'. Una ricerca esplorativa sul campo." *Psicologia e Società. Rivista di Psicologia Sociale*, XIV (XXXVI), 1, pp. 52-57.
- (ed.) (1991). *L'identità corporea in crisi. Dimensioni cliniche del vissuto sul corpo nella prospettiva del Sé*. Milán: Giuffrè.
- (1994). "Ansia e depressione: due emozioni nella comunicazione dell'anziano. Primo rapporto di ricerca" en G. Lazzarini (ed.), *Anziani e generazioni*. Milán: Angeli, pp. 193-201.
- (1995). "Clinical psychology and health psychology: contemporary developments and methodological specifications." *Leadership Medica*, XI, 6, pp. 24-29.
- (1996). "Promozione della salute ed educazione alla salute: un'esperienza operativa nell'ambito della terza età, en Regione Piemonte (Health Department, Health Education Office), IUHPE, & ICHE, *Quality assessment in health promotion and health education: the 3rd European Conference on Effectiveness*, 12-14 de septiembre, Abstract Book. Turín: Regione Piemonte, p. 211.
- (1997). "Right borders, wrong borders: two problems about psychologically oriented health care analysed from a logical-epistemological point of view" en S. Gopinathan y N. Maier (eds.), *Borderless thinking: creating a global learning society. 7th International Conference on Thinking* (Singapur, 1-6 de junio). Singapur: National Institute of Education & Nanyang Technological University, p. 155.

- (2004a). “La costruzione/ricostruzione dell’ identità personale nella terza età” en A. Cugno (ed.), *Il dialogo tra le generazioni. Formazione e comunicazione oltre le frontiere*. Milán: Angeli, pp. 82-88.
- (2004b). “Qualità della vita nella terza età e scambio intergenerazionale” en A. Cugno (ed.), *Il dialogo tra le generazioni. Formazione e comunicazione oltre le frontiere*. Milán: Angeli, pp. 143-149.
- (2004c). “Le frontiere della comunicazione nella terza età e fra le tre età” en A. Cugno (ed.), *Il dialogo tra le generazioni. Formazione e comunicazione oltre le frontiere*. Milán: Angeli, pp. 281-288.
- , E. Gerardi, G. Borello, A. Camisasca, G. Cattaneo, M. Mammoliti, M. Olivero y D. Pegolo (1995). “Prevenzione del malessere adolescenziale-giovanile: il modello teorico multifaccia e l’intervento operativo dell’Associazione Anthropros” en P. L. Garotti (ed.), *Psicologia della salute. 2° Congresso Italiano. Cesena, 10-12 novembre 1995. Riassunti delle comunicazioni*. Cesena: Il Ponte Vecchio, pp. 73-74.
- , E. Gerardi, G. Borello, M. Mammoliti, M. Olivero, D. Pegolo y E. Tinghi (1995). “Health promotion against drug: an example of action-research in school” en AMATEM, *3rd European Symposium on drug addiction and AIDS. Istanbul, 23-26 october 1995. Book of abstracts*. Estantul: AMATEM, p. 87.
- , E. Gerardi, S. Cavaliere, A. Impellizzeri, M. Mammoliti y D. Pegolo (1996). “Aging and cultural processes: a survey using the PNP test” en IACCP, *XIII Congress of the International Association for Cross-Cultural Psychology (Montreal, August 12-16, 1996). Book of Abstracts*. Montreal: IACCP, p. 115.
- , E. Gerardi, G. Faccioli Riconda, S. Cavaliere, S. Durando, A. Impellizzeri y A. Brambilla (1997). “L’aiuto non ha età”. *Vivere Oggi*, XI, 5, pp. 14-19.
- , E. Gerardi, G. Gandino, A. Impellizzeri, M. Olivero, M. M. Pezzetti y D. Polito (1996). “Health psychology and third age: a survey by the Rorschach test” en F. Y. Doré (ed.), *Abstracts of the XXVI International Congress of Psychology (Montreal, August 16-21, 1996)*. Montreal: IUPsyS. *International Journal of Psychology*, XXXI, 3-4, p. 346.
- y E. Gerardi (1991). “La psicologia della salute.” *Famiglia Oggi*, XIV, 49, pp. 8-15.
- y E. Gerardi (1992). “Saggi e sereni.” *Vita e Salute*, XLI, 478, pp. 37-38.
- y E. Gerardi (2005). “La qualité de la vie au cours des cinq ages.” www.fiapa.org.
- Pennebaker, J. W. (ed.) (1995). *Emotion, disclosure, and health*. Washington: American Psychological Association.
- (1997). *Opening up: the healing power of emotional expression*. Nueva York: Guilford.
- Perussia, F. (ed.) (1987), *Psicologia ed ecologia*. Milán: Angeli.
- Petrillo, G. (ed.) (1996). *Psicologia sociale della salute. Salute e malattia come costruzioni sociali*. Nápoles: Liguori.
- Pietrantonio, L. (2001). *La psicologia della salute*. Roma: Carocci.
- Prochaska, J. O. y C. C. di Clemente (1984). *The transtheoretical approach: crossing the traditional boundaries of therapy*. Homewood: Dow Jones-Irvin.
- y J. C. Norcross (2003). *Systems of psychotherapy: A transtheoretical analysis* (5a. ed.). Pacific Grove: Brooks/Cole.
- Prodi, G. (1981). “Salute/malattia” en *Enciclopedia Einaudi*, vol. XII. Turín: Einaudi, pp. 394-427.
- Regione Lombardia (1983). *Prevenzione, salute, qualità della vita. Un progetto sperimentale in Lombardia*. Milán: Regione Lombardia, Settore Coordinamento per i Servizi Sociali.
- Remuzzi, G. y A. Maturò (2005). *Tra Igea e Panacea. Riflessioni su medicina e società*. Milán: Angeli.
- Renwick, R., I. Brown y M. Nagler (1996). *Quality of life in health promotion and rehabilitation*. Londres: Sage.
- Ribes, E. (1990). *Psicología y salud: un analisis conceptual*. Barcelona: Martínez Roca.
- Roales, J. (2004). *Psicología de la salud*. Madrid: Piramide.
- Roberts, R., T. Towell y J. F. Golding (2001). *Foundations of health psychology*. Nueva York: Palgrave.
- Ruggieri, V. (1988). *Mente, corpo, malattia*. Roma: Il Pensiero Scientifico.
- Sarafino, E. P. (2002). *Health psychology: biopsychosocial interactions*. Nueva York: Wiley.
- Sarason, J. C. y C. D. Spielberger (eds.) (1976-1985). *Stress and anxiety*, 9 vols. Nueva York: Hemisphere.
- Schabracq, M. J., J. A. M. Winnubst y C. L. Cooper (1996). *Handbook of work and health psychology*. Chichester: Wiley.

- Schultz, J. H. (1966). *Das Autogene Training. Konzentrierte Selbstentspannung*. Stuttgart: Thieme Verlag. (Trad. it. *Il training autogeno. Metodo di autodistensione da concentrazione psichica*. Milán: Feltrinelli. Vol. I: *Esercizi inferiori*, 1968. Vol. II: *Esercizi superiori. Teoria del metodo*, 1971.)
- Selye, H. (1974). *Stress without distress*. Philadelphia: Lippincott. (Trad. it. *Stress senza paura*. Milán: Rizzoli, 1976.)
- Seppilli, A. (1966). "L'educazione sanitaria nella difesa della salute." *L'Educazione Sanitaria*, 3.
- Simon, M. (1999). *Manual de psicología de la salud. Fundamentos, metodología y aplicaciones*. Madrid: Biblioteca Nueva.
- Snyder, C. R. y D. R. Forsyth (eds.) (1991). *Handbook of social and clinical psychology: the health perspective*. Nueva York: Pergamon Press.
- Spacapan, S. y S. Oskamp (eds.) (1988). *The social psychology of health*. Londres: Sage.
- Spinsanti, S. (1988). *L'alleanza terapeutica. Le dimensioni della salute*. Roma: Città Nuova Editrice.
- Stone, G. C., F. Cohen y N. E. Adler (eds.) (1979). *Health psychology: a handbook. Theories, applications, and challenges of a psychological approach to the health care system*, San Francisco: Jossey-Bass.
- Strack, F., M. Argyle y N. Schwarz (eds.) (1991). *Subjective well-being. An interdisciplinary perspective*. Oxford: Pergamon.
- Streiner, D. L. y G. F. Norman (1995). *Health measurement scales*. Nueva York: Oxford University Press.
- Stroebe, W. y M. Stroebe (1995). *Social psychology and health*. Buckingham: Open University Press. (Trad. it. *Psicología social e salute*. Milán: McGraw-Hill, 1997.)
- Tiranti, B. y S. Gattino (1994). *Health psychology: contributi ed esperienze della psicologia per la qualità della cura*. Turín: UPSEL.
- Torri, B. y G. Tognoni (ed.) (1982). *Bambini ed educazione sanitaria*. Roma: Il Pensiero Scientifico.
- Wallnoefer, H. (1979). *Autogenes Training*. Wien: Mannheim-Boehringer.
- Weiss, S. M., J. E. Fielding y A. Baum (eds.) (1991). *Health at work*. Hillsdale: Erlbaum.
- Wilson, R. N. (1970). *The sociology of health: an introduction*. Nueva York: Random House.
- World Health Organization (1978). *Primary health care. Report of the International Conference on Primary Health Care*. Alma Ata. Ginebra: OMS.
- (1981). *Global strategy for Health for All by the year 2000*. Ginebra: WHO.
- (1983). *Lifestyles and their impact on health*. WHO, Regional Office for Europe, Technical Discussion, Thirty-third Session. Madrid.
- (1993). "Life Skills Education for children and adolescents in schools". *WHO/MNH/PSF/93*. 7A. Rev. 1, pp. 2-3.
- /Organizzazione Mondiale della Sanità (1987). "Psicologia e salute". *Psicologia Italiana*, 9, pp. 6-27.
- Zales, M. R. (1985). *Stress in health and disease*. Nueva York: Brunner/Mazel.
- Zerbetto, R. y V. Panichi Zalaffi (1983). *Esperire. Progetto per l'educazione sulla salute e la prevenzione dalle tossicodipendenze nella scuola*. Siena: Provincia di Siena.
- Zani, B. y E. Cicognani (2000). *Psicologia della salute*. Bologna: il Mulino.

21. LA PSICOLOGÍA DE LA SALUD INFANTIL

- Amigo, V. I. y R. C. Fernández (1998). *Manual de psicología de la salud*. Madrid: Pirámide
- Belard, C., W. Deardoff y K. Kelly (1987). *The Practice of Clinical Health Psychology*. Gran Bretaña: Pergamon Press.
- Bellack, A. S., M. Hersen y A. E. Kazdin (1982). *International Handbook of Behavior Modification and Therapy*. Nueva York: Plenum Press.
- Buceta, J. M., A. M. Bueno y B. Mas (2000). *Intervención psicológica en trastornos de salud*. Madrid: Dykynson.
- Cacioppo, J. T. y R. E. Petty (1982). *Perspectives in cardiovascular psychophysiology*. Nueva York: The Guilford Press.
- Critelli, J. W. y K. F. Newmann (1984). "El placebo: conceptual analysis of a construct in transition." *American Psychologist*, 39, pp. 32-39.
- Davis, M. McKay y E. Esheiman (1985). *Técnicas de autocontrol emocional*. Barcelona: Martínez Roca.
- Ellis, A. (1980). *Razón y emoción en psicoterapia*. Bilbao: Desclée de Brouwer.

- Engel, G. L. (1977). "The need for a new Medical Model: A Challenge per Biomedicine." *Science*, 196, pp. 126-129.
- Gil, K. M., F. J. Keefe, J. E. Crisson y P. J. VanDalsen (1987). "Social support and pain behavior." *Pain*, 29, pp. 209-217.
- Kazdin, A. E. (1983). *Historia de la modificación de conducta*, cap. 6. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Lanzokowsky, P. (1983). *Pediatric Oncology*. EE.UU: McGraw-Hill.
- Leigh, A. y S. Reiser (1980). *Psychology and General Health. Prospects and Pitfalls*, 7, pp. 5-8.
- Meichenbaum, D. y R. Cameron (1983). "Stress inoculation training: Toward a general paradigm for training coping skills" en D. Meichenbaum y M. E. Jaremko (eds.), *Stress reduction and prevention*, cap. 3. Nueva York: Plenum.
- Millon, T. y C. Green (1982). *Handbook of Clinical Health Psychology*. Nueva York: Plenum Press.
- Oblitas, L. A. (2004). *Psicología de la salud y calidad de vida*. México: Thomson.
- Osorio, G. M (1997). "Comparación de las conductas problema en pacientes pediátricos con leucemia con y sin adherencia terapéutica." Trabajo presentado en el IV Congreso al Encuentro de la Psicología Mexicana, en Toluca Estado de México.
- Roa, A. A. (1995). *Evaluación en psicología clínica y de la salud*. Madrid: Ciencias de la educación pre-escolar y especial.
- Roberts, M. C., J. E. Meddus, S. K. Wurtele y L. Whight (1982). "Pediatric Psychology: Health Care Psychology for Children" en T. Millon, C. Green y R. Meagher (eds.) (1982). *Handbook of Clinical Health Psychology*, cap. 10. Nueva York: Plenum Press.
- Shapiro, D. y Y. B. Goldstein (1982). "Biobehavioural perspectives on hypertension." *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 50, pp. 841-858.
- Skinner, B. F. (1975). *La conducta de los organismos: análisis experimental*. Barcelona: Fontanella.
- Slaikue, K. A. (1988). *Intervención en crisis*. México: Manual Moderno, pp. 1-31.
- Tuma, J. M. (1975). "Pediatric psychologist ...? Do you mean clinical child psychologist?" *Journal of Clinical Child Psychology*, 4, 9-12.
- Turk, D. C., M. D. Litt, P. Salovey y J. Walter (1985). "Seeking urgent pediatric treatment: Factors contributing to frequency, delay, and appropriateness." *Health Psychology*, 4, pp. 43-59.
- Walker, L. (1979). "Battered Women", *Harper Press*, Nueva York, U.S.A.
- Wolpe, J. (1982). *The Practice of Behavior Therapy* (3a. ed.). Nueva York: Pergamon Press.
- Wright, L. y A. Freedman (1991). "Challenge of the future psychologist in medical setting" en J. J. Sweet, R. H. Rozensky y S. M. Tovian (eds.), *Handbook of clinical psychology in medical settings*. Nueva York: Plenum Press.

22. LA ATENCIÓN DE LOS SÍNTOMAS PSICOLÓGICOS DURANTE EL CLIMATERIO FEMENINO

- Avis, N. E., C. R. Stellato y C. Longcope (2001). "Longitudinal study of hormone levels and depression among women transitioning through menopause" en *Climacteric: The Journal of the International Menopause Society*, 4, 3. Londres: Parthenon Publishingpp, pp. 243-249.
- Beral, Valerie, Emilie Banks y Gillian Reeves (2002). "Evidence from randomized trials on the long term effects of hormone replacement therapy en UK", *Lancet*, 360, pp. 942-944.
- Birge, S. J. (2003). *Menopause The State of The Art*. Londres: Parthenon Publishing Co., p. 191.
- Cologer, C. A., N. G. Simon y M. L. Richter (1999). "Androgens and estrogens modulate 5-HT1A and 5-HT1B agonist effects on aggression" en *Physiological Behavior*, enero, 65: 4-5, 823-8.
- Genazzani, A. R. et al. (2003). *HRT in Climacteric & Aging Brain*, Londres: IMS.
- Hogervost, E. et al. (2004). "Hormone replacement therapy to maintain cognitive function in women with dementia (Cochrane Review)" en *The Cochrane Library*, Chichester: John Wiley & Sons, Ltd., 3.
- IMS (2004). "Position Paper" en *Climacteric*. Londres: Parthenon Publishing, 7, pp. 8-11.
- Lebrun, C. E., Y. T. van der Schouw, F. H. de Jong, H. A. Pols, D. E. Grobbee, S. W. Lamberts (2005). "Endogenous oestrogens are related to cognition in healthy elderly women", consultado en <http://www.ObGynWorld.com>
- Légorreta, D. y L. Morato (2000). "Perimenopausia y síntomas de conexión hormonal deficiente (síndrome WHMS)" en *Memorias del III Congreso Nacional de Climaterio y Menopausia COMEC y I Congreso de Climaterio FRACYM*, Mazatlán, Sinaloa, México, mayo.
- McEwen, B. S., S. E. Alves, K. Bulloch, N. G. Weiland (1997). "Ovarian Esteroids and the Brain: implications for cognition and aging", en *Neurology*, mayo, 48:5, supplement 7, pp. S8-15.

- Morse, C. A., E. Dudley, J. Guthrie, L. Dennerstein (1998). "Relationships between premenstrual complaints and perimenopausal experiences" en *J. of Psychosomatic Obstetric Gynaecology*. (Australia), diciembre, 19:4, pp. 182-191.
- NIH (2002). *International Position Paper on Women Health and Menopause*, Washington.
- Nelson, H. D. *et al.* (2004). "Postmenopausal Estrogen for Treatment of Hot Flashes" en *JAMA*, 291, pp. 1621-1625
- Nelson, H. D. *et al.* (2003). "Effects of Estrogen plus progestin on health-related quality of life" en *The New England Journal of Medicine*, 348, pp. 1839-1854, marzo.
- Pryor, J. C. (1998). "Perimenopause: The complex endocrinology of the menopausal transition" en *Endocrine Reviews*, 19, 4, pp. 397-428.
- Shaywitz, S. E., B. A. Shaywitz, K. R. Pugh, R. K. Fulbright *et al.* (1999). "Effects of Estrogen on brain activation patterns in postmenopausal women during working memory tasks" en *JAMA*, 7 de abril, 281, 13, pp. 1197-1202.
- Simpkins, J. W. *et al.* (1997). "Role of ERT in memory enhancement and the prevention of neuronal loss associated with Alzheimer's disease" en *American Journal of Medicine*, septiembre, 103: 3A, pp. 198-258.
- M. R. Soules, S. Sherman, E. Parrott, R. Rebar, N. Santoro, W. Utian y N. Woods (2001). "Executive summary: Stages of Reproductive Aging Workshop (STRAW)" en *Climacteric*, 4, pp. 267-272.
- Slopien R, Junik R, Meczekalski B, Halerz-Nowakowska B, Maciejewska M, Warenik-Szymankiewicz A, Sowinski J (2003). "Influence of hormonal replacement therapy on the regional cerebral blood flow in postmenopausal women." *Maturitas*, 46:255-262.
- Rissman, E.F., S.R. Wersinger, J.A. Taylor y D.B. Lubahn. (1997). "Estrogen receptor function as revealed by knockout studies: neuroendocrine and behavioral aspects." *Hormonal Behavior*, 31, pp. 232-243.
- Valles, V., R. Rojas, G. Olaiz (1994). "Factores de riesgo cardiovasculares en mujeres posmenopausicas. Encuesta Nacional de Enfermedades Crónicas, México 1993" en *Simposio Internacional El Climaterio en el Siglo XXI*. México.
- Yaffe, K., M. Haan, A. Byers, C. Tangen y L. Kuller (2000). "Estrogen use, APOE, and cognitive decline: evidence of gene-environment interaction" en *Neurology*, 54, pp. 1949-54.136.
- , D. Grady, A. Pressman, S. Cummings (1998). "Serum estrogen levels, cognitive performance, and risk of cognitive decline in older community women" en *Journal of the American Geriatric Society*, 46, pp. 816-821, 137.

23. LA DISPEPSIA FUNCIONAL: ASPECTOS BIOPSIICOSOCIALES, EVALUACIÓN Y TERAPIA PSICOLÓGICA

- Affleck, G., H. Tennen, S. Urrows, y P. Higgins (1992). "Neuroticism and the pain-mood relation in rheumatoid arthritis: Insights from a prospective daily study." *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 60, pp. 119-126.
- Allescher, H. D., G. Adler, J. Hartung, M. P. Manns, J. F. Riemann, M. Wienbeck y M. Classen (1999). "Prospektive Epidemiologische Studie der Oberbauchbeschwerden (PRESTO). Grundlagen und erste Ergebnisse" [Estudio epidemiológico prospectivo de malestar epigástrico (PRESTO). Trabajo de base y resultados preliminares.] *Deutsche Medizinische Wochenschrift*, 124, pp. 443-450.
- American Psychiatric Association (APA) (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4^a ed.) (DSM-IV). Washington, D.C.: APA.
- Asociación Española de Gastroenterología (2003). *Manejo del paciente con dispepsia. Guía de práctica clínica*. Barcelona: Asociación Española de Gastroenterología.
- Berstad, A., S. Olafsson, S. Tefera, J. G. Hatlebakk, O. H. Gilja y T. Hausken (2001). "Controversies in dyspepsia". *The European Journal of Surgery Supplement*, 586, pp. 4-11.
- Bolger, N. (1990). "Coping as a personality process: A prospective study." *Journal of Personality and Social Psychology*, 59, pp. 525-537.
- Cheng, C., W. M. Hui y S. K. Lam (2004). "Psychosocial factors and perceived severity of functional dyspeptic symptoms: a psychosocial interactionist model". *Psychosomatic Medicine*, 66, pp. 85-91.
- Cohen, S. y G. M. Williamson (1991). "Stress and infectious disease in humans". *Psychological Bulletin*, 109, pp. 5-24.
- Danesh, J. y R. E. Pounder (2000). "Eradication of *Helicobacter pylori* and non-ulcer dyspepsia". *The Lancet*, 355, pp. 766-767.

- Drossman, D. A., J. Leserman, G. Nachman, H. Gluck, T. C. Toomey y C. M. Mitchel (1990). "Sexual and physical abuse in women with functional or organic gastrointestinal disorders." *Annals of Internal Medicine*, 113, pp. 828-833.
- El-Serag, H. B. y N. J. Talley (2003). "Health-related quality of life in functional dyspepsia". *Alimentary Pharmacology & Therapeutics*, 18, pp. 387-393.
- Folks, D. G. y C. K. Kinney (1992). "The role of psychological factors in gastrointestinal conditions, a review pertinent to DSM-IV." *Psychosomatics*, 33, pp. 257-270.
- Giles, S. L. (1976). "Separate and combined effects of biofeedback training and brief individual psychotherapy in the treatment of gastrointestinal disorders." *Dissertation Abstract Int*, 39, 2495B.
- Gisbert, J. P., A. I. Cruzado, R. García-Gravalos y J. M. Pajares (2004). "Lack of benefit of treating *Helicobacter pylori* infection in patients with functional dyspepsia. Randomized one-year follow-up study." *Hepatogastroenterology*, 51, pp. 303-308.
- González de Rivera, J. L., L. R. Derogatis, C. de las Cuevas, R. Gracia-Marco, F. Rodríguez-Pulido, M. Henry-Benitez y A. L. Monterrey (1989). *The spanish versión of the SCL-90-R. Normative data in general population*. Baltimore: Clinical Psychometric Research.
- González, P., M. L. Legaz, F. Pérez, J. M. E. López, J. C. Valenzuela, A. Ponte, F. Ruiz, C. Pedraza, F. Díaz de Rojas y J. M. Sáez (2004). "Eficacia de la erradicación de *Helicobacter pylori* en la dispepsia no ulcerosa." *Medicina Clínica*, 122, pp. 87-91.
- Gutiérrez, A., L. Rodrigo, S. Riestra, E. Fernández, V. Cadahia, R. Tojo, D. Fuentes, P. Nino y J. L. Olcoz (2003). "Quality of life in patients with functional dyspepsia: a prospective 1-year follow-up study in Spanish patients." *European Journal of Gastroenterology & Hepatology*, 15, pp. 1175-1181.
- Haug, T. T., S. Svebak, I. Wilhelmsen, A. Berstad y H. Ursin (1994). "Psychological factors and somatic symptoms in functional dyspepsia. A comparison with duodenal ulcer and healthy controls." *Journal of Psychosomatic Research*, 38, pp. 281-291.
- , I. Wilhelmsen, A. Berstad y H. Ursin (1995). "Life events and stress in patients with functional dyspepsia compared with patients with duodenal ulcer and healthy controls." *Scandinavian Journal of Gastroenterology*, 30, pp. 524-530.
- Herman-Stahl, M., M. Stemmler y A. C. Petersen (1995). "Approach and Avoidant coping: Implications for adolescents' health." *Journal of Youth and Adolescence*, 24, pp. 649-665.
- Hewitt, P. L. y G. L. Flett (1996). "Personality traits and the coping process" en M. Zeidner y N. S. Endler (eds.), *Handbook of Coping*. Nueva York: Wiley.
- Hu, W. H., W. M. Wong, C. L. Lam, K. F. Lam, W. M. Hui, K. C. Lai, H. X. Xia, S. K. Lam y B. C. Wong (2002). "Anxiety but not depression determines health care-seeking behaviour in Chinese patients with dyspepsia and irritable bowel syndrome: a population-based study." *Alimentary Pharmacology Therapeutics*, 16, pp. 2081-2088.
- Hui, W. M., J. Ho, y S. K. Lam (1991). "Pathogenetic role of *Helicobacter pylori* in duodenal ulcer disease. Multivariate analysis of factors affecting relapse." *Digestive Diseases and Sciences*, 36, pp. 424-430.
- Iovino, P., F. Azpiroz y E. Domingo (1995). "The sympathetic nervous system modulates perception and reflex responses to gut distension in humans." *Gastroenterology*, 108, pp. 680-686.
- Jain, A. K., J. P. Gupta, S. Gupta, K. P. Rao y P. B. Bahre (1995). "Neuroticism and stressful life events in patients with non-ulcer dyspepsia." *The Journal of the Association of Physicians of India*, 43, pp. 90-91.
- Jiménez, M. P., B. Sandín, P. Chorot y M. A. Santed (1994). "Perceived social support: relationship with life events and health." *23rd International Congress of Applied Psychology*. Madrid, 17 al 22 de julio.
- Jones, R. H., S. T. Lydeard, F. D. R. Hobbs, J. E. Kenkre, E. I. Williams, S. J. Jones, J. A. Repper, J. L. Caldow, W. M. Dunwoodie y J. M. Bottomley (1990). "Dyspepsia in England and Scotlan." *Gut*, 31, pp. 401-405.
- Kawamura, A., K. Adachi, T. Takashima, M. Murao, T. Katsube, M. Yuki, M. Watanabe y Y. Kinoshita (2001). "Prevalence of functional dyspepsia and its relationship with *Helicobacter pylori* infection in a Japanese population." *Journal of Gastroenterology and Hepatology*, 16, pp. 384-388.
- Kellner, R. (1994). "Psychosomatic syndromes, somatization and somatoform disorders." *Psychotherapy and Psychosomatics*, 61, pp. 4-24.
- Koloski, N. A., N. J. Talley y P. M. Boyce (2001). "Predictors of health care seeking for irritable bowel syndrome and nonulcer dyspepsia: A critical review of the literature on symptom and psychosocial factors." *The American Journal of Gastroenterology*, 96, pp. 1340-1349.

- Lau, G. K., W. M. Hui, y S. K. Lam (1996). "Life events and daily hassles in patients with atypical chest pain." *The American Journal of Gastroenterology*, 91, pp. 2157-2162.
- Lazarus, R. S. y S. Folkman (1984). *Stress, appraisal and coping*. Nueva York: Springer.
- Lee, S. Y., M. C. Park, S. C. Choi, Y. H. Nah, S. E. Abbey y G. Rodin (2000). "Stress, coping, and depression in non-ulcer dyspepsia patients." *Journal of Psychosomatic Research*, 49, pp. 93-99.
- Li, Y., Y. Nie, W. Sha y H. Su (2002). "The link between psychosocial factors and functional dyspepsia: an epidemiological study." *Chinese Medical Journal*, 115, pp. 1082-1084.
- Lorena, S. L., E. Tinois, S. Q. Brunetto, E. E. Camargo, y M. A. Mesquita (2004). "Gastric emptying and intragastric distribution of a solid meal in functional dyspepsia: influence of gender and anxiety." *Journal of Clinical Gastroenterology*, 38, pp. 230-236.
- Magni, G., F. di Mario, G. Bernasconi y G. Mastropaolo (1987). "DSM-III diagnoses associated with dyspepsia of unknown cause." *The American Journal of Psychiatry*, 144, pp. 1222-1223.
- Malagelada, J. R. (1996). "Functional dyspepsia. Insights on mechanisms and management strategies." *Gastroenterology Clinics of North America*, 25, pp. 103-112.
- Mora, J., F. Flores, M. González, y M. Marroquín, (2003). "Construcción de significados acerca de la salud mental en población adulta de una comunidad urbana marginal." *Salud Mental*, 26, pp. 51-60.
- Núñez, A. C. y S. Tobón (2005). *Terapia cognitivo-conductual. El modelo procesual de la salud mental como camino para la integración, la investigación y la clínica*. Manizales: Editorial Universidad de Manizales.
- Organización Mundial de la Salud (OMS) (1948). *Carta de Constitución*. Ginebra: OMS.
- Panganamamula, K. V., R. S. Fisher y H. P. Parkman (2002). "Functional (nonulcer) dyspepsia." *Current Treatment Options in Gastroenterology*, 5, pp. 153-160.
- Patrick, D. L. y P. Erickson (1993). *Health status and health policy: quality of life in health care evaluation and resource allocation*. Nueva York: Oxford University Press.
- Pauli, P., P. Herschbach, H. Weiner y M. Von-Rad (1992). "Psychologische Faktoren der non-ulcer dyspepsia (NUD)" [Factores psicológicos en la dispepsia no ulcerosa]. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinisch Psychologie*, 42, pp. 295-301.
- Rajmil, L., M. D. Estrada, M. Herdman, V. Serra-Sutton y J. Alonso (2001). "Calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) en la infancia y la adolescencia: revisión de la bibliografía y de los instrumentos adaptados en España." *Gaceta Sanitaria*, 15 (supl. 4), pp. 34-43.
- Ruiz, A., F. J. Gordillo, J. C. Hermosa, E. Arranz y J. E. Villares (2005). "Evaluación de la sintomatología y calidad de vida en la dispepsia funcional antes y después de tratamiento de erradicación de *H. pylori*." *Medicina Clínica*, 124, pp. 401-405.
- Ruiz, M., F. Villasante, F. León, V. González-Lara, C. González, M. Crespo, J. Soto y J. Rejas (2001). "Cuestionario sobre calidad de vida asociada a dispepsia. Adaptación española y validación del cuestionario Dyspepsia Related Health Scale." *Medicina Clínica*, 117, pp. 567-573.
- Santed, M. A., Sandín, B. y Chorot, P. /1996). "Cuestionario de estrés diario (CED). validez de construcción y el problema de la confusión de medidas." *Boletín de Psicología*, 51, 45-70
- Sandín, B. (1995). "Estrés" en A. Belloch, B. Sandín y F. Ramos (eds.), *Manual de Psicopatología* (vol. II). Madrid: McGraw-Hill, pp. 3-52.
- (ed.) (1999). *El estrés psicosocial: conceptos y consecuencias clínicas*. Madrid: Klinik.
- y P. Chorot (2003). "Cuestionario de afrontamiento del estrés (CAE): desarrollo y validación preliminar." *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 8, pp. 39-54.
- , P. Chorot, L. Lostao, T. E. Joiner, M. A. Santed y R. M. Valiente (1999). "Escala PANAS de afecto positivo y negativo: validación factorial y convergencia transcultural." *Psicothema*, 11, pp. 37-51.
- , R. Valiente y P. Chorot (1999). "Evaluación del estrés psicosocial: material de apoyo" en B. Sandín (ed.) (1999). *El estrés psicosocial: conceptos y consecuencias clínicas*. Madrid: Klinik, pp. 245-316.
- , R. M. Valiente, P. Chorot, M. Olmedo y M. A. Stated (2002). "Versión española del cuestionario EPQR-Abreviado (EPQR-A): Replicación factorial, fiabilidad y validez." *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 7, pp. 207-216.
- Seegerstrom, S. C. y G. E. Miller (2004). "Psychological stress and the human immune system: A meta-analytic study of 30 years of inquiry." *Psychological Bulletin*, 130, pp. 601-630.
- Shumaker, S. y M. Naughton (1995). "The International Assessment of Health-Related Quality of Life: a theoretical perspective" en S. Shumaker y R. Berson (eds.), *The international assessment of health-related quality of life: theory, translation, measurement and analysis*. Oxford: Rapid Communications.

- Tack, J., R. Bisschops y B. DeMarchi (2001). "Causes and treatment of functional dyspepsia." *Current Gastroenterology Reports*, 3, pp. 503-508.
- Talley, N. J., S. L. Fett, A. R. Zinsmeister y L. J. Melton 3rd, (1994). "Gastrointestinal tract symptoms and self-reported abuse: a population-based study." *Gastroenterology*, 107, pp. 1040-1049.
- , J. Janssens, K. Lauritsen, I. Racz y E. Bolling-Sternevald (1999). "Eradication of Helicobacter pylori in functional dyspepsia: randomised double blind placebo controlled trial with 12 months' follow up." *BMJ*, 318, pp. 833-837.
- , V. Stanghellini, R. C. Heading, K. L. Koch, J. R. Malagelada y G. N. Tytgat (2000). "Functional gastroduodenal disorders" en D. A. Drossman, E. Corazziari, N. J. Talley, W. Grant Thompson y W. E. Whitehead (eds.). (2000), *Rome II: The functional gastrointestinal disorders* (2a. ed.). Mclean, VA: Degnon Associates.
- y D. W. Piper (1986). "Major life event stress and dyspepsia of unknown cause: a case control study." *Gut*, 27, pp. 127-134.
- Tarlow, A. R., J. E. Jr., Ware, S. Greenfield, E. C. Nelson, E. Perrin y M. Zubkoff, (1989). "The Medical Outcome Study: an application of method for monitoring the results of medical care." *JAMA*, 262, pp. 925-930.
- Tárraga, P. J. (2004). "Trastornos funcionales digestivos: una visión desde la atención primaria." *Revista de la SEMG*, 61, pp. 78-83.
- Tobón, S., B. Sandín y S. Vinaccia (2005). *Trastornos gastrointestinales: psicopatología y tratamientos psicológicos*. Madrid: Klinik.
- , S. Vinaccia, y B. Sandín (2003a). "Estrés psicosocial y factores psicológicos en la dispepsia funcional". *Anales de Psicología*, 2, pp. 223-234.
- , S. Vinaccia y B. Sandín (2003b). "Tratamiento psicológico de la dispepsia funcional: un análisis crítico". *Terapia Psicológica*, 21, pp. 173-182.
- , S. Vinaccia y B. Sandín (2004). "Modelo procesual del estrés en la dispepsia funcional: implicaciones para la evaluación y el tratamiento." *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 9, pp. 81-98.
- Wilhelmsen, I. (2002). "Somatization, sensitization, and functional dyspepsia." *Scandinavian Journal of Psychology*, 43, pp. 177-180.

24. HIPOCONDRIA: PRESENTACIÓN CLÍNICA Y PAUTAS PARA SU PSICOTERAPIA

- American Psychiatric Association (1952). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. Washington, D.C.: APA.
- (1968). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (2a. ed.). Washington, D.C.: APA.
- (1980). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (3a. ed.). Washington, D.C.: APA (Barcelona, Masson, 1984).
- (1987). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (3a. ed. rev.). Washington, D.C.: APA (Barcelona, Masson, 1988).
- (1994). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (4a. ed.). Washington, D.C.: APA.
- Avia, M. D. (1999). "The development of illness beliefs." *Journal of Psychosomatic Research*, 47, pp. 199-204.
- , M. A. Ruiz, M. E. Olivares, M. Crespo, A. B. Guisado, A. Sánchez y A. Varela (1996). "The meaning of psychological symptoms: effectiveness of a group intervention with hypochondriacal patients". *Behavior Research And Therapy*, 34, pp. 23-31.
- Bach, M., D. O. Nutzinger y L. Hartl (1996). "Comorbidity of anxiety disorders and hypochondriasis considering different diagnostic systems." *Comprehensive Psychiatry*, 37, pp. 62-67.
- Barsky, A. J. (1979). "Patients who amplify bodily sensations." *Annals of Internal Medicine*, 91, pp. 63-70.
- (1992). "Hypochondriasis and obsessive-compulsive disorder." *Psychiatric Clinics of North America*, 15, pp. 791-801.
- (1992b). "Amplification, somatization, and the somatoform disorders." *Psychosomatics*, 33, pp. 28-34.

- (2001). "Somatosensory amplification and hypochondriasis" en V. Starcevic y D. R. Lipsitt (eds.), *Hypochondriasis: Modern perspectives on an ancient malady*. Nueva York: Oxford University Press, pp. 223-248.
- , C. B. Frank, P. D. Cleary, G. Wyshak y G. L. Klerman (1991). "The relation between hypochondriasis and age." *American Journal of Psychiatry*, 148, pp. 923-928.
- , E. Geringer y C. A. Wool (1988). "A cognitive-educational treatment for hypochondriasis." *General Hospital Psychiatry*, 10, pp. 322-327.
- , G. Wyshak y G. L. Klerman (1986). "Hypochondriasis: An evaluation of the DSM-III criteria in medical outpatients." *Archives of General Psychiatry*, 43, pp. 493-500.
- , G. Wyshak y G. L. Klerman (1990a). "Transient Hypochondriasis." *Archives of General Psychiatry*, 47, pp. 746-752.
- , G. Wyshak y G. L. Klerman (1990b). "The somatosensory amplification scale and its relationship with hypochondriasis." *Journal of Psychiatric Research*, 24, pp. 323-334.
- , G. Wyshak y G. L. Klerman (1992). "Psychiatric comorbidity in DSM-III-R hypochondriasis." *Archives of General Psychiatry*, 49, pp. 101-108.
- , G. Wyshak, G. L. Klerman y K. S. Latham (1990). "The prevalence of hypochondriasis in medical outpatients." *Social Psychiatry And Psychiatric Epidemiology*, 25, pp. 89-94.
- Bass, C. y S. Potts (1993). "Somatoform Disorders" en G. K. Grossman (dir.), *Recent Advances in Clinical Psychiatry* (vol. 8). Londres: Churchill Livingstone.
- Baur, S. (1988). *Hypochondria: Woeful Imaginings*. Los Ángeles: University California Press (Barcelona, Gedisa, 1990).
- Belloch, A. y M. P. Martínez (1999). *Trastornos somatoformes: hipocondría*. Madrid: UNED-FUE.
- , E. Ayllón, M. P. Martínez, C. Castañeiras y M. A. Jiménez (1999). "Sensibilidad a las sensaciones corporales e hipocondría." *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 4, pp. 1-14
- , H. Fernández-Álvarez y C. Castañeiras (2004). "Presentación de un instrumento para la detección y valoración de las preocupaciones hipocondríacas en la población general: el inventario de preocupaciones hipocondríacas Aiglé." *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 13 (3), pp. 183-195.
- Benedetti, A., G. Perugi, C. Toni, B. Simonetti, B. Mata y G. B. Casano (1997). "Hypochondriasis and illness phobia in panic-agoraphobic patients." *Comprehensive Psychiatry*, 38, pp. 124-131.
- Berrios, G. E. (2001). "Hypochondriasis: History of the concept" en V. Starcevic y D. R. Lipsitt (eds.), *Hypochondriasis: Modern perspectives on an ancient malady*. Nueva York: Oxford University Press, pp. 3-20.
- Borkovec, T. D., E. Robinson, T. Prudinsky y J. A. DePree (1983). "Preliminary investigation of worry: Some characteristics and processes." *Behavior Research and Therapy*, 21, pp. 9-16.
- Botella, C. y M. P. Martínez (1997). "Tratamiento cognitivo-conductual de la hipocondría" en V. E. Caballo (dir.), *Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos* (vol. 1). Madrid: Siglo XXI.
- Castañeiras, C. (2001). *Avances en psicopatología y clínica de la hipocondría*. Tesis doctoral. Universitat de Valencia, Facultad de Psicología.
- , A. Belloch y M. P. Martínez (2000). "¿Es normal preocuparse por la enfermedad?" *Análisis y Modificación de Conducta*, 26, pp. 537-553.
- Clark, D. M. (1988). "A cognitive model of panic attacks" en S. Rachman y J. Maser (dirs.), *Panic: Psychological Perspectives*. Hillsdale: Erlbaum.
- , P. M. Salkovskis, A. Hackmann, A. Wells, M. Fennell, J. Ludgate, S. Ahmad, H. C. Richards y M. Gelder (1998). "Two psychological treatments for hypochondriasis: a randomised controlled trial." *British Journal of Psychiatry*, 173, pp. 218-225.
- Clark, L. A., D. Watson y S. Reynolds (1995). "Diagnosis and classification of psychopathology: challenges to the current system and future directions." *Annual Review of Psychology*, 46, pp. 121-153.
- Chorot, P. y M. P. Martínez (1995). "Trastornos somatoformes" en A. Belloch, B. Sandín y F. Ramos (eds.), *Manual de Psicopatología*, vol. 2, Madrid: McGraw-Hill Interamericana, pp. 225-270..
- Côté, G., O' T. Leary, D. H. Barlow y J. Strain (1994). "Hypochondriasis: Integrative Review" en T. A. Widiger, A. J. Frances, H. Pincus, M. First y R. Ross (dirs.), *Dsm-IV Sourcebook*, vol. 2. Washington D.C.: American Psychiatric Press.
- Dubovsky, S. L. (1988). *Concise Guide to Clinical Psychiatry*. Washington, D.C.: American Psychiatric Press.
- Ebert, D. y P. Martus (1994). "Somatization as a core symptom of melancholic type depression. Evidence from a cross-cultural study." *Journal of Affective Disorders*, 32, pp. 253-256.

- Fava, G. A., H. J. Freyberger, P. Bech, G. Christodoulou, T. Sensky, T. Theorell y T. N. Wise (1995). "Diagnostic criteria for use in psychosomatic research." *Psychotherapy and Psychosomatics*, 63, pp. 1-8.
- y L. Mangelli (2001). "Hypochondriasis and Anxiety Disorders" en V. Starcevic y D. R. Lipsitt (eds.), *Hypochondriasis: Modern perspectives on an ancient malady*. Nueva York: Oxford University Press, pp. 89-102.
- Fisch, R. (1987). "Masked depression: Its interrelations with somatization, hypochondriasis and conversion." *International Journal of Psychiatry in Medicine*, 17, 367-379.
- Furer, P., J. R. Walker, M. J. Chartier y M. B. Stein (1997). "Hypochondriacal concerns and somatization in panic disorders." *Depression and Anxiety*, 6, pp. 78-85.
- Freud, S. (1914). *Obras completas* (vol. 6). Madrid: Biblioteca Nueva.
- Gillespie, R. D. (1928). "Hypochondria: its definition, nosology and psychopathology." *Guys Hospital Report*, 8, pp. 408-460.
- Gradillas, V. (1986). "Crítica al concepto de hipocondría." *Actas Luso-Españolas de Neurología, Psiquiatría y Ciencias Afines*, 14, pp. 389-391.
- Hernandez, J. y R. Kellner (1992). "Hypochondriacal concerns and attitudes toward illness in males and females." *International Journal of Psychiatry in Medicine*, 22, pp. 251-263.
- Hollifield, M. (2001). "Hypochondriasis and personality disturbance" en V. Starcevic y D. R. Lipsitt (eds.), *Hypochondriasis: Modern perspectives on an ancient malady*. Nueva York: Oxford University Press, pp. 102-126.
- Janca, A., M. Isaac, L. A. Bennett y G. Tacchini (1995). "Somatoform disorders in different cultures: a mail questionnaire survey." *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 30, pp. 44-48.
- Janet, P. (1910). *Néuroses*. Paris: Société Pierre Janet.
- Kellner, R. (1982). "Psychotherapeutic strategies in hypochondriasis: a clinical study." *American Journal of Psychotherapy*, 36, pp. 146-157.
- (1983). "Prognosis of treated hypochondriasis: a clinical study." *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 67, pp. 69-79.
- (1985). "Functional somatic symptoms and hypochondriasis: a survey of empirical studies." *Archives of General Psychiatry*, 42, pp. 821-833.
- (1986). *Somatization and Hypochondriasis*. Nueva York: Praeger.
- (1989). "Hypochondriasis and body dysmorphic disorder." *Treatments of psychiatric disorders: a task force report of the American Psychiatric Association*. Washington: American Psychiatric Press.
- (1991). "Treatment approaches to somatizing and hypochondriacal patients" en L. J. Kirmayer y J. M. Robbins (dirs.), *Current concepts of somatization: research and clinical perspectives*. Washington: American Psychiatric Press.
- (1992). "Diagnosis and treatments of hypochondriacal syndromes." *Psychosomatics*, 33 (3), pp. 278-289.
- , P. Abbott, D. Pathak, W. W. Winslow y B. E. Umland (1984). "Hypochondriacal beliefs and attitude in family practice and psychiatric patients." *International Journal of Psychiatry in Medicine*, 13, pp. 127-139.
- , P. Abbott, W. W. Winslow y D. Pathak, (1987). "Fears, beliefs, and attitudes in DSM-III hypochondriasis." *Journal of Nervous And Mental Disease*, 175, pp. 20-25.
- y K. Schneider-Braus (1988). "Distress and attitude in patient perceived as hypochondriacal by medical staff." *General Hospital Psychiatry*, 10 (3), pp. 157-162.
- Kenyon, F. E. (1964). "Hypochondriasis: a clinical study." *British Journal of Psychiatry*, 110, pp. 478-488.
- Lesse, S. (1967). "Hypochondriasis and psychosomatic disorders masking depression." *American Journal of Psychotherapy*, 21, pp. 607-620.
- Ludwig, A. M. (1972). "Hysteria: A neurobiological theory." *Archives of General Psychiatry*, 20, pp. 771-777.
- Marks, I. M. (1987). *Miedos, fobias y rituales*. Barcelona: Martínez Roca.
- Marshall, W. R. (1987). "Chronic Somatizers" en C. S. Rogers y J. D. McCue (dirs.), *Managing Chronic Disease*. New Jersey: Medical Economics Books.
- Martínez, M. P. (1997). *Nuevas aproximaciones cognitivas a la conceptualización y al tratamiento de la hipocondría*. Tesis doctoral. Universitat de Valencia-Facultad de Psicología.
- , A. Belloch y C. Botella (1996). "Hipocondría y trastorno por angustia: ¿dos perfiles distintos de actitudes y conductas de enfermedad?" *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 1, pp. 223-231.

- , A. Belloch, y C. Botella (1999). "Somatosensory Amplification in Hypochondriasis and Panic Disorder." *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 6, pp. 46-53.
- y C. Botella (1995). "Aplicación de un tratamiento cognitivo-conductual a un caso de hipocondría primaria." *Análisis y Modificación de Conducta*, 21, pp. 697-734.
- y C. Botella (1996). "Evaluación y tratamiento psicológico de la hipocondría: revisión y análisis crítico." *Psicología Conductual*, 4, pp. 29-62.
- , C. Botella y A. Belloch (1997). "Hipocondría: ¿un trastorno tratable?" *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 2, pp. 155-167.
- Murphy, M. (1990). "Classification of Somatoform Disorders" en C. Bass (ed.), *Somatization: physical symptoms and psychological illness*. Oxford: Blackwell Scientific Publications.
- Nemiah, J. C. (1982). "Trastornos somatomorfos" en H. I. Kaplan y B. J. Sadock (dirs.), *Tratado de Psiquiatría*. Barcelona: Masson-Salvat.
- Noyes, R. (1999). "Relationship of hypochondriasis to anxiety disorders." *General Hospital Psychiatry*, 21, pp. 8-17.
- , R. G. Kathol, M. M. Fisher, B. M. Phillips, M. T. Snelzer y C. L. Woodman (1994). "Psychiatric comorbidity among patients with hypochondriasis." *General Hospital Psychiatry*, 16, pp. 78-87.
- Organización Mundial de la Salud (1993). *Clasificación CIE-10 de los trastornos mentales y del comportamiento: Criterios diagnósticos de investigación*. Ginebra: OMS.
- Pilowsky, I. y N. D. Spence (1977). "Ethnicity and illness behaviour." *Psychological Medicine*, 7, pp. 447-452.
- Rachman, S. J. (1974). "Some similarities and differences between obsessional ruminations and morbid preoccupations." *Canadian Psychiatric Association Journal*, 18, pp. 71-73.
- Salkovskis, P. M. (1989). "Somatic Problems" en K. Hawton, P. M. Salkovskis, J. Kirk y D. M. Clark (eds.), *Cognitive-Behaviour Therapy for Psychiatric Problems: A Practical Guide*. Oxford: Oxford University Press.
- y D. M. Clark (1993). "Panic disorder and hypochondriasis." *Advances in Behaviour Research and Therapy*, 15, pp. 23-48.
- y H. M. Warwick (2001). "Meaning, misinterpretations, and medicine: A cognitive-behavioral approach to understanding health anxiety and hypochondriasis" en V. Starcevic y D. R. Lipsitt (eds.), *Hypochondriasis: Modern perspectives on an ancient malady*. Nueva York: Oxford University Press, pp. 202-222.
- Sandín, B. y P. Chorot (1995). "Síndromes clínicos de la ansiedad" en A. Belloch, B. Sandín y F. Ramos (eds.), *Manual de Psicopatología* (vol. 2). Madrid: McGraw-Hill Interamericana, pp. 81-111.
- Savron, G., G. A. Fava, S. Grandi, C. Rafanelli, A. R. Rafi y P. Belluardo (1996). "Hypochondriacal fears and beliefs in obsessive-compulsive disorder." *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 93, pp. 345-348.
- Schmidt, A. J. M. (1994). "Bottlenecks in the diagnosis of hypochondriasis." *Comprehensive Psychiatry*, 35, pp. 306-315.
- Sharpe, M., R. Peveler y R. Mayou (1992). "The psychological treatment of patients with functional somatic symptoms: a practical guide." *Journal of Psychosomatic Research*, 36, pp. 515-529.
- Speckens, A. E. M., P. Spinhoven, K. E. Hawton, J. H. Bolk y A. M. Van Hemert (1996). "Cognitive behavioral therapy for medically unexplained physical symptoms: a pilot study." *Behavioral and Cognitive Psychotherapy*, 24, pp. 1-16.
- Starcevic, V. (1990). "Relationship between hypochondriasis and obsessive-compulsive personality disorder: Close relatives separated by nosological schemes?" *American Journal of Psychotherapy*, 44, pp. 340-347.
- (1991). "Reassurance and treatment of hypochondriasis." *General Hospital Psychiatry*, 13, pp. 122-127.
- (2001). "Clinical features and diagnosis of hypochondriasis" en V. Starcevic y D. R. Lipsitt (eds.), *Hypochondriasis: Modern perspectives on an ancient malady*. Nueva York: Oxford University Press, pp. 21-60.
- (2002). "Overcoming therapeutic pessimism in hypochondriasis." *American Journal of Psychotherapy*, 56, pp. 167-177.
- , S. Fallon, E. H. Uhlenhuth y D. Pathak (1994). "Generalized anxiety disorder, worries about illness, and hypochondriacal fears and beliefs." *Psychotherapy and Psychosomatics*, 61, pp. 93-99.
- , R. Kellner, E. H. Uhlenhuth y D. Pathak (1992). "Panic disorder and hypochondriacal fears and beliefs." *Journal of Affective Disorders*, 24, pp. 73-85.
- Stern, R. y M. Fernandez (1991). "Group cognitive and behavioural treatment for hypochondriasis." *British Medical Journal*, 303, pp. 1229-1231.

- Tyrer, P., R. Fowler-Dixon, B. Ferguson y A. Keleman (1990). "A plea for the diagnosis of hypochondriacal personality disorder." *Journal of Psychosomatic Research*, 34, pp. 637-642.
- Warwick, H. M. C., D. M. Clark, A. M. Cobb y P. M. Salkovskis (1996). "A controlled trial of cognitive-behavioural treatment of hypochondriasis." *British Journal of Psychiatry*, 169, pp.189-195.
- y P. M. Salkovskis (1989). "Hypochondriasis" en J. Scott., J. M. G. Williams. y A. T. Beck (dirs.), *Cognitive therapy in clinical practice: An illustrative casebook*. Londres: Routledge.
- y P. M. Salkovskis (1990). "Hypochondriasis." *Behavior Research and Therapy*, 28, pp. 105-117.
- y P. M. Salkovskis (2001). "Cognitive-Behavioral treatment of Hypochondriasis" en V. Starcevic y D. R. Lipsitt (eds.), *Hypochondriasis: Modern perspectives on an ancient malady*. NuevaYork: Oxford University Press, pp. 314-328.
- Wesner, R. B. y R. Noyes, (1991). "Imipramine: An effective treatment for illness phobia." *Journal of Affective Disorders*, 22, pp. 43-48.
- Willerman, L. y D. B. Cohen (1990). *Psychopathology*. Nueva York: McGraw-Hill.
- Woody, S. y S. Rachman (1994). "Generalized anxiety disorder (GAD) as an unsuccessful search for safety." *Clinical Psychology Review*, 14, pp. 743-753.

25. EL CÁNCER DE PRÓSTATA LOCALIZADO, LA CALIDAD DE VIDA Y EL AJUSTE MARITAL

- Aaronson, N., S. Ahmedzai, B. Bergman, M. Bullinger, A. Cull, N. Duez, A. Filiberti, H. Flechtner, S. Fleishman, J. de Haes, S. Kaasa, M. Klee, D. Osaba, D. Razavi, P. Rofo, S. Schraub, K. Sneeuw, M. Sullivan y F. Takeda (1993). "The European Organization for Research and Treatment of Cancer QLQ-C30: A Quality-of-Life Instrument for Use in International Clinical Trials in Oncology." *Journal of the National Cancer Institute*, 85, 5, pp. 365-376.
- Anderson, B. (1992). "Psychological interventions for cancer patients to enhance the quality of life." *Journal of consulting and clinical psychology*, 60, pp. 552-568.
- Arias, I. y C. A. Byrne (1996). "Evaluación de los problemas de pareja" en G. Buela-Casal, V. Caballo y J. Sierra (eds.), *Manual de evaluación en psicología clínica y de la salud*. Madrid, España: Siglo XXI, pp. 357-375.
- Arnau, J. (1998). "Metodología de la investigación psicológica" en M. T. Anguera., J. Arnau, M. Ato, R. Martínez, J. Pascual y G. Vallejo (eds.), *Métodos de investigación en psicología*. Madrid, España: Síntesis, pp. 23-43.
- Bayés, R. (1984). *Psicología oncológica*. Barcelona, España: Biblioteca de psicología, psiquiatría y salud.
- Barlow, D. H. y V. M. Durand (1999). *Psicología anormal*. México: Thompson.
- Blanco, S. y V. Navia (1986). "Factores psicosociales y cáncer: una revisión crítica." *Estudios de psicología*, 25, pp. 6-29.
- Brink, S. y J. Fischman, (2000). "Prostate dilemmas early is forcing more men to weigh the difficult treatment options." *U.S. News & World Report*, 128, 20, pp. 66-81.
- Bornstein, P. y M. Bornstein (1986). *Marital therapy: A behavioral communications approach*. Nueva York: Pergamon Press Inc.
- Brock, D. (1993). "Medidas de calidad de vida en el cuidado de la salud y la ética médica" en M. Nusbaum y S. Amartya (comps.), *La calidad de vida*. México: The United Nations University/Fondo de Cultura Económica.
- Buela-Casal, G., V. Caballo y J. Sierra (1996). *Manual de evaluación en psicología clínica y de la salud*. Madrid, España: Siglo XXI.
- Cáceres, J. (1996). *Manual de terapia de pareja e intervención en familias*. Madrid: Fundación Universidad Empresa.
- Clark, J., P. Rieker y Talkott (1999). "Changes in quality of life following treatment for early prostate cancer." *Urology*, 53, 1, pp. 161-167.
- Federación Colombiana de Psicología (2001). *Código ético del psicólogo*. Bogotá, Colombia: Editorial ABC.
- Corsi, J. (1999). *Violencia masculina en pareja: una aproximación al diagnóstico y a los modelos de intervención*. Buenos Aires: Paidós.
- Dorval, M., E. Maunsell, J. Taylor-Brown y M. Fitzpatrick (1999). "Marital stability after breast cancer." *Journal of the National Cancer Institute*, 91, pp. 54-59.
- Dulcey-Ruiz, E. y C. Uribe (2000). *Cognición afectividad y calidad de vida en la adultez*. Doc. núm. 3. Bogotá, Colombia: Universidad Javeriana, pp.1-10.

- Eidelson, R. J. y N. Epstein (1982). "Cognition and relationship maladjustment: Development of a measure of dysfunctional relationship beliefs." *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 50, 7, pp. 715-720.
- Esteban, E. (1998). "El concepto de relación de pareja en las sociedades occidentales contemporáneas (implicaciones para la estabilidad marital)." *Revista de teología y ciencias humanas*, 56, 108, pp. 79-193.
- Fair, W. y R. Weiss (1994). *Management of prostate diseases*. Nueva York: Professional Communication, Inc.
- Fayers, P. M., N. K. Aaronson, K. Bjordal, M. Groenvold, D. Curran y A. Bottomley (2001). *The EORTC QLQ-C30 scoring manual* (3a. ed.). Bruselas: European Organization for Research and Treatment of Cancer.
- Feneley, M. y P. Walsh (1999). "Incontinence after radical prostatectomy." *The Lancet: London*, 353, pp. 2091-2092.
- Ferszt, G. y F. Barg (1991). "Apoyo psicosocial" en *Libro de consulta para enfermeras sobre el cáncer*. España: Asociación Española contra el cáncer, pp. 156-164.
- Franks, M., T. B. Hong, L. C. Pierce y M. W. Ketterer (2002). "The association of patients psychosocial well-being with self and spouse ratings of patient health." *Family relations*, 51, pp. 22-27.
- Fundación FEFOC (2002). "Vista general de la guía de cuidados en el hogar para los problemas sexuales." Recuperado el 16 de enero de <http://www.fefoc.org>.
- Fineberg, B. y J. Lowman (1975). "Affect and status dimensions of marital adjustment." *Journal of marriage and the family*, 37, 1, pp. 155-160.
- Flocks, R. y W. Scott (1975). *The Urology clinics of North America*. Estados Unidos: W.B. Saunders Company P.
- Garnick, M. (1994). "Cáncer de próstata." *Investigación y ciencia*, pp. 46-53.
- Gottman, J. (1979). *Marital Interaction: Experimental Investigation*. Nueva York: Academic Press.
- Gottman, J. M. (1993). "The roles of conflict engagement, escalation and avoidance in marital interaction: A longitudinal view of life types of couples." *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63, pp. 221-233.
- Graham, C., J. Fischer, D. Crawford, J. Fitzpatrick y K. Bina (2000). "Parental status, social support, and marital adjustment." *Journal of family issues*, 21, 7, pp. 888-905.
- Gray Cancer Institute (2001). "Prostate Cancer." Recuperado el 28 de mayo de <http://www.graylab.ac.uk>
- Hagedoorn, M., R. G. Kuijjer y B. P. Buunk (2000). "Marital satisfaction in patients with cancer: Does support from intimate partners benefit those who need it most?" *Health Psychology*, 19, pp. 274-282.
- Hanover, D. (1999). "In it together." *Good Housekeeping*, 229, 4, pp. 132-142.
- Helgeson, V. y S. Lepore (1997). "Men's adjustment to prostate cancer: the role of agency and unmitigated agency". *Sex roles*, 37, 3, pp. 251-259.
- Hernández, R., C. Fernández y P. Baptista (1998). *Metodología de la investigación*. México: McGraw-Hill.
- Instituto Nacional de Cancerología (INC) (2002). *Evaluación técnico-económica del tratamiento del cáncer en Colombia con utilización de aceleradores lineales y cobaltos*. Bogotá, Colombia.
- Jonler, M., O. Nielsen y H. Wolf (1998). "Urinary symptoms, potency, and quality of life in patients with localized prostate cancer followed up with deferred treatment." *Urology*, 52, 6, pp. 1555-1062.
- Kaps, E. (1994). "The role of the support group 'us too'." *Cancer*, 74, 17, pp. 2188-2189.
- Kornblith, A. B., H. W. Herr, U. S. Ofman, H. I. Scher y J. C. Holland (1994). "Quality of Life of Patients with Prostate Cancer and Their Spouses." *Cancer*, 73, 11, pp. 2791-2802.
- Krongrad, A., H. Lai, M. Burke, K. Goodkin y S. Lai (1996). "Marriage and mortality in prostate cancer." *The Journal of Urology*, 156, pp. 1696-1700.
- Kunkel, E., J. Bakker, R. Myers, O. Oyesanmi y L. Gomella (2000). "Biopsychosocial aspects of prostate cancer." *Psychosomatics*, 41, 2, pp. 85-98.
- Kuijjer, R. G., B. P. Buunk y J. F. Ybema (2001). "Are quality concerns important in the intimate relationship when one partner of a couple has cancer?" *Social Psychology*, 64, pp. 267-282.
- Langone, J. (2001). "Rekindling sexuality for people with cancer." *New York Times*. F.6.
- Lepore, S. y V. Helgeson (1998). "Social constraints, intrusive thoughts, and mental health after prostate cancer." *Journal of Social and Clinical Psychology*, 17, 1, pp. 89-106.
- Libman, E., C. S. Fichten, L. Creti, N. Weinstein, R. Amsel y W. Brender (1989). "Transurethral prostatectomy: differential effects of age category and presurgery sexual functioning on postprostatectomy sexual adjustment." *Journal of Behavioral Medicine*, 12, 5, pp. 469-485.

- Litwin, N., S. Flanders y D. Pasta (1999). "Sexual function and bother after radical prostatectomy or radiation for prostate cancer: Multivariate quality of life analysis from Capsure (Cancer of the prostate strategic urologic research endeavor)." *Urology*, 54, 3, pp. 505-508.
- Litwin, M., D. Pasta y J. Yu (2000). "Urinary function and bother after radical prostatectomy or radiation for prostate cancer: A longitudinal multivariate quality of life analysis from the cancer of the prostate strategic urologic research endeavor." *Journal of Urology*, 164, 6, pp. 1973-1977.
- , K. McGuigan, A. Shpall y Dhanani (1999). "Recovery of health related quality of life in the year after radical prostatectomy: early experience." *Journal of Urology*, 161, 2, pp. 515-519.
- Llavona, L. y M. Carrasco (1997). "Tratamiento de un caso de problemas de pareja" en D. Anton y F. Méndez (eds.), *Aplicaciones clínicas de la evaluación y modificación de la conducta*. Madrid, España: Pirámide.
- Lugo, J., M. Barroso y L. Fernández (1996). "Calidad de vida y sus instrumentos de medición. Una herramienta en oncología." *Revista cubana de oncología*, 12, 1.
- Martínez, P. (1995). "Factores de riesgo del conflicto marital." *Suma Psicológica*, 2, 1, pp. 69-101.
- y B. P. Ballesteros (1998). *Dos en uno: Como lograr armonía en nuestra relación de pareja*. Bogotá: Grijalbo.
- McCammon, K., P. Kolm, B. Main y P. Schelhammer (1999). "Comparative quality of life analysis after radical prostatectomy or external beam radiation for localized prostate cancer." *Urology*, 54, 3, pp. 509-516.
- Methodist health care system (2002). "Prostate Cancer." Recuperado el 20 de mayo de <http://www.methodisthealth.com>
- Middleton, R., I. Thompson, M. Austenfeld, W. Cooner, R. Correa, R. Gibbons, H. Miller, J. Oesterling, M. Resnick, S. Smalley y Wasson (1997). *El manejo del cáncer de próstata localizado. Guía para el paciente*. Baltimore, Inglaterra: The American Urological Association, Inc.
- Novoa, M. M., C. A. Cruz, L. Rojas y K. Wilde (2003). "Efectos secundarios de los tratamientos de cáncer de próstata localizado en la calidad de vida y el ajuste marital." *Universitas Psychologica* (vol. 2), núm. 2, pp. 169-186.
- Neugarten, B., J. Moore y J. Lowe (1999). *Los significados de la edad*. Barcelona: Herder.
- Organización Mundial de la Salud (OMS) (2000). *British Medical Journal*, 320, pp. 52-57.
- Palmero, F. y E. Fernández (1998). *Emociones y adaptación*. Barcelona: Ariel.
- Pall, M., J. K. Jarvis. y S. E. Woods (2002). "Partnering for prostate health." *Vibrant Life*, 18, pp. 18-24.
- Pérez, M. A., B. E. Meyerowitz, G. Leekovsky y Skinner (1997). "Quality of life and sexuality following radical prostatectomy in patients with prostate cancer who use or do not use erectil aids." *Urology*, 50, pp. 740-746.
- Pickett, M., D. Watkins, A. Joseph y V. Burggraf (2000). "Prostate cancer elder alert: Living with treatment choices and outcomes." *Journal of Gerontological Nursing*, 26, pp. 22-32.
- Potosky, A. L., J. Legler, P. C. Albersten y J. L. Stanford (2000). "Health outcomes after prostatectomy or radiotherapy for prostate cancer: Results from prostate cancer outcomes study." *Journal of the Cancer Institute*, 92, pp. 1582-1592.
- Ptacek, J. T., G. Pierce, J. Ptacek y C. Nogel (1999). "Stress and coping processes in men with prostate cancer: the divergent views of husband and wives." *Journal of social an clinical psychology*, 18, 3, pp. 299-324.
- Olivares, M. y J. Cruzado (1998). "Tristeza y depresión en el cáncer" en F. Palmero y E. Fernández (eds.), *Emociones y adaptación*. Barcelona: Ariel, pp. 143-157.
- Quevedo, E. (1992). "El proceso salud-enfermedad. Hacia una clínica y una epidemiología no positivista" en A. Cardona, *Sociedad y Salud*. Bogotá: Zeus, Asesores.
- Revista Semana* (1997). "El dilema masculino", 5 de mayo, pp. 130-132.
- Rodríguez, J. (1995). *Psicología social de la salud*. Madrid: Síntesis.
- Roth, A., A. Kornblith, L. Batel-Copel, E. Peabody, H. Scher y J. Holland (1998). "Rapid screening for psychologic distress in men with prostate carcinoma." *Cancer*, 82, 10, pp. 1904-1908.
- Salcedo, H. (1993). *The Prostate. Facts & Misconceptions*. Nueva York: Carol Publishing Group.
- Shrader-Bogen, C. L., J. L. Kjellberg, C. P. McPherson y C. L. Murray (1997). "Quality of Life and Treatment Outcomes. Prostate Carcinoma Patients Perspective after Prostatectomy or Radiation Therapy." *Cancer*, 78, 10, pp. 1977-1986.
- Sociedad Colombiana de Urología (1999). *Estudio nacional de prevalencia del cáncer de próstata. Informe preliminar*.
- Simon, M. (1999). *Manual de psicología de la salud*. Madrid: Biblioteca Nueva.

- Snyder, J. (1989). "Paradigms of health and medicine." *Health psychology and behavioral medicine*. New Jersey: Prentice Hall, pp. 1-24.
- Spanier, G. (1976). "Measuring dyadic adjustment: New scales for assessing the quality of marriage an similar dyads." *Journal of Marriage and the Family*, 38, 1, pp. 15-28.
- Syrjala, K., T. Schroeder y J. Abrams (2000). "Sexual function measurement and outcomes in cancer survivors and matched controls." *The Journal of Sex Research*, 37, 3, pp. 213-225.
- Viveros, M., J. Olavaria y N. Fuller (2001). *Hombres e identidad de género*. Colombia: CES.
- Weiss, R. (1978). "The Conceptualization of Marriage from a Behavioral Perspective" en T. Paolino y B. McCrady, *Marriage and Marital Therapy*. Nueva York: Bruner Mazel.
- Weihs, K., L. Fisher y M. Baird (2002). "Families, health, and behavior." *Families, System & Health*, 20, 1, pp. 7-46.



Esta nueva edición pone al alcance del lector los avances más recientes en la psicología y comprensión de la salud y la enfermedad, las consecuencias del estrés, la psiconeuroinmunología, el desarrollo de instrumentos para medir variables biopsicosociales, la adherencia terapéutica y el desarrollo de programas de intervención a nivel de prevención y tratamiento psicoterapéutico.

En la actualidad, se sabe que todo lo que las personas piensan, dicen y hacen tiene influencia considerable en su bienestar y salud. Los pensamientos lógicos y racionales, las emociones relajantes, el apoyo psicosocial, la alimentación adecuada, el ejercicio, la calidad de sueño, el sentido de humor, los pasatiempos, las actividades culturales, etc. Influyen de forma significativa en el bienestar, la salud y la calidad de vida.

Los pensamientos irracionales, los errores cognitivos, los estados emocionales negativos como la ansiedad y la depresión, la tendencia a reaccionar con ira, la falta de apoyo psicosocial, las adicciones como el tabaquismo y el alcoholismo, un estilo de vida estresante, contribuyen a la pérdida de la salud y al desarrollo de enfermedades agudas (por ejemplo, dolores de cabeza, migraña, gastritis, estreñimiento, o colon irritable, etc.), y crónicas (diabetes, trastornos cardiovasculares, cáncer, entre otras).

Debido a la enorme aceptación que ha tenido la segunda edición de la obra en Iberoamérica, para la tercera edición del libro se ha ampliado con una quinta parte titulada "Comportamiento y enfermedad", con 6 nuevos artículos (ahora, el texto tiene 25 capítulos), que tratan aspectos teóricos-metodológicos y temáticas de base de la psicología de la salud, psicología de la salud infantil, tratamiento psicológico durante el climaterio, evaluación y tratamiento psicológico de la dispepsia funcional, hipocondría y cáncer de próstata, calidad de vida y ajuste marital.

¡Atrévase a mejorar su vida!



<http://latinoamerica.cengage.com>

ISBN-13: 978-607481348-7

ISBN-10: 607481348-5



9 786074 813487